

## ARAŞTIRMA MAKALELERİ

*Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler*  
Nurses' Attitudes Towards Productivity and Affecting Factors  
Nükhet BAYER, Zehra GÖLBAŞI

1

*Vajinal Doğum Yapan Annelerin Ten Tene Temas ile İlgili Bilgi, Uygulama ve Engelleri*  
Information, Practice and Barriers Regarding Skin-to-Skin Contact of Mothers Giving Vaginal Birth  
Samiye METE, Buse GÜLER, Nuran Nur AYPAR AKBAĞ

8

*Bebeklerde (3-6 ay) Periferik İntravenöz Kateterizasyon Uygulaması Sırasında Kullanılan Müzikli Dönenenin Ağrı Algısına Etkisi*  
The Effect of Musical Mobile on Pain Perception Used During Peripheral Intravenous Catheterization in Infants (3-6 Months)  
Nagihan AKAY, Sema KUŞUOĞLU, Behice EKİCİ

16

*Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Görüşleri ve Farkındalık Düzeyleri*  
Opinions and Levels of Awareness of Teachers about Child Abuse and Neglect  
Nurgül KARAKURT, Hatice DURMAZ, Ayla KANBUR

22

*Adölesanlarda Öz-bakım Gücü - Sağlığı Geliştirme Arasındaki İlişki ve Öz-bakım Gücünü Etkileyen Faktörler*  
The Relationship Between Self-Care Agency and Health Promotion in Adolescents and Factors Affecting Self-Care Agency  
Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN, Gülnur ARSLAN ÇAKIR

29

*Hemşirelerin Disfaji Yönetiminde Kanıta Dayalı Rehber Kullanımına Yönelik Deneyimleri (Nitel Bir Çalışma)*  
Experiences of Nurses in the Use of Evidence-Based Guidelines in Dysphagia Management (A Qualitative Study)  
Emine ÖZER KÜÇÜK, Sevgişun KAPUCU

35

*Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği*  
Validity and Reliability of the Holistic Nursing Competence Scale  
Emine SALDIROĞLU

43

*Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim Gören Öğrencilerin Mesleklerarası Eğitime Hazırlanışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*  
Health Science Students' Readiness for Interprofessional Education and Affecting Factors  
Kevser ÖZATA, Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER

51

*Hemşirelik Öğrencilerinde Eğitim Stresi Algısı ile İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki*  
The Relationship between Perceived Education Stress and Internet Addiction among Nursing Students  
Gülşah KÖSE, Hatice AYHAN, Sevinç TAŞTAN, Emine İYİGÜN, Ayşe Nur ÖZÇAKIR

58

*Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*  
The Turkish Validity and Reliability Study of the Questionnaire of Tendency to Breast Reconstruction after Mastectomy  
Azime GÜNAYDINLI, Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

65

*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

75

## DERLEME MAKALELER

*Ameliyat Kaynaklı Basınç Yaralanmalarını Önlemede Etkili Kanıt Temelli Girişimler*  
Effective Evidence-Based Practices in Preventing Intraoperatively Acquired Pressure Ulcers  
Didem KANDEMİR, Serpil YÜKSEL

85

*Yaşlı Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri: Gereksinimler de Yaşlanıyor mu?*  
Supportive Care Needs of Elderly Cancer Patients: Do Needs Get Older Too?  
İrem AYYAT, Azize ATLI ÖZBAŞ  
*Salgın Hastalıklardan Koruma ve Kontrol Önlemleri, COVID-19 Pandemisi ile Mücadele ve Yaşanan Güçlükler*  
Protection and Control Measures from Epidemic Diseases, Combating COVID-19 Pandemic and Difficulties Experienced  
Hayriye ÜNLÜ, Emine ÇİÇEK

93

101

## OLGU SUNUM MAKALELERİ

*Köyde Yaşayan Spinal Tümör Tanılı Erkek Hastanın Gün doğumu Modeli ile Kültürel Değerlendirilmesi*  
Cultural Assessment of a Male Patient with Spinal Tumor Living in a Village Using the Sunrise Model  
Eda KILINÇ, Gülbahar KORKMAZ ASLAN

108

## ÇEVİRİ MAKALELERİ

*SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik Deneyler İçin Standart Protokol Maddelerinin Tanımlanması*  
SPIRIT 2013 Statement: Defining Standard Protocol Items for Clinical Trials  
Belgin AKIN, Deniz KOÇOĞLU-TANYER

117

ONLINE ISSN 2149-2956



HUHFD

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

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing  
Cilt/Vol 8 Sayı/No 1 • Ocak/Nisan 2021

Cilt/Vol 8 • Sayı 1 • Ocak/Nisan 2021

**Cilt 8 Sayı 1, 2021**

**ÖNYAZI**

**Doç. Dr. Sergül DUYGULU**

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

**Değerli Okurlarımıza,**

2021 yılının tüm okurlarımıza, yazarlarımıza, danışma kurulu üyelerimize, yayın kurulu üyelerimize, ülkemize ve dünyaya sağlık, mutluluk ve barış getirmesini dileriz. Ayrıca 2021 yılında tüm dünyada COVID-19 pandemisinin kontrol altına alınmasını içtenlikle diliyoruz. Sağlık profesyonelleri içerisinde büyük çoğunluğu oluşturan hemşireler, sağlık hizmetlerinin geleceğini planlama ve yönlendirmede önemli bir role sahiptir. İçinde bulunduğumuz küresel COVID-19 pandemisi, hemşirelerin bu önemli rolünü bir kez daha ortaya koymuştur. Toplumun sağlığını kendi sağlıklarından önceye alan, büyük bir özveri ile çalışan meslektaşlarımıza ve tüm sağlık çalışanlarına şükranlarımızı sunuyor ve 2021 yılında pandemi nedeni ile ağırlaşan iş yüklerinin azalmasını diliyoruz.

Dergimizin 2021 yılı Cilt 8, Sayı 1’inde sizlerle alanlarında önemli bilgiler ve sonuçlar sunan toplam 11 araştırma ve üç derleme makale, bir olgu sunumu ve bir çeviri makalesini sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu sayımızda yayınlanan 11 adet araştırma makalesi; hemşirelik esasları, hemşirelikte yönetim ve öğretim, iç hastalıkları hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, psikiyatri hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği alanlarından; üç adet derleme makalesi; cerrahi hastalıkları hemşireliği ve iç hastalıkları hemşireliği alanlarındandır. Bir olgu sunumu ise halk sağlığı hemşireliği alanındandır.

Değerli okurlarımız bildiğiniz üzere tıbbi araştırmanın doğru raporlanmasını ve şeffaflığını sağlamak için farklı çalışma tasarım türleri için rehberler geliştirilmiştir. Konuyla ilişkili olarak bu sayımızda Prof. Dr. Belgin Akın ve Doç. Dr. Deniz Koçoğlu Tanyer tarafından doğrudan çevirisi yapılmış olan *“SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik Deneyler İçin Standart Protokol Maddelerinin Tanımlanması- SPIRIT 2013 BİLDİRİSİ”* başlıklı bir çeviri makale sizlerle paylaşılmaktadır. SPIRIT 2013 klinik deney protokolünün asgari içeriği için bir rehberdir.

SPIRIT 2013 ile ilgili bu çevirinin, hemşirelik eğitimi ve uygulama alanlarında araştırmacılara katkı sağlamasını temenni ediyorum.

Son olarak dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, editör yardımcılara, danışma kurulu üyelerimize ve yayında emeği geçen herkese çok teşekkür ederim. Ayrıca çalışmalarını, deneyimlerini ve en güncel bilgiyi geniş okuyucu kitlesine ulaştırmak isteyen yazarların araştırma makalelerini ve olgu sunumlarını dergimize beklediğimizi bildirir, saygılar sunarım.

**Doç. Dr. Sergül DUYGULU**  
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

# Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

*Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*

Cilt/Vol 8 • Sayı/No 1 • Ocak- Nisan/ January- April 2021

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 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 Özçırpan	Hacettepe Üniversitesi
İstatistik Editörü	Prof. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Baskıya Hazırlama	Prof. Dr. Sevgisun Kapucu Doç. Dr. Zehra Gök Metin Dr. Öğr. Üyesi Hatice Pars Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özdemir Köken Arş. Gör. Dr. Ayça Ay Kaatsız 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 Tanyer 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 31 Mart 2021 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: <a href="http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org">http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org</a>	
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

#### Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler

##### Nurses' Attitudes Towards Productivity and Affecting Factors

Nükhet BAYER, Zehra GÖLBAŞI

1

#### Vajinal Doğum Yapan Annelerin Ten Tene Temas ile İlgili Bilgi, Uygulama ve Engelleri

##### Information, Practice and Barriers Regarding Skin-to-Skin Contact of Mothers Giving Vaginal Birth

Samiye METE, Buse GÜLER, Nuran Nur AYPAR AKBAĞ

8

#### Bebeklerde (3-6 ay) Periferik İntravenöz Kateterizasyon Uygulaması Sırasında Kullanılan Müzikli Dönencenin Ağrı Algısına Etkisi

##### The Effect of Musical Mobile on Pain Perception Used During Peripheral Intravenous Catheterization in Infants (3-6 Months)

Nagihan AKAY, Sema KUĞUOĞLU, Behice EKİCİ

16

#### Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Görüşleri ve Farkındalık Düzeyleri

##### Opinions and Levels of Awareness of Teachers about Child Abuse and Neglect

Nurgül KARAKURT, Hatice DURMAZ, Ayla KANBUR

22

#### Adölesanlarda Öz-bakım Gücü-Sağlığı Geliştirme Arasındaki İlişki ve Öz-bakım Gücünü Etkileyen Faktörler

##### The Relationship Between Self-Care Agency and Health Promotion in Adolescents and Factors Affecting Self-Care Agency

Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN, Gülnur ARSLAN ÇAKIR

29

#### Hemşirelerin Disfaji Yönetiminde Kanıta Dayalı Rehber Kullanımına Yönelik Deneyimleri (Nitel Bir Çalışma)

##### Experiences of Nurses in the Use of Evidence-Based Guidelines in Dysphagia Management (A Qualitative Study)

Emine ÖZER KÜÇÜK, Sevgisun KAPUCU

35

#### Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği

##### Validity and Reliability of the Holistic Nursing Competence Scale

Emine SALDIROĞLU

43

#### Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim Gören Öğrencilerin Mesleklerarası Eğitime Hazırbulunuşluklarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

##### Health Science Students' Readiness for Interprofessional Education and Affecting Factors

Kevser ÖZATA, Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER

51

#### Hemşirelik Öğrencilerinde Eğitim Stresi Algısı ile İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki

##### The Relationship between Perceived Education Stress and Internet Addiction among Nursing Students

Gülşah KÖSE, Hatice AYHAN, Sevinç TAŞTAN, Emine İYİGÜN, Ayşe Nur ÖZÇAKIR

58

#### Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

##### The Turkish Validity and Reliability Study of the Questionnaire of Tendency to Breast Reconstruction after Mastectomy

Azime GÜNAYDINLI, Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

65

#### Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

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

Banu ÇEVİK, Ziyafet UĞURLU, Ayşel ABBASOĞLU, Azize KARAHAN, Çiğdem SALTAN

75

## Derleme makaleleri

#### Ameliyat Kaynaklı Basınç Yaralanmalarını Önlemede Etkili Kanıt Temelli Girişimler

##### Effective Evidence-Based Practices in Preventing Intraoperatively Acquired Pressure Ulcers

Didem KANDEMİR, Serpil YÜKSEL

85

#### Yaşlı Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri: Gereksinimler de Yaşlanıyor mu?

##### Supportive Care Needs of Elderly Cancer Patients: Do Needs Get Older Too?

İrem AYYAT, Azize ATLI ÖZBAŞ

93

**Salgın Hastalıklardan Koruma ve Kontrol Önlemleri, COVID-19 Pandemisi ile Mücadele ve Yaşanan Güçlükler**  
**Protection and Control Measures from Epidemic Diseases, Combating COVID-19 Pandemic and Difficulties Experienced**

Hayriye ÜNLÜ, Emine ÇİÇEK

101

## **Olgu Sunum makaleleri**

---

**Köyde Yaşayan Spinal Tümör Tanılı Erkek Hastanın Gündoğumu Modeli ile Kültürel Değerlendirilmesi**  
**Cultural Assessment of a Male Patient with Spinal Tumor Living in a Village Using the Sunrise Model**

Eda KILINÇ, Gülbahar KORKMAZ ASLAN

108

## **Çeviri makaleleri**

---

**SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik Deneyler İçin Standart Protokol Maddelerinin Tanımlanması**

**SPIRIT 2013 Statement: Defining Standard Protocol Items for Clinical Trials**

Belgin AKIN, Deniz KOÇOĞLU-TANYER

117

## Araştırma makalesi

## Research article

Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumları ve  
Etkileyen FaktörlerNükhet BAYER<sup>1</sup>, Zehra GÖLBAŞI<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Tanımlayıcı türde olan bu çalışmanın amacı, hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumlarını belirlemek, verimliliğe ilişkin tutumlarını bireysel ve mesleki bazı özelliklerine göre incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma Ankara'da yer alan bir devlet hastanesi ve bir özel hastanede yapılmıştır. Çalışma araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 270 hemşire ile tamamlanmıştır. Veriler gerekli izinler alındıktan sonra Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerini Belirleme Formu ve Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutum Ölçeği 'den oluşan veri toplama araçları ile toplanmıştır. Veriler SPSS 16.0 programında değerlendirilmiştir; süreksiz veriler sayı ve yüzde; sürekli veriler ise medyan, ortalama ve standart sapma ile gösterilmiştir. İstatistiksel analizde Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının (47.74±8.51) orta düzeyin biraz altında olduğu ölçek alt boyut puanlarından ise "mesleğe bağlılık" alt boyutundan en yüksek puan ortalamasına (65.12 ±18.98) sahip olduğu bulunmuştur. Buna karşın "çalışma koşulları" alt boyutunda ise en düşük puan ortalamasına (30.91±17.72) sahip oldukları bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışmadan elde edilen bulgular hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutum açısından mesleğe bağlılık konusunda iyi durumda olduklarını gösterirken, çalışma koşulları ile ilgili olumsuz olduklarını göstermektedir. Bu nedenle özellikle hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik planlamalar yapılması önerilir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik, hemşirelikte yönetim, tutum, verimlilik

## ABSTRACT

**Nurses' Attitudes Towards Productivity and Affecting Factors**

**Aim:** The purpose of this descriptive study is to determine the attitudes of nurses regarding efficiency and to examine nurses' attitudes towards efficiency according to some of their individual and professional characteristics.

**Material and Method:** The study was conducted in a public hospital and a private hospital in Ankara. The study was completed with 270 nurses who voluntarily agreed to participate in the study. After obtaining the necessary permissions, the data were collected using the Nurses' Personal and Professional Characteristics Form and Nurses' Attitudes towards Productivity Scale. The data were evaluated in the SPSS 16.0 program. Discontinuous data are shown with the number and percentages and continuous data with median, mean and standard deviation. Mann Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used for statistical analysis.

**Results:** It was found that the total score average of the nurses (47.74 ± 8.51) obtained from the scale was slightly below the medium level, and the highest score average (65.12 ± 18.98) from the "Professional Commitment" sub-dimension. On the other hand, it was determined that they had the lowest mean score (30.91 ± 17.72) in the "working conditions" sub-dimension.

**Conclusion:** The findings obtained from this study show that nurses are in a good position in terms of commitment to the profession regarding attitudes towards productivity, while they show that they are negative about working conditions. For this reason, it is recommended to make plans to improve the working conditions of nurses.

**Keywords:** Attitude, management in nursing, nursing, productivity

<sup>1</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye, E-mail: nukhetbayer@yahoo.com, Tel: 0505 720 0090, ORCID: 0000-0003-3177-0596

<sup>2</sup> Profesör, Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye, E-mail: zehragolbasi@gmail.com, Tel: 0506 990 2537, ORCID: 0000-0002-0410-7433

Geliş Tarihi: 23 Mart 2020, Kabul Tarihi: 14 Eylül 2020

**Atıf/Citation:** Bayer N, Gölbaşı Z. Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021; 8(1): 1-7. DOI: 10.31125/hunhemsire.906603

## GİRİŞ

Ekonomik açıdan bakıldığında işgücü verimliliği, gerçekleştirilen iş miktarı (girdi) başına üretilen ürün (çıkıtı) miktarını ifade eder. Başka bir deyişle verimlilik, üretim miktarı ile üretim unsurları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır<sup>1</sup>. Verimlilik ölçümlerinde üretim unsurları (insan gücü, makine ve teçhizat, malzeme vb.) ile ilgili olarak birden çok faktörün bir araya getirilmesi ve her bir faktörün ayrı ayrı verimliliğinin ölçülmesini gerektirir. Bu durum, verimliliğin çok yönlü olarak ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda verimlilik, kaliteli ürün ve hizmet üretimi için araştırma, geliştirme, yaratıcı düşünce ile çağdaş teknik ve yöntemlerle tüm kaynakların optimum kullanımının sağlanmasıdır<sup>2</sup>.

Sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin ölçülmesi oldukça zordur. Sağlık hizmetlerinde ulaşılan sonuçların verimlilik açısından değerlendirilmesi zorluk yaratmakta, her zaman ölçülebilir/objektif kriterler bulunmamaktadır<sup>3-4</sup>. Sağlık hizmetlerinde verimlilik "sağlıkta ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneği" olarak tanımlanmaktadır<sup>5</sup>.

Amerika'da Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (The Agency for Healthcare Research and Quality's AHRQ) için hazırlanan 94 araştırmanın meta-analizi, verimli bir hemşirelik iş gücünün kaliteli sağlık hizmetleri için hayati önem taşıdığını göstermektedir. Nitelikli hemşirelik bakımı ile hastanede yatış süresi kısaltmakta ve ölüm oranı azalmaktadır<sup>6</sup>. Hasta bakım sunucuları olan hemşireler, verimli hizmet sunumunda da büyük önem arz etmektedir<sup>7</sup>. Ancak hemşirelikte verimlilik kavramının nasıl kullanıldığı konusunda çok az netlik ve tutarlılık vardır. Hemşirelikte verimliliği tanımlamak zordur, bununla birlikte hemşirelikte verimliliğin "bakım, tedavi, eğitim gibi hemşirelik iş yükü birimleri ile doğrudan bakım verdiği çalışma saatleri arasında ilişki" olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir<sup>8</sup>. Başka bir tanım da hemşirelikte verimliliği; "hemşirelerle birlikte diğer sağlık çalışanlarının uygulamaları ile malzeme/ekipman girdisinin sağlık sistemi içinde sunulan mal ve hizmete dönüştürülmesi olarak tanımlanmaktadır"<sup>1</sup>. Diğerleri ise hemşire verimliliğini tüketilen kaynaklara (bakımda kullanılan malzemeler vb) kıyasla üretilen çıktı (hasta memnuniyeti, hastanede kalış süresi, enfeksiyon oranları vb) olarak görür ve hemşire verimliliğinin hastane birimi veya bölüm düzeylerinde ölçülebileceğini ifade etmektedirler<sup>9</sup>. Profesyonel hemşirelik uygulamaları ile hasta memnuniyetinin artması, yatış süresinin kısaltılması, hastane enfeksiyon oranlarının azalması gibi pozitif hasta sonuçları arasında bir ilişki olduğu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Bu sonuç aynı zamanda verimliliğin arttığını da göstermektedir<sup>10</sup>.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin verimliliğe tutumları genel olarak pozitif olduğu ancak bazı değişkenlerin tutum düzeyini etkilediği bulunmuştur<sup>11-13</sup>. Hemşirelerde verimlilik ve verimliliğe yönelik tutumları etkileyen faktörler incelendiğinde, özellikle çalışma ortamına ait durumların verimlilik ve verimlilik tutumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Örneğin Xue ve Tuttle (2017) hemşirelerin verimliliğinin uygulama özzerkliği, faturalandırma ve ödeme politikaları

gibi çeşitli değiştirilebilir faktörlerle ilişkili olduğunu belirtirken<sup>11</sup>, Er (2019) hemşirelerin çalışma ortamının, iş yükünün ve aldıkları ücretin hemşirelerin verimlilik tutumları üzerinde etkisi olduğunu bulmuştur<sup>12</sup>. Başka bir çalışmada ise kariyer gelişimi desteklenen ve çalışma şartları iyi olan hemşirelerin verimlilik tutumlarının daha pozitif olduğu saptanmıştır<sup>13</sup>. Doğan ve Tatlı (2010) ise iletişim eksikliği, iş stresi, yetersiz ücret, yetersiz eğitim, ihtiyaç duyulan teknolojiyen yararlanılmaması gibi durumların hemşirelerin işgücü verimliliğinin azalmasına neden olduğunu bulmuştur<sup>14</sup>.

Bakım kalitesini artırmak ve sağlık bakım maliyetlerini düşürmek için tüm olası yolların araştırılmasının zorunlu olduğu bir çağda, hemşirelerin verimliliğe ilişkin katkısı göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur. Tüm bu nedenlerden dolayı hemşirelerin verimliliğe yönelik tutumlarının belirlenmesinin, hemşirelerin ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin konuya dikkatinin çekilmesi, verimlilik kavramına yönelik bir farkındalık geliştirilmesi ve hemşirelik hizmetlerinde verimliliği artırmaya yönelik profesyonel girişimlerin planlanmasına zemin hazırlanması açısından önemli olduğu düşünülmüştür. Ayrıca bu çalışmanın verimlilik üzerinde yapılacak diğer çalışmalara ışık tutması beklenmektedir.

### Araştırmanın Amacı

Araştırma, hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumlarını belirlemek ve hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumlarını bireysel ve mesleki bazı özelliklere göre incelemek amacıyla yapılmıştır.

### Araştırma soruları

1. Hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumları ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre verimliliğe ilişkin tutumları değişmekte midir?

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı tipte yapılmış bir çalışmadır.

### Araştırma Evren ve Örneklemi

Bu araştırma Ankara ilinde yer alan bir Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile bir özel hastanede yürütülmüştür. Amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış, araştırmaya buldukları kurumda en az bir yıl çalışan 300 hemşire dâhil edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 450 hemşire ve özel hastanede 164 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmada veriler Şubat-Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından 300 veri toplama formu araştırmaya katılmak için gönüllü olan hemşirelere dağıtılmış, toplanan veri formları arasından eksik ve hatalı doldurulan formları çıkarıldıktan sonra son örneklem 270 hemşire olarak belirlenmiştir.

### Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerini Belirleme Formu ve Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutum Ölçeği (VİTÖ) ile toplanmıştır.

### Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerini Belirleme Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen "Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerini Belirleme Formu" toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Formun ilk bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum gibi hemşirelerin bireysel özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmış 5 soru; ikinci bölümde ise eğitim düzeyi, çalışma yılı, çalışılan hastane türü ve çalışılan bölüm gibi mesleki özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmış 5 soru yer almıştır.

### Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutum Ölçeği (VİTÖ)

Göktepe ve Baykal (2012) tarafından geliştirilerek, geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçek, 39 soru ve 5 alt boyuttan (mesleğe bağlılık, çalışma koşulları, iş talepleri ekip çalışması ve ödüllendirme) oluşmaktadır<sup>15</sup>. Ölçeğin derecelendirmesi 5'li Likert tipinde olup "1" kesinlikle katılmıyorum, "2" katılıyorum, "3" kısmen katılıyorum, "4" katılıyorum ve "5" tamamen katılıyorum şeklindedir. Ölçek toplam ve alt boyut puan hesaplaması 100'e dönüştürülerek yapılmaktadır. Bu çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları; toplamda 87, mesleğe bağlılık alt boyutunda 78, çalışma koşulları alt boyutunda 77, işin talepleri alt boyutunda 73, ekip çalışması alt boyutunda 70 ve ödüllendirme alt boyutunda 67 olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan ortalamasının yüksek olması verimliliğe ilişkin olumlu tutumu gösterirken tutum puanının düşük olması verimliliğe ilişkin olumsuz tutumu göstermektedir.

### Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Hemşirelere araştırma ile bilgi verilmiş ve katılmaya gönüllü olduğuna dair onam verenlere veri toplama formları dağıtılmıştır. Dağıtılan veri toplama formları hemşirelerin uygun olduğu bir tarihte tekrar gidilerek araştırmacı tarafından geri toplanmıştır.

### Verilerin Analizi

Araştırmanın analizi SPSS 16.0 paket program kullanılarak yapılmıştır. Süreksiz veriler sayı ve yüzde; sürekli veriler ise medyan, ortalama ve standart sapma ile gösterilmiştir. Hemşirelerin VİTÖ puan ortalamasının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda VİTÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarının normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Parametrik test varsayımları yerine getirilmediği için, hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre VİTÖ toplam ve alt boyut puanlarına ait dağılımların benzerliği karşılaştırılırken ikili gruplarda Mann Whitney U testi ve ikiden fazla grup olduğunda Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İki grup arasında fark bulunduğunda ileri analiz için Tamhane's testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no 2019/41 ve Kod no: 2019030). Araştırmada Verimliliğe İlişkin Tutum Ölçeği'nin kullanımı için yazarlardan e-posta ile izin alınmıştır.

Çalışmanın yapıldığı hastane yönetimlerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya davet edilen hemşirelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, gönüllü olduğuna dair onam verenler çalışmaya dâhil edilmiştir. Veri toplama formlarında hemşirelerin kimlik bilgileri yazılmamıştır.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen veriler sadece Ankara'da çalışmanın yapıldığı bir özel hastane ile Sağlık Bakanlığı bünyesindeki bir hastanede çalışan hemşirelerin görüşleriyle sınırlıdır ve tüm hemşirelere genellenemez. Diğer taraftan hemşirelerin anket sorunlarına verdiği yanıtların samimi ve dürüst olduğu varsayılmaktadır. Ancak hemşirelerin profesyonel özelliklerine ilişkin bir kavram incelendiğinden gerçek yanıtların verilmemiş olması da göz önünde bulundurulmalıdır.

### BULGULAR

Tablo 1'de hemşirelerin bazı bireysel ve mesleki özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%85.9), yarıdan fazlasının evli (%63.3), ve yaklaşık üçte birinin (%33.70) 26-30 yaş aralığında olduğu belirlenmiş; poliklinik birimi çalışan %27.4, lisans ve lisansüstü %38.9, 6-10 yıl aralığında meslekte çalışma süresi %34.1 ve sağlık bakanlığı hastanesinde çalışanların %57.0 olduğu görülmektedir. Tablo 2'de değişkenlere ilişkin puan ortalamalarına yer verilmiştir.

**Tablo 1. Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı**

Değişkenler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	232	85.9
Erkek	38	14.1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	171	63.3
Bekâr	99	36.7
<b>Yaş : 30.76±6.34 (Min: 18, Maks:51)</b>		
25 ve altı	60	22.2
26-30	91	33.7
31-35	58	21.5
36 ve üzeri	61	22.6
<b>Çalışılan Birim</b>		
Cerrahi Kliniği	61	22.6
Poliklinik	74	27.4
Dahiliye Kliniği	65	24.1
Diğer*	70	25.9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	93	34.4
Ön Lisans	72	26.7
Lisans ve Lisansüstü	105	38.9
<b>Meslekte Çalışma Süresi : 8.84 ± 5.92 (Min:1, Maks:30)</b>		
5 Yıl	73	27.0
6-10 Yıl	92	34.1
11-15 Yıl	60	22.2
16 Yıl ve üzeri	45	16.7
<b>Çalışılan Kurum</b>		
Özel Hastane	116	43.0
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	154	57.0

\*Eğitim hemşiresi, enfeksiyon kontrol hemşiresi, diyabet hemşiresi, EKG birimi vb.

Hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının ( $47.74 \pm 8.51$ ) orta düzeyin biraz altında olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin ölçek alt boyut puanlarının “mesleğe bağlılık” alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına ( $65.12 \pm 18.98$ ) sahip oldukları görülürken “çalışma koşulları” alt boyutunda ise en düşük puan ortalamasına ( $30.91 \pm 17.72$ ) sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2. Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Ölçek ve Alt Boyutları	Medyan	$\bar{X} \pm SS$	Min	Maks
Mesleğe Bağlılık	65.62	65.12 $\pm 18.98$	12.50	100.00
Çalışma Koşulları	29.54	30.91 $\pm 17.72$	.00	95.45
İşin Talepleri	37.50	40.13 $\pm 17.33$	3.13	90.63
Ekip Çalışması	59.37	60.04 $\pm 13.08$	18.75	96.88
Ödüllendirme	50.00	49.86 $\pm 26.14$	.00	100.00
Verimliliğe İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puanı	48.07	47.74 $\pm$ 8.51	17.95	80.13

Hemşirelerin bazı bireysel ve mesleki özelliklerine göre VİTÖ toplam puan medyan değerleri incelendiğinde cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışılan hastane türü ve çalışma pozisyonuna göre VİTÖ puanı medyan değerleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). “Mesleğe bağlılık” alt boyut medyan değerinin özel hastanede çalışan hemşirelerde devlet hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Hemşirelerin yaş grubuna göre “çalışma koşulları” alt boyutu medyan değeri arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analizde farkın 25 ve altı yaş grubu ile 36 ve üzeri yaş grubu arasında olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş grubuna göre “işin talepleri” alt boyut puan medyan değeri arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analizde farkı 25 ve altı yaş grubundan kaynaklandığı; 25 ve altı yaş grubunun medyan değerinin 26-35 yaş grubu ve 36 ve üzeri yaş grubundan yüksek olduğu belirlenmiştir. Bekâr hemşirelerin “işin talepleri” alt boyut puanı medyan değerinin evli olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Hemşirelerin çalışma pozisyonuna göre “işin talepleri” alt boyut puanı medyan değeri arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p < 0.05$ ); farkın servis hemşireleri ile servis sorumlu hemşirelerinin medyan değerleri arasında olduğu belirlenmiştir. Özel hastanede çalışan hemşirelerin ödüllendirme alt boyut puanı medyan değerinin devlet hastanesinde çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Hemşirelerin yaş grubuna göre “ekip çalışması” alt boyut puanı medyan değeri arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve farkın 25 yaş ve altı ile 36 ve üzeri yaş grubunun medyan değerleri arasında olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Hemşirelik bakım niteliğinin artırılması sadece pozitif hasta sonuçlarına değil aynı zamanda hastanenin finansal yapısına ve verimliliğine de katkıda bulunmaktadır<sup>16</sup>. Hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumlarını belirlemek, verimlilik tutumunu bireysel ve mesleki bazı özelliklerine göre incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen başlıca sonuç, hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumlarının negatif eğilimde olduğudur. Ayrıca hemşireler verimlilik tutumu alt boyutlarından mesleğe bağlılık konusunda en iyi durumda iken, çalışma koşulları açısından daha olumsuz sonuçlar bildirmiştir. Elde edilen bulgular literatür bilgisinden yararlanılarak tartışılmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde hemşirelerin VİTÖ toplam puanlarının orta düzeyin kısmen altında ( $47.74 \pm 8.51$ ) olduğu belirlenmiştir. Gerek özel hastanelerde gerekse devlet hastanelerinde hemşirelerin çalışma koşulları (vardiyalı çalışma özelliği, fazla çalışma saatleri, hemşire başına düşen hasta sayısının fazlalığı, özel hastanelerde düşük ücretle çalışma vb) göz önünde bulundurulduğunda bu durum beklendik olarak düşünülebilir. Araştırmalarında VİTÖ kullanan bazı araştırmacılar çalışma sonuçlarına benzer şekilde hemşirelerin VİTÖ puan ortalaması Özgörü (2019)<sup>13</sup>'ün çalışmasında  $44.82 \pm 9.04$ , Göktepe ve Baykal (2012)<sup>15</sup>'in çalışmasında  $48.98 \pm 11.44$  ve Er'in (2019)<sup>12</sup> çalışmasında  $43.87 \pm 10.91$  olarak belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçlarının çalışmamızda elde ettiğimiz değere benzer olduğu söylenebilir. Farklı olarak Mustafabaylı (2016)<sup>17</sup>'nin çalışmasında hemşirelerin VİTÖ puan ortalaması  $56.18 \pm 10.39$  ve Karataş (2016)<sup>18</sup>'in çalışmasında  $62.82 \pm 9.14$  olarak ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Hemşirelerin VİTÖ alt boyut puan ortalamalarının 100 üzerinden değerlendirildiği göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızda en düşük ortalamanın  $30.91 \pm 17.72$  ile çalışma koşulları alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. Hemşireler özellikle zor koşullarda çalıştıkları için yoğun iş stresi yaşadıkları ve hemşirelerde tükenmişlik durumlarının yüksek olduğu bilinmektedir<sup>19</sup>. Aynı zamanda hemşirelerin karşılaştığı zorluklar arasında rol belirsizliği, özerklik ihtiyacının karşılanmaması<sup>20</sup>, algılanan mesleki stres, çalışma yaşam kalitesinin düşüklüğü<sup>21</sup> algılanan örgütsel destek ve algılanan örgütsel adalet düşüklüğü<sup>22</sup> yer almaktadır. Tüm bu faktörler çalışma koşulları alt boyut puan ortalamasının nispeten düşük olmasına neden olabilir. Bu çalışmada genç hemşirelerin verimliliğe ilişkin genel tutumlarının yanı sıra “çalışma koşulları”, “işin talepleri” ve “ekip çalışması” alt boyutlarına ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde bazı çalışmalarda<sup>18-23</sup> da genç hemşirelerin verimliliğe ilişkin puan ortalamalarının ileri yaş grubu hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan ileri yaş grubundaki hemşirelerin ise çalışma koşullarına yönelik tutumları genç hemşirelerden daha olumludur. Bu durum deneyimli hemşirelerin işin taleplerini daha iyi karşılamalarından dolayı beklenen bir durum olarak düşünülebilir.

Tablo 3. Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Verimlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Medyan Değerleri

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler	Verimlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları					
	Mesleğe Bağlılık	Çalışma Koşulları	İşin Talepleri	Ekip Çalışması	Ödüllendirme	Toplam Puan
	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
<b>Yaş Grubu</b>						
25 ve altı	68.75	32.95 <sup>a</sup>	43.75 <sup>a</sup>	64.06 <sup>a</sup>	50.00	50.96 <sup>a</sup>
26-35	65.62	27.27 <sup>b</sup>	31.25 <sup>b</sup>	59.37 <sup>b</sup>	50.00	46.79 <sup>b</sup>
36 ve üzeri	62.50	38.63 <sup>c</sup>	40.62 <sup>c</sup>	56.25 <sup>c</sup>	43.75	47.43 <sup>c</sup>
x <sup>2</sup>	1.72	<b>7.38</b>	<b>10.96</b>	<b>9.24</b>	2.22	<b>14.39</b>
df	2	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	2	<b>2</b>
p	0.421	<b>0.025</b>	<b>0.004</b>	<b>0.010</b>	0.328	<b>0.001</b>
		a-c <b>p&lt;0.05</b>	a-b, a-c <b>p&lt;0.05</b>	a-c <b>p&lt;0.05</b>		a-b <b>p&lt;0.05</b>
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	65.62	29.54	37.50	59.37	50.00	48.07
Erkek	65.62	31.81	40.62	56.25	46.87	48.07
<b>U</b>	4360	4133	425.5	3930.5	4243.5	4321.5
<b>p</b>	0.914	0.537	0.649	0.283	0.328	0.846
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	65.62	27.27	34.37	59.37	43.75	47.43
Bekâr	65.62	31.81	40.62	62.50	56.25	49.35
<b>U</b>	8177	7705.5	<b>7022.5</b>	7725.5	7280	<b>6725.5</b>
<b>p</b>	0.641	0.219	<b>0.019</b>	0.230	0.055	<b>0.005</b>
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Sağlık Meslek Lisesi	65.62	31.81	43.75	59.37	50.00	49.35
Ön Lisans	62.50	31.81	31.25	59.37	40.62	46.79
Lisans ve üzeri	65.62	27.27	37.50	59.37	50.00	47.43
x <sup>2</sup>	2.094	2.285	3.948	2.014	1.286	5.948
df	2	2	2	2	2	2
p	0.351	0.319	0.139	0.365	0.867	0.051
<b>Çalışılan Kurum</b>						
Özel Hastane	68.75	27.27	34.37	62.50	62.50	48.71
Devlet Hastanesi	62.50	30.68	40.62	56.25	37.50	47.43
<b>U</b>	<b>7673.5</b>	8300	<b>7702</b>	<b>7722.5</b>	<b>6067</b>	<b>7800.5</b>
<b>p</b>	<b>0.047</b>	0.319	0.520	0.056	<b>0.000</b>	0.075
<b>Çalışılan Pozisyon</b>						
Servis Hemşiresi	65.62	27.27	37.50 <sup>a</sup>	59.37	50.00	48.07
Sorumlu Hemşire	62.50	38.63	56.25 <sup>b</sup>	59.37	43.75	47.43
Diğer	75.00	36.36	43.75 <sup>c</sup>	59.37	56.25	50.00
x <sup>2</sup>	3.219	5.527	7.153	0.577	1.717	3.637
df	2	2	2	2	2	2
p	0.200	0.063	<b>0.028</b>	0.749	0.424	0.162
			a-b <b>p&lt;0.05</b>			

Çalışmada bekar hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutum puanlarının evli olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bekar hemşirelerin verimlilik tutum puanlarının "işin talepleri" alt boyutuna göre evli olanlardan daha yüksek oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum evli hemşirelerin çalışma yaşamının yanı sıra ev içi sorumluluklarının yoğunluğu ve hissedilen iş yükünün fazlalığı ile ilişkili olabilir. Yapılan diğer bazı çalışmalarda da özellikle verimlilik tutumunun işin talepleri alt boyut puanlarında bekar hemşirelerin evlilerden daha yüksek puana sahip oldukları gösterilmiştir<sup>18,23,24</sup>. Göktepe ve Baykal (2012)'in çalışma ise bekâr olan hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin tutumlarının da evli olanlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir<sup>15</sup>. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak, Doğan ve Tatlı (2010) cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik faktörlere göre işgücü verimliliği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır<sup>14</sup>.

Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre verimlilik tutumları karşılaştırıldığında "mesleğe bağlılık" ve "ödüllendirme" alt boyutlarında özel hastanede çalışanların daha pozitif bir tutuma sahip oldukları bulunmuştur. Benzer şekilde Göktepe ve Baykal (2012) çalışmasında üniversite ve özel hastanede çalışan hemşirelerin mesleğe bağlılık, işin talepleri ve ödüllendirme alt boyut puan ortalamalarının devlet hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur<sup>15</sup>. Bu sonucun özel hastanelerde uygulanan performansa göre ödeme sisteminin var olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Nitekim literatürde de hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumları ile hastanelerin örgütsel ve yönetsel yapılarına ilişkin özellikler karşılaştırıldığında, hastanenin genel yönetim anlayışı ve hemşirelik personelinin yönetimi ile hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir<sup>25</sup>. Bu durum kamu ve özel sağlık kurumlarının yapısal örgütsel ve yönetsel farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin çalışma pozisyonuna göre verimlilik tutumları incelendiğinde "çalışma koşulları" ve "işin talepleri" alt boyutlarında sorumlu hemşirelerin servis hemşirelerinden daha olumlu bir tutuma sahip oldukları bulunmuştur. Göktepe ve Baykal (2012)<sup>15</sup> ve Mustafabaylı (2016)<sup>17</sup> yaptıkları çalışmalarda yönetici hemşirelerde verimlilik tutumunun servis hemşiresi olarak çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ancak Karataş (2016)<sup>18</sup> ve Kaya (2018)<sup>24</sup> ise çalışmalarında çalışma pozisyonuna göre verimliliğe ilişkin ölçek toplam puanında anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır. Yönetici hemşirelerin üstlendikleri sorumluluk sebebiyle işi sahiplenme duygularının servis hemşirelerine göre daha fazla olduğu söylenebilir. Aynı zamanda yönetici hemşirelerin davranışlarının çalışanlar üzerindeki etkisi yadsınamayacak kadar önemlidir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumlarının nispeten olumsuz eğilimde olduğu ve verimlilik tutumunun yaş, medeni durum, çalışma pozisyonu ve çalışılan kurum gibi özelliklerden etkilendiği bulunmuştur. Sağlık

hizmetlerinde sahip olunan sınırlı kaynakların daha verimli kullanılmasında, kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin etkili ve verimli bir şekilde çalışması önemlidir. Verimlilik hemşirelik literatüründe yeni bir kavram olmasının yanı sıra ölçümü de kolay değildir. Bu ve buna benzer araştırmalar ile hemşirelikte verimlilik kavramına ilişkin farkındalığın geliştirilmesi, hemşirelerin verimliliğe yönelik pozitif bir tutum geliştirmeleri girişimlerin planlanması ve özellikle çalışma kollarına yönelik iyileştirmelerin hızlandırılması önerilmektedir. Böylece hem bakım kalitesinde hem de kurum verimliliğinde artış sağlanacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no 2019/41 ve Kod no: 2019030).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Bildirilmemiştir.

**Katılımcı Onamı:** Araştırmaya katılan tüm hemşirelerden yazılı onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: NB, ZG

Veri toplama: NB

Literatür araştırması: NB

Makale yazımı: NB, ZG

**Teşekkür**

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm hemşirelere ve araştırma yapılmasına izin veren hastane yönetimine teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from the Lokman Hekim University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (Decision number 2019/41 and Code no: 2019030).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from all nurses participating in the study.

**Author contributions:**

Study design: NB, ZG

Data collection: NB

Literature search: NB

Drafting manuscript: NB, ZG

**Acknowledgement:** We would like to thank all the nurses who volunteered to participate in the study and the hospital management who allowed the study to be conducted

## KAYNAKLAR

1. Moody RC. Nurse productivity measures for the 21st Century. Health Care Management Review. 2004;29(2):98–106.
2. Güner M, Yücel Ö. Konfeksiyon işletmelerinde verimlilik geliştirici uygulamalar. Tekstil ve Mühendis. 2014;21(95):30-7
3. Ali M, Salehnejad R, Mansur M. Hospital productivity: The role of efficiency drivers. SSRN Electronic Journal. 2016;34(8):1-15.
4. Aragón MJ, Castelli A, Chalkley M, Gaughan J. Can productivity growth measures identify best performing



- hospitals? Evidence from the English National Health Service. *Health Economics*. 2019;28(3):364–72.
5. Kaya S. Sağlıkta hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme. Ankara: Pelikan Yayınları; 2005.
  6. Kane R L, Shamiyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T J. Nurse staffing and quality of patient care. *Evidence Report/Technology Assessment*. 2007;(151):1-115.
  7. Dikmen Y, Yılmaz DK, Başaran H. Filiz NY. Hemşirelerde işgücü verimliliğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *J Contemp Med* 2016; 6(4):334-42.
  8. Letvak S, Ruhm C, Gupta S. Nurses' presenteeism and its effect on self-reported quality of care and costs. *American Journal of Nursing*. 2012;112(2):30-8.
  9. Williamson WJ, Johnston J. Understanding, evaluating and improving nursing productivity. *Nursing Management*. 1988;19(5):495-55.
  10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*. 2001;20(3):43–53.
  11. Xue Y, Tuttle J. (2017). Clinical productivity of primary care nurse practitioners in ambulatory settings. *Nursing Outlook*. 2017;65(2):162-171.
  12. Er F. Hemşirelik Çalışma Ortamının Hemşirelik Verimlilik Tutumlarına Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Koç Üniversitesi; 2019.
  13. Özgörü H. Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri ve Verimlilik Tutumları [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2019.
  14. Doğan, E. Tatlı, H. İşgücü verimliliğini etkileyen faktörler: Bingöl devlet hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde bir uygulama [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 26 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/verimlilik/issue/30542/330508>
  15. Göktepe N, Baykal Ü. Verimliliğe ilişkin tutum ölçeğinin geliştirilmesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2012;2:29-33.
  16. Avcı K. Hastaneler için hemşirelik maliyetlerini belirleme metodlarına yönelik bir yaklaşım. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2018;21(3):539-50.
  17. Mustafabaylı Ö. Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumlarının İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Okan Üniversitesi; 2016.
  18. Karataş H. Hemşirelik Hizmetinin Verimliliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi: Ankara Üniversitesi Hastanesinde Uygulama [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Atılım Üniversitesi; 2016.
  19. Mudallal RH, Othman WM, Al Hassan NF. Nurses' burnout: the influence of leader empowering behaviors, work conditions, and demographic traits. *Inquiry*. 2017; DOI:10.1177/0046958017724944
  20. Zhang Y, Rasheed MI, Luqman A. Work–family conflict and turnover intentions among chinese nurses. *Personnel Review*. 2019; DOI 10.1108/PR-01-2019-0017.
  21. Chegini Z, Asghari Jafarabadi M, Kakemam E. Occupational stress, quality of working life and turnover intention amongst nurses. *Nursing in Critical Care*. 2019;24(5):283-89.
  22. Huang X, Li Z, Wan Q. From organizational justice to turnover intention among community nurses: A mediating model. *Journal Of Clinical Nursing*. 2019;28(21-22):3957-65.
  23. Öztürk N Ş, Akbulut Y. Hemşirelerin iş gücü verimliliğini etkileyen örgütsel faktörler konusundaki tutumlarının belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2011;10(11):19-30.
  24. Kaya C. Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumları ve Örgüt İklimi Algılayışları [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
  25. Göktepe N, Baykal Ü. Hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumları ile hastanelerin örgütsel ve yönetsel yapılarına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012;9(1):16-22.

## Araştırma makalesi

## Research article

# Vajinal Doğum Yapan Annelerin Ten Tene Temas ile İlgili Bilgi, Uygulama ve Engelleri



Samiye METE<sup>1</sup>, Buse GÜLER<sup>2</sup>, Nuran Nur AYPAR AKBAĞ<sup>3</sup>

### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, vajinal doğum yapan kadınların yenidoğan ile ten tene temasları (kanguru anne bakımı) hakkında bilgilerini, uygulamalarını ve engellerini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı araştırmanın örneklemini bir kamu ve bir üniversite hastanesinde vajinal doğum yapan 108 kadın oluşturmuştur. Araştırmacılar tarafından oluşturulan veri formu kadınların tanıtıcı bilgilerini ve ten tene temas kavramı konusunda bilgi, uygulamalarına ve engellerine ilişkin verileri içermektedir. Veriler SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiş ve verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve kıkare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Kadınlar doğumdan ortalama 32.74±25.61 dakika sonra bebeklerini kucaklarına aldıklarını ifade etmişlerdir. %13.0'ının ten tene temas uyguladığı belirlenmiştir. Kadınların ten tene temas tanımı ve yararları konusunda on üzerinden 1.07 puan ortalaması ile düşük düzeyde bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Kadınların %67.8'si ten tene temasın uygulanmasındaki engelin nedeni olarak ilk sırada bebeğinin giyinik olmasını belirtmişlerdir.

**Sonuç:** Antenatal dönemde gebeler bilgilendirilmeli ve gebelerin farkındalıkları artırılmalıdır. Bebeklerin giysileri olmadan bebeğin teninin anne tenine değmesi gerektiği anlatılmalı ve uygulamaları desteklenmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Engeller, hemşirelik, kanguru anne bakımı, ten tene temas

### ABSTRACT

**Information, Practices, and Barriers Regarding Skin-to-Skin Contact of Mothers Giving Vaginal Birth**

**Aim:** This study aims to determine the knowledge, practices, and barriers of women who give vaginal birth about skin-to-skin contact (kangaroo mother care) with their newborn.

**Material and Methods:** The sample of the descriptive study consisted of 108 women who gave vaginal birth in a public and university hospital. The data form created by the researchers includes women's descriptive characteristics and information about skin-to-skin contact, practices, and barriers. The data were evaluated using the SPSS 15.0 program, and descriptive statistics and chi-square test were used to analyze the data.

**Results:** Women stated that they took their babies in their laps, on average 32.74 ± 25.61 minutes after birth. It was determined that 13.0% had skin-to-skin contact. It was determined that women had a low level of knowledge about the definition of skin to skin contact and its benefits, with an average of 1.07 out of ten. 67.8% of the women stated that the biggest obstacle in applying skin-to-skin contact was that their baby was dressed.

**Conclusion:** Pregnant women should be informed during the antenatal period, and their awareness should be increased. It should be explained that baby's skin should touch mother's skin without clothes of babies, and their practices should be supported.

**Keywords:** Barriers, kangaroo-mother care, nursing, skin to skin contact

<sup>1</sup> Prof. Dr., İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, E-mail: samiyemete@gmail.com, Tel: +90 2124813688, ORCID: 0000-0002-3777-2456

<sup>2</sup> Araş. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye, E-mail: busebahitli@gmail.com, Tel: +90 2324124773, ORCID: 0000-0003-3053-5105

<sup>3</sup> Araş. Gör., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Karaman, Türkiye, E-mail: nuraypar@gmail.com, Tel: +90 3382264395, ORCID: 0000-0002-4693-2896

\*Bu çalışma 02-05 Mart 2017 tarihleri arasında düzenlenen "13. Uludağ Jinekoloji ve Obstetrik Kış Kongresi" nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 21 Haziran 2019, Kabul Tarihi: 02 Kasım 2020

**Atıf/Citation:** Mete S, Güler B, Aypar Akbağ NN. Vajinal Doğum Yapan Annelerin Ten Tene Temas ile İlgili Bilgi, Uygulama ve Engelleri Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021; 8(1): 8-15. DOI: 10.31125/hunhemsire.906905

## GİRİŞ

Ten tene temas (TTT); doğumda veya doğumdan çok kısa bir süre sonra çıplak bebeğin annenin çıplak göğsüne yüzüstü yerleştirilmesidir. Kanguru bakımı olarak da isimlendirilmektedir<sup>1-3</sup>. Doğumdan sonraki ilk 60-90 dakika anne ile yenidoğan arasında TTT'nin sağlanması için en duyarlı dönem olarak kabul edilmektedir<sup>4</sup>.

Doğum gerçekleşikten dakikalar sonra yenidoğanın anneye temas ettirilmesi ve etkileşiminin sağlanması maternal oksitosinin pik yapmasını sağlamakta, böylece postpartum hemorajiyi önlemektedir. Ayrıca artan prolaktin ve oksitosin annedeki stresi azaltmakta ve annenin ebeveynlik duygularını geliştirmektedir<sup>4</sup>. TTT, anneye yenidoğan arasında biyolojik bağın gelişmesine<sup>5</sup>, annelik duygusunun güçlenmesine<sup>4,6,7</sup> ve annenin yenidoğana adaptasyonunun sağlanmasına yardım etmektedir<sup>8-10</sup>.

Dokunma, ağlama, gülme gibi davranışlar anne-bebek bağının oluştuğunu gösterir. Ancak bu göstergelerden en temel olanı emmedir<sup>4</sup>. Doğumdan sonra bir saat içinde pik yapan maternal prolaktin emzirmeyi kolaylaştırmaktadır<sup>8</sup>. Doğumdan sonra TTT annelerin kontrol duygularını geliştirmekte, kendilerine olan güvenlerini arttırmaktadır. Bu sonuçların emzirmeyle ilişkili olduğu tahmin edilmektedir. Doğumdan sonra bir saat içinde TTT ile yükselen fetal oksitosin emzirmenin başlatılmasını kolaylaştıran sakin ve uyanık bir durum sağlamaktadır. Anneye bebek arasında kurulan TTT annede vazodilatasyona neden olmakta ve bebeğin ısınmasını sağlayarak hipotermiyi önlemektedir. TTT yenidoğanda stresi ve stres hormonlarını azaltarak yenidoğanın enerji tüketimini, glukoz seviyelerini, solunumunu, ağlama ve beslenme davranışlarını en iyi duruma getirmektedir<sup>8</sup>. Ayrıca yapılan sistematik derlemede TTT uygulaması ile prematür bebeklerin anne-bebek etkileşiminin arttığı ve invaziv girişimlerde ağrının azaldığı belirtilmiştir<sup>11</sup>.

TTT tıbbi bir müdahale olarak ilk kez 1977 yılında düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. TTT sayesinde anneler, yenidoğanların ısısını koruyarak ve emzirmeyi kolaylaştırarak sağlık çalışanına ve kuvöze gereksinimi azaltmıştır<sup>12</sup>. Kadınların doğum deneyimlerini, bebekler ve ailelerinin sağlıklarını olumlu etkilediği gösterildiğinden dolayı sanayi toplumlarında, annenin doğum deneyiminin gelişmesine ve bebek ile ailelerine sağladığı yararlar nedeniyle TTT'ye önem verilmektedir<sup>13</sup>. TTT'yi teşvik etmek için uygulamadaki engellerin anlaşılması önemlidir. TTT uygulanmasında fiziksel, kurumsal, kültürel, anneye ilişkin birçok engel bulunmaktadır. Personel ve hasta eğitiminin eksikliği en önemli engeller arasındadır. Ayrıca sağlık personelinin ve kurumların politikalarının da anne-bebek ayrılmasına neden olduğu belirtilmektedir<sup>14</sup>. Yirminci yüzyılın başlarında doğumdan hemen sonra anne ile yenidoğanı ayırma az rastlanan bir durum iken, daha sonra yenidoğan ile annenin ayrı odalarda tutulması yaygınlaşmaya başlamıştır. Ayrıca doğumdan hemen sonra rutin uygulamaları gerçekleştirmek amacıyla yenidoğan anneden saatlerce ayrı kalmaktadır<sup>4,9</sup>. Bu postnatal ayrılma, stres durumu yaratarak bebeğin gelişimini ve annenin

davranışlarını olumsuz etkilemektedir<sup>4,9</sup>. Bir başka engel ise kadınların ten tene temas uygulaması ve yararları hakkında bilgili olmaması, toplumun bu uygulamayı uygun görmemesi, utanma gibi kültürel algılarının farklı olması gösterilmektedir<sup>14</sup>. Kadınların ten tene temas tercihlerini inceleyen bir çalışmada özel hastanede doğum yapan kadınların %59.3'ü, devlet hastanesinde doğum yapan kadınların %40.7'sinin ten tene teması tercih etmedikleri saptanmıştır<sup>15</sup>.

Bakım rolleri açısından değerlendirildiğinde hemşireler TTT'yi etkilemede en büyük fırsata sahip kişilerdir. Bu etki hemşirelerin hastalara verecekleri eğitimler ve uygulamaya katılmalarına izin vererek gerçekleşir<sup>16</sup>. TTT'nin gerçekleşmesi multidisipliner ekibin katılımını gerektiren bir uygulamadır. Bu nedenle tüm sağlık çalışanlarının destek ve çabaları gereklidir. Hemşireler antenatal dönemde kadınları TTT uygulaması hakkında bilgilendirmelidir. Kadınları TTT'yi talep etmeleri için cesaretlendirmeli ve uygun ortamları oluşturmalarıdır. Hemşireler, TTT'nin uygulanabilmesi için sağlık ekibine hizmet içi eğitimler planlamalıdır. Ancak hemşirelerin bu rollerini yerine getirebilmeleri için kadınların TTT uygulayıp uygulamadıklarını, uygulamayanların engellerinin neler olduğunu bilmelerine gereksinim vardır. Böylece hemşireler TTT oranlarına bakarak sorunun ciddiyetini fark edebilirler. Ayrıca hemşireler, kadınların TTT uygulamaları konusundaki güçlükleri gidermeye odaklanarak TTT uygulamasının artmasına destek verebilirler. Hemşireler TTT'nin başlatılmasını sağlayarak anne-bebek bağlanmasının başlamasına katkı verebilirler.

### Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, vajinal doğum yapan kadınların yenidoğan ile ten tene temasları (kanguru anne bakımı) hakkında bilgilerini, uygulamalarını ve engellerini belirlemektir.

### GEREÇ ve YÖNTEM

#### Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

#### Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde bir üniversite ve bir kamu hastanesinin obstetri kliniklerinde yatan postpartum dönemdeki kadınlar oluşturmuştur. Araştırma yapılan hastaneler, İzmir'in farklı bölgelerinde bulunmaları (Kuzey-Güney) ve kamu ve üniversite hastanelerini temsil ederek her sosyoekonomik gruptaki kadına ulaşmayı sağlamaları nedeniyle seçilmişlerdir. İki hastanede yıllık toplam 3065 vajinal doğum gerçekleşmektedir. Örneklem yöntemi olarak amaçlı örneklem yapılmış, 108 kadın ile araştırma yürütülmüştür (evrenin yaklaşık %3.5'i). Örneklem dahil etme kriterleri; vajinal yolla doğum yapmış olma, 18 yaşından büyük olma, Türkçe anlayabilme ve konuşabilme ve okur yazar olmadır. Araştırmanın sonunda G-Power 3.1 istatistik programında çalışma durumu ve toplam bilgi puanının ten tene temas uygulanmasına etkisini gösteren kikare analiz sonuçları kullanılarak yapılan güç analizinde elde edilen örneklem gücü %95 olarak belirlenmiştir.

**Veri Toplama Araçları**

Araştırmada kullanılan veri formu literatür doğrultusunda ve araştırmacıların deneyimlerine dayandırılarak oluşturulmuştur<sup>4,6,15,16</sup>. Kullanılan veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm kadınların tanıtıcı ve obstetrik özellikleri ile ilgili soruları içermektedir. Tanıtıcı özelliklerde; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvencesi ile ilgili dört soru, obstetrik özelliklerde; gebelik sayısı, doğum sayısı, çocuk sayısı ve şimdiki doğum şekli ile ilgili dört soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise kadınların TTT kavramı, anne ve yenidoğan açısından faydaları ile ilgili bilgileri, bebekle anne arasında TTT ile ilgili uygulamaları içermektedir. Bu bölümde üç adet kapalı uçlu soru, altı adet açık uçlu soru bulunmaktadır. TTT'nin anne ve bebek için yararlarını değerlendirmek için oluşturulan ifadelerle ilgili kadınların verdiği her doğru cevap için 1 puan, yanlış cevap için ise 0 puan verilmiştir. Maddelerin toplamından minimum 0, maksimum 16 puan alınabilmektedir.

**Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler İzmir'de bulunan bir kamu ve bir üniversite hastanesinin obstetri kliniklerinde Şubat-Haziran 2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Her bir kadınla görüşme süresi ortalama 10-15 dakikadır. Haftanın iki günü ortalama 16 saat veri toplanmıştır.

**Verilerin Analizi**

Verilerin analizinde SPSS (15.0) programı kullanılmıştır. Kadınların tanıtıcı, obstetrik özellikleri ve TTT uygulanma durumu ve bilgi düzeyleri hakkındaki bulguları için sayı, ortalama, standart sapma, ortanca ve yüzde dağılımları yapılmıştır. TTT uygulanma durumunun kadınların tanıtıcı ve obstetrik özellikleri ile ilişkisini incelemek için kıkare testi uygulanmıştır.

**Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yürütüleceği hastanelerden kurum izinleri ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 11.08.2016 tarih ve 2474-GOA protokol numaralı 2016/23-28 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır. Araştırmaya katılanların yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

**Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma sonuçları İzmir ilindeki iki hastane ile sınırlıdır. Araştırmada kullanılan veri toplama formunun geliştirilmesinde sadece araştırmacıların yer alması, diğer uzmanların görüşüne yer verilmemesi de araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

**BULGULAR**

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 27.86±6.06'dır. Kadınların %56.5'i ilköğretim mezunu, %85.2'si ev hanımıdır ve %19.4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Kadınların ortalama gebelik sayısı 2.12±1.09, doğum sayısı 1.76±0.92 ve ortalama çocuk sayısı 1.74±0.86'dır.

**Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (n=108)**

Tanıtıcı Özellikler	n	%	$\bar{x}$	$\pm ss$
<b>Yaş</b>				
18-29	63	58.3	27.86	6.06
30-40	45	41.7		
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	67	62.0		
Ortaöğretim	26	24.1		
Üniversite	15	13.9		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	14	13.0		
Çalışmıyor	94	87.0		
<b>Sosyal Güvence</b>				
Var	87	80.6		
Yok	21	19.4		
<b>Toplam</b>	108	100		

Araştırmaya katılan kadınların doğumdan ortalama 32.74±25.61 dakika sonra bebeklerini kucaklarına aldıkları belirlenmiştir. Kadınların %13.9'unun doğumdan sonra bebeklerini kucaklarına almak istemediği bunun en önemli nedeninin de ağrı (%46.7) olduğu belirlenmiştir. Kadınların sadece %13'ü doğumdan sonra bebekleriyle TTT sağladığını ifade etmiştir. Kadınların %67.8'i doğumdan hemen sonra TTT sağlanmamasının nedeni olarak bebeğin giydirilmiş olmasını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların %75'inin TTT kavramını duymadığı saptanmıştır. TTT kavramını duyan kadınların %77.8'i anne ve %66.7'si bebek için TTT'nin yararlı olduğunu belirtmişlerdir. En çok bilinen yarar olarak kadınların %33.3'ü annelik duygusunu geliştireceği ve %33.3'ü bebeğin anneye bağlanmasını sağlayacağını belirtmişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 2. Kadınların Ten Tene Temas Uygulama Sıklığı, Uygulamama Nedenleri ve Yararları Konusunda Bilgileri**

Ten Tene Temas uygulama, uygulamam nedenleri ve Yararları konusunda Bilgi	n	%
<b>Ten Tene Temas sağlanma durumu (n= 108)</b>		
Hayır	94	87
Evet	14	13
<b>Ten Tene Temas kavramını duyma (n= 108)</b>		
Hayır	81	75
Evet	27	25
<b>Bebeği kucacağına alma isteği (n= 108)</b>		
Evet	93	86.1
Hayır	15	13.9
<b>Bebeği kucacağına almama nedenleri (n= 15)</b>		
Ağrı	7	46.7
Hatırlamıyor	5	33.3
Kendinde olmama	2	13.3
Kötü hissetme	1	6.7
<b>Ten Tene Temasın sağlanamama nedeni (n= 59)</b>		
Bebeğin giyinik olması	40	67.8
Annenin giyinik olması	6	10.2
Bilgisinin olmaması	4	6.8
Anne ve bebeğin giyinik olması	4	6.8
Bebek bakımının yapılması	4	6.8
Bebeğin mekanyumlu doğması	1	1.7

**Tablo 2. Kadınların Ten Tene Temas Uygulama Sıklığı, Uygulamama Nedenleri ve Yararları Konusunda Bilgileri (devamı)**

Ten Tene Temas uygulama, uygulamam nedenleri ve Yararları konusunda Bilgi	n	%
<b>Ten Tene Temasın anne için yararları (n= 27)</b>		
Annelik duygusunu geliştirme	9	33.3
Annelik duygusunu geliştirme ve emmeyi kolaylaştırma	9	33.3
Kavramı duymasına rağmen bilgisi yok	6	22.2
Emmeyi kolaylaştırma	2	7.4
Kanamayı azaltma, annelik duygusu geliştirme, süt oluşumu, emmeyi kolaylaştırma	1	3.8
<b>Ten Tene Temasın bebek için yararları (n= 27)</b>		
Kavramı duymasına rağmen bilgisi yok	9	33.3
Bebekğin anneye bağlanmasını sağlar	9	33.3
Ruhsal gelişimi, anneye bağlanmayı sağlar, kalp atışını düzenler	4	14.8
Ağlamayı azaltır, solunum, vücut ısı, kan şekeri düzenler, daha iyi emmeyi, ruhsal gelişimi, anneye bağlanmayı olumlu etkiler	3	11.2
Ruhsal gelişimini sağlar	1	3.7
Ağlamayı azaltır, emmeyi, ruhsal gelişimi ve anneye bağlanmayı sağlar	1	3.7

Kadınların TTT uygulaması konusundaki bilgi puan ortalamalarının 1.07±2.18 (Min: 0, Maks: 10) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Annelerin Ten Tene Temas Uygulaması Bilgi Puanları\* (n=108)**

	$\bar{x}$	$\pm SS$	Min	Maks	Medyan
Anne için yarar puanı	0.51	1.063	0	6	.000
Bebek için yarar puanı	0.55	1.313	0	6	.000
Toplam bilgi puanı*	1.07	2.186	0	10	

\*Bilgi puanından alınabilecek maksimum puan 16'dır.

Araştırmada TTT uygulanma durumunun kadınların tanıtıcı ve obstetrik özellikleri ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışan kadınların (%42.9), primiparların (%64.3) ve TTT konusunda bilgi puanı ortalamasının üstünde olanların (%28.6) TTT uygulama oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş gruplarının ( $p=0.567$ ), TTT duymuş olmanın ( $p=0.333$ ), eğitim süresinin ( $p=0.853$ ), sosyal güvencenin ( $p=1.000$ ), doğum sayısının ( $p=0.222$ ) ve sahip olunan çocuk sayısının ( $p=0.073$ ) TTT uygulamasına etkisinin olmadığı belirlenmiştir. (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Araştırmada vajinal doğum yapan kadınların, doğum sonunda TTT kavramı ve yararları konusundaki bilgisi ve TTT'nin uygulama durumu hakkındaki görüşleri incelenmiştir. Kadınların sadece %13'ünün bebekleri ile TTT uyguladığı ve bu kavramı sadece %25'inin daha önceden duyduğu saptanmıştır. Yılmaz-Esencan ve arkadaşlarının

(2018), özel ve devlet hastanesinde gebe eğitim okuluna katılmış ve eğitim almış gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve TTT uygulamalarını değerlendirdikleri çalışmalarında kadınların %53.3'ünde TTT'nin sağlanmadığı saptanmıştır<sup>15</sup>. Etiyopya da yürütülen araştırmada da postpartum dönemde ten temasının uygulanma oranı %28.1 olarak belirtilmiştir<sup>17</sup>. Annelerin sürece hazır olmaması, uygulama konusundaki bilgi yetersizliği TTT'nin gerçekleştirilmesini engelleyebilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, kadınların bilgilendirilmesini sağlayarak TTT'yi uygulama protokollerine göre uygun zamanda ve biçimde TTT uygulamasının gerçekleştirilmesini sağlamaları gerekmektedir. Gebelik süresince etkili doğuma hazırlık eğitimleri ile annelerin uyumları kolaylaştırılarak TTT uygulamaları artırılabilir.

Mevcut araştırmada TTT'nin anne tarafından sağlanamama nedenleri değerlendirildiğinde çoğunlukla bebeğin giydirilmiş olması gerekçe gösterilmiştir. TTT bebeğin genellikle dik pozisyonda, çıplak ya da sadece bebek bezi ile annenin çıplak tenine konması olarak tanımlanmaktadır<sup>2,3</sup>. Bu nedenle bebeklerin giydirilmiş olarak annelerine verilmesi, kadınların TTT uygulamalarına engel olan bir uygulamadır. Araştırmamızdaki kadınların eğitim düzeyinin yetersiz olması ve sağlık personelinin zaman kısıtlılığı TTT'nin tam anlamıyla gerçekleştirilmesini olumsuz etkilemiş olabilir. Bu durumda sağlığı koruma ve geliştirmede primer rol alan sağlık personelinin TTT uygulama engellerinin araştırılması önemlidir. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık çalışanlarına verilecek kişisel ve hizmet içi eğitimler engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik hazırlanmalıdır.

Bu araştırmadaki kadınların %86.1'i doğumdan hemen sonra bebeklerini kucaklarına almak istediklerini belirtmişlerdir. Kadınların %87'si bebeklerinin rutin bakımlarından sonra bebekleri giydirilmiş olarak kucaklarına verildiğini ifade etmişlerdir. 'Annelik içgüdüselidir'<sup>18</sup> kavramından yola çıkılarak TTT'nin kadınların annelik duygusunu artırdığı belirtilmektedir<sup>6</sup>. Bu nedenle kadınların en kısa sürede bebeklerini kucaklarına almak istemelerinin olumlu bir destek olacağı düşünülmektedir. Ancak bebeklerin giydirilmiş olarak annelerine verilmesi istenen şekilde TTT uygulanması için bir engel oluşturmaktadır. Finigan ve Davies'in (2004) İngiltere'de doğum sonundan 28. güne kadar geçen sürede kadınlarla yapılan kalitatif görüşmelerde TTT sonrasında kadınların bebeklerine daha çok bağlandıkları ve içgüdüsel bir duygu ile bebeklerini bırakmak istemedikleri belirtilmektedir. Preterm yenidoğanın yoğun bakımda kalma süresini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir araştırmada kanguru bakımının annelerin kontrol duygusunu geliştirdiği ve onların bebekleriyle birlikte olma motivasyonlarını güçlendirdiği belirtilmiştir<sup>5</sup>. Ancak yukarıda da belirtildiği gibi araştırmamıza katılan kadınlara TTT uygulamasının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu durum anne bebek bağlanmasını olumsuz olarak etkileyebilir.

Doğum sonrasında bebeklerini kucagina almak istemeyen kadınların en çok ifade ettikleri neden ağrılarının olmasıdır. Vajinal doğumun iyileşme sürecinin hızlı olmasına ve anne-bebek etkileşiminin erken başlamasına çok fazla katkısı

olmasına rağmen perine travmalarına bağlı ağrı sık gelişen bir durumdur. Kadınların çoğunluğunun ilk 24 saatte perineal ağrı yaşadıkları belirtilmektedir<sup>19,20</sup>. Epizyotomi uygulaması ve kontrolsüz laserasyonlar nedeni ile doğum sonrası yaşanan ağrılar bebeklerini kucaklarına almak istememelerine neden olabilmektedir. Ancak Byaruhanga, Bergström, Tibemanya, Nakitto ve Okong'un (2006) yürüttükleri odak grup görüşmesi çalışmasında TTT sonrasında bazı kadınların postpartum ağrılarının azaldığı belirtilmektedir<sup>21</sup>. Ayrıca kadınların süreç içinde bebeği incitme korkusu, yorgunluk, uyku sırasında kanguru pozisyonunu korumada zorlanma, anne sütünün aşırı artması konusundaki endişeler, destek eksikliği ve sağlık personeli tarafından olumsuz tutumlar yaşadıkları belirtilmektedir<sup>14</sup>. Mevcut araştırmaya katılan kadınların TTT hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları ve ağrı yönetimi konusunda cesaretlendirilmemiş olmaları süreci olumsuz etkilemiş olabilir. TTT kavramının yararları konusunda bilgilendirilen kadınların annelik içgüdüsünün de yardımı ile bebeklerini kucaklarına almalarının kolaylaşacağı düşünülmektedir.

Doğum sonrasında bebeğin giydirilmesi, annenin teninin açılmaması, bebek bakımının yapılması adına bebeğin anneden uzaklaştırılması (acil durumlar dışında) gibi nedenler sağlık personelinin planladığı ve yürüttüğü süreçlerdir. Alenchery ve arkadaşlarının (2018) TTT uygulamasını engelleyen ve kolaylaştıran durumları değerlendirmek amaçlı yürüttükleri kalitatif araştırmada da sağlık personelinin klinik rutinlerinin yoğunluğu TTT sağlamada ve sürdürmede engel olarak belirtilmiştir<sup>22</sup>. Uluslararası Kanguru Anne Bakımı toplantısının (The International Network on Kangaroo Mother Care (KMC)) raporuna göre hemşireler için en yaygın engeller arasında kılavuzların net olmaması, kaliteli ve yeterli eğitimin olmaması, iş yükünün fazla olması, kaynakların ve desteğin az olması sıralanmaktadır. Doktorlar için ise, vurgulanan temel engeller arasında kanguru bakımının etkinliğinin anlaşılması, kabul edilmemesi ve yetersiz eğitimler belirtilmektedir. Ayrıca uygulama açısından yaşanan diğer engeller arasında, eğitim sonrası değerlendirme ve izlemenin olmaması, konunun üniversite müfredatı kapsamı dışında kalması ve kayıt tutma ile ilgili zorluklar yer almaktadır<sup>14</sup>. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlendirilmesi sorunun büyük ölçüde çözülmesini sağlayabilir. Ayrıca annelere gebelik döneminde TTT'nin amacı, yararları ve nasıl uygulanması gerektiğine yönelik verilecek eğitimler ile annelerin bilgi düzeyini ve uygulamaları artırabilir.

Araştırmamızda TTT kavramının kadınların yalnızca dörtte biri tarafından daha önceden bilindiği saptanmıştır. Kadınların TTT hakkındaki toplam bilgi puanının çok düşük olduğu (1.07±2.18) belirlenmiştir. Anneler TTT'nin anne ve bebek açısından yararları konusunda çoğunlukla annelik duygusunu artırdığı ve anne bebek bağlanmasını güçlendirdiği üzerinde durmuşlardır. Yılmaz Esencan ve arkadaşlarının (2018) yürüttükleri araştırmada kadınların %12.2'sinin TTT ile ilgili bilgiyi doğuma hazırlık eğitimi sırasında öğrendikleri belirlenmiştir<sup>15</sup>. Uganda'da annelerin doğum sonu TTT konusundaki algılarını tanımlamak

amacıyla yapılan kalitatif bir araştırmada TTT kavramını duyan ve yararlarının farkında olan bir gruba karşılık, konu hakkında bilgisi olmayan kadınların da bulunduğu belirtilmektedir. Kadınların bilgi ve algılarının kültürel, sosyal ve ekonomik farklılıklardan etkilendiği ifade edilmektedir<sup>21</sup>. Etkili ve kaliteli bir doğum öncesi bakım alamayan kadınlar doğum sürecinde ve sonrasında yapılan uygulamalar konusunda yetersiz kalabilirler. Bu nedenle kadınların TTT konusunda bilgilerinin olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmada primipar gebelerin TTT uygulamasının gerçekleştirilmesinde anlamlı düzeyde başarılı oldukları saptanmıştır. Ancak Bedaso ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada paritenin TTT uygulamasının gerçekleştirilmesinde bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir<sup>17</sup>. Bu durum kadınların kişisel özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Annelik deneyimini ilk kez yaşayan kadınların bazıları doğru bilgiye erişimde daha ısrarcı olurken bazıları anne, abla, arkadaş deneyimlerinden yararlanarak kısa yoldan bilgiye ulaşmayı tercih edebilir. Sonuçların farklı olması bu nedenlerden kaynaklanabilir.

Mevcut araştırmada bilgi puanı yüksek kadınlarda TTT uygulamasının daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir. Uygulama hakkında daha fazla bilgiye sahip olan kadınların ten temasını sağlamada daha başarılı olması beklenen bir sonuçtur. Bu araştırmada kadınların eğitim durumu ile TTT uygulamasının gerçekleştirilmesi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Şaşırtıcı bir sonuç olarak Etiyopya da yürütülen araştırmada postpartum dönemde okuryazar olmayan kadınların ileri düzeyde eğitime sahip kadınlara göre 18 kat daha fazla TTT uygulamasını gerçekleştirdikleri belirlenmiştir<sup>17</sup>. Bu sonuçların gebelerin formal eğitimden çok aile üyeleri, yakın arkadaşlar gibi kaynaklar aracılığı ile edindikleri ve geleneksel uygulamalardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mevcut araştırmada çalışan kadınlarda TTT uygulamasının anlamlı olarak daha yüksek oranda gerçekleştiği, sosyal güvencenin varlığının ise bu durumu etkilemediği saptanmıştır. Çalışan kadınların TTT uygulamasını daha yüksek oranda uygulamalarının nedeni, çalışan kadınların bilgiye erişim ve sosyal çevre ile etkileşimlerinin daha fazla olmasıyla açıklanabilir. Ancak kadınların gebelik dönemindeki eğitimlerde TTT hakkındaki bilgileri değerlendirilerek doğru ve güvenilir bilginin sağlanması oldukça önemlidir. Farklı sosyo-kültürel düzeydeki bireylerin geniş bir açıda ele alınması, doğru bilinen yanlışların saptanması ve doğru bilgiye ulaştırılması sağlık personelinin sorumluluğundadır.

Tablo 4. Ten Tene Temas Uygulanma Durumunun Annelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Obstetrik Özellikleri ile İlişkisi\*

Özellikler	Ten Tene Temas uygulanan		Ten Tene Temas uygulanmayan		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş</b>							
18-29	7	50.0	56	59.6	63	58.3	0.567
30-40	7	50.0	38	40.4	45	41.7	
<b>Eğitim</b>							
İlköğretim	9	64.3	58	61.7	67	62.0	0.853
Orta öğretim ve üzeri	5	35.7	36	38.3	41	38.0	
<b>Çalışma Durumu</b>							
Çalışıyor	6	42.9	8	8.5	14	13.0	<b>0.003</b>
Çalışmıyor	8	57.1	86	91.5	94	87.0	
<b>Sosyal güvence</b>							
Var	12	85.7	75	79.8	87	80.6	1.000
Yok	2	14.3	19	20.2	21	19.4	
<b>Gebelik Sayısı</b>							
Bir	9	64.3	31	33.0	40	37.0	<b>0.024</b>
İki ve üstü	5	35.7	63	67.0	68	63.0	
<b>Doğum Sayısı</b>							
Bir	9	64.3	44	46.8	53	49.0	0.222
İki ve üstü	5	35.7	50	53.2	55	51.0	
<b>Çocuk Sayısı</b>							
Bir	10	71.4	43	45.7	53	49.0	0.073
İki ve üstü	4	28.6	51	54.3	55	51.0	
<b>Toplam bilgi puanı</b>							
0-5 puan	10	71.4	91	96.8	101	93.5	<b>0.005</b>
6-10 puan	4	28.6	3	3.2	7	6.5	
<b>Ten tene teması</b>							
Duyan	5	35.7	22	23.4	27	25.0	0.333
Duymayan	9	64.3	72	76.6	81	75.0	
<b>Toplam</b>	14	100.0	94	100.0	108	100	

\*Değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi için Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Kadınların TTT konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir. Sağlık çalışanları, annelerin konuya ilişkin bilgi eksikliği sorunu olabileceği konusunda duyarlı olmalı, annelerin TTT konusunda doğru bilgilerini desteklemeli, eksik bilgilerini tamamlamalıdır. Ayrıca kadınların çok azının TTT uyguladıkları belirlenmiştir. Bunun nedenlerinin, bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarının hatalı uygulamaları ve destek eksikliği olduğu belirlenmiştir. Gebelerin bilgilendirilmesi ve doğumda sağlık çalışanlarından TTT uygulamasını talep etmeleri konusunda cesaretlendirilmeleri önemlidir. Ayrıca sağlık çalışanlarının farkındalığını ve duyarlılığını arttırmaya yönelik eğitimler ve protokoller hazırlanmalıdır. Konuya ilişkin sağlık çalışanları ve anneler ile kalitatif araştırmalar yapılarak engeller araştırılmalıdır. Kalitatif araştırmalardan elde edilen sonuçlar eğitim ve protokol içeriklerinin oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 11.08.2016 tarih ve 2474-GOA protokol numaralı 2016/23-28 karar numarası

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Bildirilmemiştir.

**Katılımcı Onamı:** Katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: SM, BG, NNAA

Veri toplama: BG, NNAA

Literatür araştırması: SM, BG, NNAA

Makale yazımı: SM, BG, NNAA

**Teşekkür**

Yazarlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara teşekkürlerini sunar.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Dokuz Eylül University (Decision number: 2016/23-28).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from women.

**Author contributions:**

Study design: SM, BG, NNAA

Data collection: BG, NNAA

Literature search: SM, BG, NNAA

Drafting manuscript: SM, BG, NNAA

**Acknowledgement:** We would like to thank all women who approved to participate to the study.

## KAYNAKLAR

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Quality statement 7: Skin-to-skin contact. Quality standard Published: 10 December 2017:26. nice.org.uk/guidance/qs105.
2. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Immediate and sustained skin-to-skin contact for the healthy term newborn after

- birth: AWHONN practice brief number 5. JOGNN 2016;45(6):842-44.
3. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience 2018:3-7.
4. Güleşen A, Yıldız D. Erken Postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Prev Med Bull. 2013;12(2):177-82.
5. Heinemann AB, Hellstrom-Westas L, HedbergNyqvist K. Factor affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. Acta Paediatrica 2013;102(7):695-702.
6. Leonard A, Mayers P. Parents' lived experience of providing kangaroo care to their preterm infants. Health SA Gesondheid. 2008;13(4):16-28.
7. Finigan V, Davies S. 'I just wanted to love, hold him forever': Women's lived experience of skin-to-skin contact with their baby immediately after birth. Evidence Based Midwifery. 2004;2(2):59-65.
8. Buckley SJ. Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care. National Partnership for Women & Families. 2015:6.
9. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;11.
10. Cangöl E, Hotun Şahin N. Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2014;45:100-05.
11. Çetinkaya E, Ertem G. Ten tene temasın anne-preterm bebek üzerine etkileri: Sistematik inceleme. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2017;14(2):167-75.
12. Ruiz-Peláez JG, Charpak N, Cuervo LG. Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. BMJ. 2004; 329(7475):1179-81.
13. Moran-Peters JA, Zauderer CR, Goldman S, Baierlein J, Smith AE. A quality improvement project focused on women's perceptions of skin to-skin contact after cesarean birth. Nurs Womens Health. 2014;18(4):294-303.
14. Cattaneo A, Amani A, Charpak N, De Leon-Mendoza S, Moxon S, Nimbalkar S et al. Report on an international workshop on kangaroo mother care: Lessons learned and a vision for the future. BMC Pregnancy and Childbirth. 2018;18:170.
15. Yılmaz Esencan T, Karabulut Ö, Demir Yıldırım A, Ertuğrul Abbasoğlu D, Külek H, Şimşek Ç ve ark. Doğuma Hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2018;26(1):31-43.
16. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. A juxtaposition of birth and surgery: providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. Midwifery. 2016;37:41-8.
17. Bedaso A, Kebede E, Adamu T. Assessment of skin-to-skin contact (SSC) during the postpartum stay and its



- determinant factors among mothers at public health institutions in Ethiopia. BMC Res Notes. 2019;12:136.
18. Sever M. "Kadınlık, annelik, gönüllü çocuksuzluk: Elisabeth Badinter'den Kadınlık mı Annelik mi?, Tina Miller'dan Annelik Duygusu: Mitler ve deneyimler ve Corinne Maier'den No Kid üzerinden bir karşılaştırmalı okuma çalışması". Fe Dergi. 2015;7(2):72-86.
  19. Kaya Şenol D, Aslan E. Vajinal doğum sonrası perineal soğuk uygulamanın fiziksel aktivitelere etkisi. F.N. Hem. Derg. 2016; 24(3):133-42.
  20. Swain J, Dahlen HG. Putting evidence into practice: A quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain. Women and Birth. 2013;26(1):65-70.
  21. Byaruhanga RN, Bergstrom A, Tibemanya J, Nakitto C, Okong P. Perceptions among post-delivery mothers of skin-to-skin contact and newborn baby care in a periurban hospital in Uganda. Midwifery 2008;24(2):183-89.
  22. Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, de Onis JV, Fernandez L, Rao PNS. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study. BMC Pediatrics. 2018;18:48.

## Araştırma makalesi

## Research article

# Bebeklerde (3-6 ay) Periferik İntravenöz Kateterizasyon Uygulaması Sırasında Kullanılan Müzikli Dönencenin Ağrı Algısına Etkisi



Nagihan AKAY<sup>1</sup>, Sema KUĞUOĞLU<sup>2</sup>, Behice EKİCİ<sup>3</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma, 3-6 ay arası bebeklerde, periferik intravenöz kateterizasyon uygulaması sırasında kullanılan müzikli dönencenin ağrı algısına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Yarı deneysel olarak 3-6 ay arası toplam 112 bebek ile yürütülen çalışma 2.11.2017 ve 31.01.2018 tarihlerinde bir hastanenin çocuk servisinde gerçekleştirilmiştir. Deney grubunda intravenöz kateterizasyon işlemi sırasında müzikli dönence kullanılırken, kontrol grubuna sadece kateterizasyon uygulanmıştır. Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu ve Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC) Ağrı Ölçeği ile veriler toplanmıştır. Her iki grupta işlem öncesi, işlem sırası ve işlem sonrasında birbirinden bağımsız iki gözlemci eş zamanlı ağrı ölçeğini puanlamıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan bebeklerin %52.7'si (n=59) kız, %47.3'ü (n=53) erkektir. Bebeklere ilişkin genel özelliklerin (yaş, tartı, boy) deney ve kontrol grupları arasında benzerlik gösterdiği saptanmıştır. İşlem öncesi (p:0.011; p< 0.05), işlem sırası (p:0.001; p< 0.01) ve işlem sonrasında (p:0.001; p<0.01) kontrol grubunun FLACC ağrı puanları, deney grubu FLACC ağrı puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Periferik intravenöz kateterizasyon uygulaması sırasında ağrı algısının azaltılmasında müzikli dönence etkili bulunmuştur ve güvenle kullanılabilir.

**Anahtar kelimeler:** Ağrı, bebek, hemşirelik bakımı, periferik intravenöz kateterizasyon

## ABSTRACT

**The Effect of Musical Mobile on Pain Perception Used During Peripheral Intravenous Catheterization in Infants (3-6 Months)**

**Aim:** The aim of this study is to investigate the effect of musical mobile on pain perception used during peripheral intravenous catheterization in infants.

**Material and Methods:** The semi-experimental study, which was conducted with a total of 112 babies between 3-6 months, was carried out on 2.11.2017 and 31.01.2018 in a hospital's pediatric ward. While the musical mobile was used during the intravenous catheterization procedure in the experimental group, only catheterization was applied to the control group. Data were collected with a descriptive information form and Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC) Pain Scale. In both groups, two independent observers scored the simultaneous pain scale before, during, and after the procedure.

**Results:** 52.7% (n = 59) of the babies included in the study were female and 47.3% (n = 53) were male. It was determined that the general characteristics (age, weight, height) of the babies were similar between experimental and control groups. The FLACC pain scores of the control group before (p: 0.011; p <0.05), during (p: 0.001; p <0.01) and after the procedure (p: 0.001; p <0.01) were found to be statistically significantly higher than the experimental group.

**Conclusion:** Musical mobile has been found effective in reducing pain perception during peripheral intravenous catheterization and can be used safely.

**Keywords:** Infant, nursing care, pain, peripheral intravenous catheterization

<sup>1</sup> Uzman Hemşire, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul/TÜRKİYE, nagihan.oruc.akay@gmail.com, 0530 109 63 24, ORCID ID: 0000-0001-9935-8640

<sup>2</sup> Prof. Dr, Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul/TÜRKİYE, skuguoğlu@medipol.edu.tr, 0506 284 12 19, ORCID ID: 0000-0002-2794-1068

<sup>3</sup> Dr Öğr. Üyesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul/TÜRKİYE, behicekici@maltepe.edu.tr, 0530 419 21 37, ORCID ID: 0000-0002-2851-2345

\* Çalışma T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2018 Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 27 Nisan 2019, Kabul Tarihi: 02 Kasım 2020

**Atıf/Citation:** Akay N, Kuğuoğlu S, Ekici B. Bebeklerde (3-6 ay) Periferik İntravenöz Kateterizasyon Uygulaması Sırasında Kullanılan Müzikli Dönencenin Ağrı Algısına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):16-21. DOI: 10.31125/hunhemsire.906918

## GİRİŞ

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği ağrıyı “vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, hastanın geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duyuşsal, afektif, hoş olmayan bir duygu” olarak tanımlamaktadır<sup>1,2</sup>. Yapılan birçok çalışma, ağrının intrauterin dönemden itibaren hissedildiğini kanıtlamakta, bebeklik dönemlerinde yaşanan ağrının olumsuz ve kalıcı iz bırakabildiğini göstermektedir<sup>2-7</sup>.

Gelişimsel dönemlere göre ağrı ile ilgili algılamalar değişmektedir. Örneğin, 0-3 ay arasındaki bebekler ağrıya refleksleri ile tepki verirken, 3-6 ay arasındaki bebeklerde öfke ve üzüntü tepkileri eklenmektedir. 6-18 ay arasında bebeklerde ise ağırlı uyarana karşı korku gelişir ve ağrıyı lokalize edebilirler<sup>3,4</sup>.

Ağrının giderilmesinde etkili olan nonfarmakolojik yöntemler tek başına veya farmakolojik yöntemler ile birlikte kullanılabilir<sup>8,9</sup>. Dikkati başka yöne çekme, çocuğun odağını ilgi çekici bir uyarıcı ile ağırlı uyarandan uzaklaştırmaya yarayan bilişsel ve davranışsal bir ilaç dışı yöntemdir. Bu yöntem ağrıyı ortadan kaldırmaz, fakat ağrıya katılma kapasitesini engellemeye ve ağrıyı daha tolere edilebilir hale getirmeye yardımcı olmaktadır<sup>10,11</sup>. Dikkati başka yöne çekmenin, ağrı hissini azaltan sistemleri tetikleyerek ağırlı uyarana verilen yanıtları değiştirdiği de öne sürülmektedir. Genel olarak dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin etkinliğinin kapı kontrol teorisine dayandığı kabul görmektedir<sup>8</sup>.

Dikkati başka yöne çekmenin aktif ve pasif olmak üzere iki türü vardır. Aktif yöntemlerde ağrıya sebep olan girişimler sırasında çocukların bir eylemde bulunmaları teşvik edilir. Pasif dikkati başka yöne çekme yöntemleri ise çocuğun açık katılımından ziyade bir etkinliği veya uyarıcı gözlemlemesi ile sağlanır. İşitsel ve görsel teknikler pasif yöntemlerin en yaygın kullanılan türleridir<sup>12,13</sup>.

İnvaziv girişimlere bağlı akut ağrıda kullanılacak olan etkili nonfarmakolojik yöntem dikkati başka yöne çekmedir. Dikkati başka yöne çekme yöntemi ile yapılan benzer çalışmalar, ağrı kontrolünde bu yöntemin etkinliğini göstermektedir<sup>14-16,25</sup>. Çocuklarda ağrı yönetim stratejilerini geliştirmek, çocuklara özgü ihtiyaçları dikkate alarak optimal ağrı yönetimi uygulamalarını aydınlatmak için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır<sup>7,12</sup>. Pediatri hemşireliğinin bakım ilkelerinden biri de atravmatik bakım felsefesidir. Atravmatik bakım uygulamaları kapsamında ağrı yönetimi önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışma ile ekonomik, kullanımı kolay bir araç ile dikkati başka yöne çekmenin ağrı algısına etkisinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

### Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; periferik intravenöz kateterizasyon uygulaması sırasında bebeklerin hissettiği ağrı algısına, müzikli dönencenin etkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

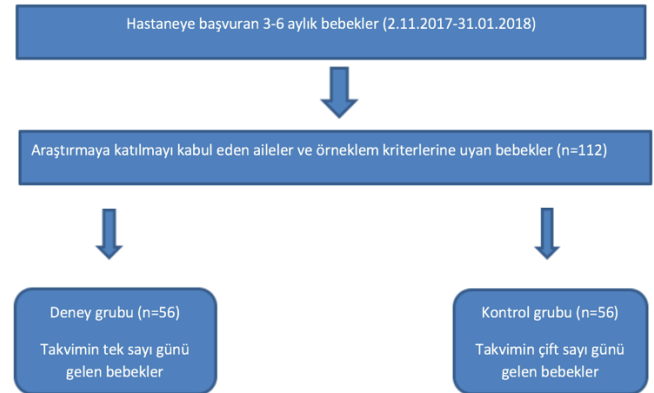
Bu araştırma; periferik intravenöz kateterizasyon uygulaması sırasında bebeklerin hissettiği ağrı algısına,

müzikli dönencenin etkisini saptamak amacıyla yarı deneysel tasarımda gerçekleştirilmiştir.

### Araştırma Evren ve Örneklemi

Yarı deneysel nitelikte tasarlanan bu araştırma İstanbul Anadolu Yakası'nda bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin çocuk servisinde 2.11.2017 ve 31.01.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini hastaneye başvuran 3-6 aylık bebekler oluşturmuştur. Yapılan güç analizi sonucunda, %80 güç ve %95 güven aralığı ile örneklem büyüklüğünün her grup için 52 olmak üzere toplam minimum 104 olması gerektiği belirlenmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü sürede 11 aile araştırmaya katılmayı kabul etmediği, 20 bebek örneklem seçim kriterlerine uymadığı, 8 aile yabancı uyruklu olduğu için dil problemi nedeniyle iletişim kurulamadığından araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma 56 deney, 56 kontrol grubu olmak üzere toplam 112 bebek ile yürütülmüştür.

Bebeklerin gruplara randomize atanması için takvimin tek sayı günleri getirilen bebekler deney grubunu, çift sayı günleri getirilen bebekler kontrol grubunu oluşturmuştur. Konjenital veya kronik bir sağlık sorunu olmayan, son 4 saat içerisinde analjezik etkili bir ilaç almamış olan, evinde müzikli dönencesi bulunmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ailelerin bebekleri çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaneye yatışının ilk günü olan ve bu yatışta ilk kez kateter takılacak olan bebekler çalışmaya alınmıştır.



### Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu ve (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) –FLACC (Yüz ifadesi, Bacak hareketleri, Aktivite, Ağlama, Teselli edilebilirlik- YBAAT) Ağrı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan bebek tanıtıcı bilgi formu, bebeğe ilişkin cinsiyet, yaş, ağırlık, boy, daha önceki invaziv girişim sayısı, bebeğe primer bakım veren kişinin yakınlık derecesi ve hastanede yatma deneyimi olup olmadığına dair bilgileri içeren toplam yedi sorudan oluşmaktadır.

Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki bebeklerin işlem öncesi, sırası ve sonrasındaki ilk dakika içerisinde ağrı puanlarının hesaplanmasında FLACC Ağrı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Merkel ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş olup, 2 ay ve 7 yaş arası çocuklarda prosedural ve postoperatif ağrıların değerlendirilmesinde kullanılan gözlemsel bir davranış ölçeğidir<sup>19</sup>. Türkçeye

uyarlaması 2005 yılında Şenaylı ve arkadaşları tarafından YBAAT ağrı skalası olarak yapılmıştır. Çalışmada 1 ay ile 9 yaş arasındaki çocukların postoperatif ağrı değerlendirmeleri yapılmış ve çalışma sonuçları skalanın Türkçe geçerlilik-güvenirliliğini göstermiştir<sup>20</sup>. Yüz ifadesi, bacak hareketleri, aktivite, ağlama ve teselli edilebilirlik olarak beş kategoride değerlendirme yapılarak FLACC ağrı ölçek puanı elde edilmektedir. Her bir kategori için 0, 1, ya da 2 puan verilerek, 0- 10 arası toplam puana ulaşılmaktadır. Ağrı şiddeti arttıkça toplam puan yükselmekte, ağrı şiddeti azaldıkça toplam puan düşmektedir<sup>19,20</sup>.

### Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Çalışmanın yürütüldüğü çocuk servisi müdahale odasında müdahale sırasında dış faktörleri engellemek amacıyla başka bir işlem uygulanmamış olup, işlem sırasında müdahale odasına bebek ve ebeveyni, ağrı ölçeğini puanlayan araştırmacı hemşire, kateteri uygulayan hemşire ile ağrı ölçeğini puanlayan ikinci hemşire dışında kimse alınmamıştır.

Araştırmada kullanılan müzikli dönence bebeğin baş tarafına göre, ayaklı bir askılığa sedye seviyesinden 25-30 cm yukarıda olacak şekilde sabitlenmiştir. Çalıştırıldığında müzik çalarak dönmeye başlayan 3 adet peluş oyuncak ve 3 adet yıldız figürü vardır.

Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu araştırmacı tarafından doldurulmuş, bebeklerin boy ve tartı ölçümleri araştırmacı tarafından kalibrasyonları yapılmış araçlar ile yapılmıştır. Araştırma boyunca aynı cihazlar kullanılmıştır. Kateterizasyon her iki gruba da aynı deneyimli hemşire tarafından uygulanmıştır. Kateterizasyon işlemi için sağ veya sol el metakarpal venler kullanılmış olup, 24 Gauge (sarı renk) intravenöz kanül ile işlem gerçekleştirilmiştir. Damar yolu ilk seferde açılmayan bebek olmamıştır.

Her iki grupta işlem öncesi, işlem sırası ve işlem sonrasında araştırmacı ve ağrı ölçeği konusunda eğitim almış hemşire birbirinden bağımsız olarak eş zamanlı ağrı ölçeğini puanlamıştır. İşlemler toplam ortalama 10 dakika sürmüştür.

Boy ve ağırlık ölçümleri yapılan bebek sedyeye alınıp işlem öncesi ağrı puanı ölçülmüştür. Kontrol grubundaki bebeklere rutin kateterizasyon işlemi yapılmış olup, deney grubundakilere ise müzikli dönence çalıştırıldıktan sonra kateter uygulaması yapılmıştır. Her iki grupta da işlem sırasında bebeğin dikkatini çekecek bir uygulama (el çırpma, emzik verme) yapılmamıştır.

### Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar ve (ortalama, standart sapma, frekans) niteliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İşlem öncesi, sırası ve sonrası niceliksel verilerin değerlendirilmesinde Friedman Testi, gözlemciler arası uyumun değerlendirilmesinde Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı

kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Rho Korelasyon Analizi ve niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Çalışmalar Komisyonu'ndan 18.10.2017 tarih ve 617 sayı numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynlere araştırmacının amacı, planı ve süresi hakkında bilgilendirme yapılmış; bilgilendirilmiş hasta onam formu ile yasal temsilcilerin yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yürütüleceği çocuk servisi çalışanları araştırma hakkında bilgilendirilmiştir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma belirli tarihlerde eğitim ve araştırma hastanesine başvuran, örneklem kriterlerine uyan ve çalışmayı kabul eden ailelerin bebekleri ile yürütülmüştür. Bu nedenle araştırma sonuçları bu gruba genellenebilir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan bebeklerin %52.7'si (n=59) kız, %47.3'ü (n=53) erkektir. Bebeklerin %50'si (n=56) deney, %50'si (n=56) kontrol grubuna alınmıştır. Deney grubunun yaş (ay) ortalaması 3.98±0.94 ay, kontrol grubunun yaş (ay) ortalaması 4.07±1,02' aydır. Bebeklerin ağırlıklarının ortalamaları deney grubunda 6.88±0.88, kontrol grubunda 6.7±0.69, boy ortalamaları ise deney grubunda 63.80±4.42, kontrol grubunda 62.48±4.20 cm'dir.

Bebeklere daha önce hastane yatışlarında uygulanan invaziv girişim sayıları ortalamaları deney grubunda 8.91±1.10, kontrol grubunda 8.77±1.16'dır.

Deney ve kontrol grubundaki bebeklerin tümüne (%100.0) anneleri bakım vermektedir. Deney grubundaki bebeklerin %10.7'sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %14.3'ünün daha önceden hastanede yatma deneyimi olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Bebeklere İlişkin Genel Özellikler

Genel Özellikler	Deney (n=56)	Kontrol (n=56)		Total (n=112)	Z	p
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS		
Yaş (ay)	3.98±0.94	4.07±1,02		4.03±0.98	-0.415	0.678
Kilo (kg)	6.88±0.88	6.77±0.69		6.83±0.79	-0.854	0.393
Boy (cm)	63.80±4.42	62.48±4.20		63.14±4.34	-1.630	0.103
IV girişim sayısı (n)	8.91±1.10	8.77±1.16		8.84±1.13	-1.175	0.240
	n (%)	n (%)		n (%)	χ <sup>2</sup>	p
Cinsiyet	Kız	27 (48.2)	32 (57.1)	59 (52.7)	0.573	0.449
	Erkek	29 (51.8)	24 (42.9)	53 (47.3)		
Hastanede yatma deneyimi	Yok	50 (89.3)	48 (85.7)	98 (87.5)	0,082	0,775
	Var	6 (10.7)	8 (14.3)	14 (12.5)		

Z: Mann Whitney U Testi, χ<sup>2</sup>: Continuity(Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi

Deney ve kontrol grubundaki bebeklerin yaşları, kiloları, boyları, cinsiyetleri, hastanede yatma deneyimleri ve daha önce uygulanan invaziv girişim sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 1).

Gözlemcilerin işlem öncesi, sırası ve sonrası FLACC Ağrı Ölçeği ölçümleri arasında sırasıyla %99.2, %99.8 ve %99.9 düzeylerinde ve istatistiksel olarak anlamlı uyum saptanmıştır. ( $p_1: 0.001, p_2: 0.001, p_3: 0.001; p<0.01$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2. İşlem Öncesi, İşlem Sırası ve İşlem Sonrası FLACC Ağrı Ölçeği'nin Gözlemciler Arası Uyum Değerlendirmesi**

FLACC Ağrı Ölçeği	ICC	%95 GA		p
		Alt Sınır	Üst Sınır	
İşlem öncesi	0.992	0.977	0.989	<b>0.001**</b>
İşlem sırası	0.998	0.997	0.999	<b>0.001**</b>
İşlem sonrası	0.999	0.998	0.999	<b>0.001**</b>

ICC: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı, GA: Güven Aralığı, \*\* $p<0.01$

İşlem öncesi ağrı puanlarına bakıldığında deney grubu ortalaması  $0.18\pm 0.43$ , kontrol grubu ortalaması  $0.43\pm 0.60$ 'dir. İşlem sırasında ağrı puanları deney grubunda ortalama  $2.71\pm 1.49$ , kontrol grubunda ortalama  $8.63\pm 1.50$ 'dir. İşlem sonrası ağrı puanları deney grubunda ortalama  $0.59\pm 0.71$ , kontrol grubunda ortalama  $6.29\pm 1.72$ 'dir. İşlem öncesinde, sırasında ve sonrasında kontrol grubunun FLACC ağrı skorlarının ortalaması, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3. İşlem Öncesi, Sırası ve Sonrası Grup İçi ve Gruplar Arası FLACC Ağrı Ölçeği'nin Değerlendirilmesi**

FLACC Ağrı Ölçeği	Deney (n=56)	Kontrol (n=56)	Total (n=112)	Z	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
İşlem öncesi	0.18±0.4 3	0.43±0.6 0	0.30±0.5 3	- 2.55 7	<b>0.011*</b>
İşlem sırası	2.71±1.4 9	8.63±1.5 0	5.67±3.3 2	- 8.93 0	<b>0.001*</b> *
İşlem sonrası	0.59±0.7 1	6.29±1.7 2	3.44±3.1 5	- 9.15 4	<b>0.001*</b> *
$\chi^2$	<b>103.242</b>	<b>110.507</b>			
p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>			

Z: Mann Whitney U Testi,  $\chi^2$ : Friedman Testi, \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

Tabloda belirtilmemle birlikte yaş, tartı, boy ve cinsiyete göre deney ve kontrol grubunda işlem öncesi, işlem sırası ve işlem sonrası FLACC ağrı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Kontrol grubundaki bebeklerden hastanede yatma deneyimi olanların işlem öncesi FLACC ağrı skorları ortalamasının, hastanede yatma deneyimi olmayan bebeklerin ağrı skoru ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p:0.008; p<0.01$ ) (Tablo 4). Deney grubunda bebeklere uygulanan invaziv girişim sayısı ile FLACC ağrı

skorları arasında %29.9 düzeyinde ( $r:0.299, p:0.025; p<0.05$ ), kontrol grubunda bebeklere uygulanan invaziv girişim sayısı ile FLACC ağrı skorları arasında %30.3 düzeyinde anlamlı bir artış saptanmıştır (Tablo 5).

**Tablo 4. İnvaziv Girişim Sayısına Göre İşlem Öncesi, İşlem Sırası ve İşlem Sonrası Grup İçi ve Gruplar Arası FLACC Ağrı Ölçeği' nin Değerlendirilmesi**

FLACC Ağrı Ölçeği		IV girişim sayısı (n)	
		r	P
Deney	İşlem öncesi	<b>0.299</b>	<b>0.025*</b>
	İşlem sırası	0.252	0.061
	İşlem sonrası	0.205	0.130
Kontrol	İşlem öncesi	<b>0.303</b>	<b>0.023*</b>
	İşlem sırası	0.037	0.785
	İşlem sonrası	0.030	0.827

r: Spearman Rho Korelasyon Analizi, \* $p<0.05$

**Tablo 5. İnvaziv Girişim Sayısına Göre İşlem Öncesi, İşlem Sırası ve İşlem Sonrası Grup İçi ve Gruplar Arası FLACC Ağrı Ölçeği' nin Değerlendirilmesi**

FLACC Ağrı Ölçeği	Hastanede Yatma Deneyimi		Z	P	
	Yok	Var			
	Ort±SS	Ort±SS			
Deney	İşlem öncesi	0.10±0.30	0.83±0.75	-3.638	<b>0.001**</b>
	İşlem sırası	2.54±1.34	4.17±1.94	-2.112	<b>0.035*</b>
	İşlem sonrası	0.50±0.65	1.33±0.82	-2.532	<b>0.011*</b>
	$\chi^2$	<b>93,281</b>	<b>10,174</b>		
	p	<b>0,001**</b>	<b>0,006**</b>		
Kontrol	İşlem öncesi	0.33±0.52	1.00±0.76	-2.644	<b>0.008**</b>
	İşlem sırası	8.67±1.21	8.38±2.77	-0.881	0.378
	İşlem sonrası	6.25±1.58	6.50±2.56	-1.001	0.317
	$\chi^2$	<b>95,032</b>	<b>15,548</b>		
	p	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>		

Z: Mann Whitney U Testi,  $\chi^2$ : Friedman Testi, \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

## TARTIŞMA

3-6 ay arası bebeklerde periferik intravenöz kateterizasyon uygulaması sırasında kullanılan müzikli dönencenin ağrı algısına etkisini belirlemek amacıyla yürütülen yarı deneysel bu çalışmada, deney ve kontrol grubundaki bebeklerin ağrı algısını etkileyebilecek özellikler açısından benzer oldukları belirlenmiştir. Bu benzerlik, her iki grubun homojen dağıldığını, ağrı algısını etkileyebilecek kontrol değişkenlerinin çalışma bulgularına etkisinin olmadığını kanıtlamaktadır.

Literatürde<sup>2,4,11</sup> ağrının yaş, cinsiyet, kültür gibi değişkenlerden etkilendiği ancak, bu değişkenlerin ağrıya etkisinin bireyler arasında farklılıklar gösterdiği savunulmaktadır. Çalışmamızda ağrı algısı ve yaş faktörü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu açıdan bulgular benzer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir<sup>21,22</sup>. Farklı kaynaklar yaş arttıkça başa çıkma yöntemlerinin gelişmesiyle ağrı algısının azaldığını savunmaktadır<sup>3,23,24</sup>.

Araştırmamızda bebeklerin yaş aralığının 3-6 ay ile sınırlandırılmış olması nedeni ile yaş, tartı ve boy değişkenlerinin ağrı algısını etkilemediği düşünülmüştür. Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarında cinsiyete göre ağrı puanları arasında işlem öncesi, sırası ve sonrasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.01$ ). Yapılan birçok çalışma cinsiyetin ağrı algısı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını savunurken<sup>22, 24-26</sup>, Tüfekci ve Erci'nin<sup>24</sup> çalışmasında kız çocuklarının ağrı puan ortalaması, erkek çocuklara göre daha yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemiştir.

Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan tüm bebeklere ( $n=112$ ) bakım veren primer kişi anne olarak tespit edilmiştir. Bu nedenle ağrılı işlem sırasında annenin varlığının ağrı algısına etkisi tartışılmamıştır. Özdemir ve Tüfekci'nin<sup>25</sup> çalışmasında her iki grupta da yanında annesi bulunan bebeklerin ağrı puanının, diğer kişilerin bulunduğu bebeklere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.

Daha önceki invaziv girişim sayısına bakıldığında; deney grubunda bebeklere uygulanan invaziv girişim sayısı ile FLACC ağrı skorları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r:0.299$ ,  $p:0.025$ ;  $p<0.05$ ). Kontrol grubunda bebeklere uygulanan invaziv girişim sayısı ile FLACC ağrı skorları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r:0.303$ ,  $p:0.23$ ;  $p<0.05$ ). Bu bulgu ağrılı işlemlere maruz kalma durumunun ağrı eşiği üzerindeki olumsuz etkisini gösteren literatür ile uyumludur<sup>2,22,24</sup>.

Hastanede yatma deneyimi olan kontrol grubundaki bebeklerin işlem öncesi FLACC ağrı skorları, hastanede yatma deneyimi olmayan bebeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p:0.008$ ;  $p<0.01$ ). Hastanede yatma deneyimi olan deney grubundaki bebeklerin işlem öncesi ( $p:0.001$ ), işlem sırası ( $p:0.035$ ) ve işlem sonrası ( $p:0.011$ ) FLACC ağrı skorları, hastanede yatma deneyimi olmayan bebeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bisogni ve arkadaşlarının<sup>27</sup> yaptığı çalışmada, kronik hastalık nedeniyle hastanede yatan çocukların kan alma işlemlerinde daha düşük ağrı eşiğine sahip olduğu bulunmuştur.

Başbakkal ve arkadaşlarının<sup>28</sup> 3-6 yaş grubu çocuğun akut hastalık nedeniyle hastaneye yatmasını incelemiş, hastaneye yatış öncesi ve taburculuk sonrası davranışlarda farklılık ile ilgili istatistiksel anlamlı sonuçlara ulaşmıştır. Tuna ve Açıköz'ün<sup>22</sup> çalışmasında hastanede yatma deneyimi olan çocuklarda ağrı puanının diğer çocuklara göre anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamıştır. Bu bulgular çocuklarda ağrının duygusal bilgi olarak depolanabildiğini gösteren literatür ile uyumludur<sup>4,7,29</sup>.

İşlem öncesi, kontrol grubunun FLACC ağrı puanlarının, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farklılık işlem yapılan odada dönencenin çalıştırılmadan bulundurulması nedeni ile deney grubundaki bebeklerin dikkatini çekerek ağrı puanlarını düşürmesinden kaynaklanmış olabilir. İşlem sırasında ve sonrasında, kontrol grubunun FLACC ağrı puanlarının, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu bulgular sonucunda 3-6 aylık bebeklerde periferik intravenöz kateter uygulamasına bağlı gelişen ağrı algısının müzikli dönence kullanılarak azaltılabileceği belirlenmiştir. Literatürde çeşitli dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin kullanıldığı araştırmalar mevcut olmakla birlikte, müzikli

dönencenin kullanıldığı tek çalışma Özdemir ve Tüfekci'nin<sup>25</sup> 2 aylık bebeklerde aşıya bağlı ağrıda müzikli dönencenin etkisini araştırdığı çalışmadır. Çalışmada deney grubunun işlem öncesi anksiyete, işlem sırası ve işlem sonrası ağrı puanlarının, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. Özdemir ve Tüfekci'nin<sup>25</sup> sonuçları bulgularımızı destekler niteliktedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bebeklerde ağrıya sebep olan periferik intravenöz kateterizasyon işlemlerinde, hemşireler tarafından müzikli dönencenin ağrı algısını azaltmak amacı ile kullanılabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşireler tarafından sıklıkla uygulanan ve ağrıya sebep olan girişimlerin travmatik etkisini azaltmak atravmatik bakım felsefesinin bir gereğidir. Düşük maliyetle temin edilebilen, kolay kurulum ve kullanım kolaylığı olan müzikli dönence, ağrıya sebep olan diğer invaziv işlemlerde (intramüsküler enjeksiyon, üriner kateter uygulamaları gibi) dikkati başka yöne çekme aracı olarak kullanılması önerilir.

**Etik Kurul Onayı:** T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul'undan alınmıştır (Karar tarihi: 22/09/2017, Karar no: EKK/2017/82).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Bildirilmemiştir.

**Katılımcı Onamı:** Bakım vericilerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: NA, SK, BE

Veri toplama: NA

Literatür araştırması: NA, SK, BE

Makale yazımı: NA, SK, BE

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm hastalarımıza teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from the T.C. Maltepe University Ethics Committee (Decision date: 22/09/2017, Decision number: EKK/2017/82).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from patients.

**Author contributions:**

Study design: NA, SK, BE

Data collection: NA

Literature search: NA, SK, BE

Drafting manuscript: NA, SK, BE

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

## KAYNAKLAR

1. Erdine S. Ağrı. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2007. p.7-9.
2. Oakes LL. Infant and child pain management. New York: Springer Publishing Company. 2011. Chapter 1; The problem of pain. p:18-23.
3. Twycross A, Dowden S, Stinson J. Managing pain in children. 2nd ed. United Kingdom: Blackweel Publishing Ltd; 2014. Chapter 1; Why Managing Pain in Children Matters. p:11.

4. Törüner E, Büyükgönerç L. Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Gökçe Ofset. 2012. Bölüm 5, Çocuklarda ağrı yönetimi; p:146-70.
5. Akcan E, Polat S. Yenidoğanlarda ağrı ve ağrı yönetiminde hemşirenin rolü. ACU Sağlık Bil Derg. 2017;(2):64-9.
6. Gupta HV, Gupta VV, Kaur A, Singla R, Chitkara, N, Bajaj KV ve ark. Comparison between the analgesic effect of two techniques on the level of pain perception during venipuncture in children upto 7 years of age: A quasi-experimental study. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014;8(8):1-4.
7. Conk Z. Pediatri hemşireliği. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2013. p:352-55.
8. Aslan FE. Ağrı doğası ve kontrolü. 2. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 2014. p. 25-8.
9. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011;1:83-92.
10. Olmstead LD, Scott DS, Mayan M, Koop MS, Reid K. Influences shaping nurses use of distraction for children procedural pain. Journal for Specialist in Pediatric Nursing. 2014;162-71.
11. Kyle T, Carmen S. Essentials of pediatric nursing. 2nd ed. USA: Wolters Klumen Health; 2013. p:366-71.
12. Mutlu B, Balcı S. Effects of balloon inflation and coughtrick methods on easing pain in children during the drawing of venous blood samples: A randomized controlled trial. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2015;20(3):178-86.
13. Sadeghi T, Mohammadi N, Shamshiri M, Bagherzadeh R, Hossinkhani N. Effect of distraction on children's pain during intravenous catheter insertion. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2013;(18):109-14.
14. Tüfekci GF., Çelebioğlu A, Küçüköğlü S. Turkish children loved distraction: using kaleidoscope to reduce perceived pain. Journal of Clinical Nursing. 2009;18:2180-6.
15. Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, Uman LS, Kisely SR ve ark. Systematic review and meta-analysis of distraction and hypnosis for needle-related pain and distress in children and adolescents. Journal of Pediatric Psychology. 2014;39(8):783-808.
16. Bahorski JS, Hauber RP, Hanks C, Johnson M, Ranner D, Stoutamire ve ark. Mitigating procedural pain during venipuncture in a pediatric population: A randomized factorial study. International Journal of Nursing Studies. 2015;52(10):1553-64.
17. He H, Lee T, Jahja R, Sinnappan R, Julkunen KV, Pölkki T ve ark. The use of nonpharmacological methods for children's postoperative pain relief: Singapore nurses. Journal for Specialist in Pediatric Nursing. 2011;16:27-38.
18. Göl İ, Onarıcı M. Hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;20-9.
19. Merkel S, Voepel- Lewis T, Malviya S. Pain assessment in infants and young children: the FLACC scale. American Journal of Nursing. 2002;102(10):55-8.
20. Şenaylı Y, Özkan F, Şenaylı A, Bıçakçı Ü. Çocuklarda postoperatif ağrının FLACC ağrı skalasıyla değerlendirilmesi. Journal of Anesthesiology Reanimation. 2006;4(1):1-4.
21. Karakaya A, Gözen D. The effect of distraction on pain level felt by school-age children during venipuncture procedure and randomized controlled trial. Pain Management Nursing. 2016;17(1):47-53.
22. Tuna PT, Açıköz A. The effect of preintervention preparation on pain and anxiety related to peripheral cannulation procedures in children. Pain Management Nursing. 2015;16(6):846-54.
23. Hasanpour M, Tootoonchi M, Aein F, Yadegarfar G. The effects of two non-pharmacologic pain management methods for intramuscular injection pain in children. Acute Pain. 2006;8(1):7-12.
24. Tüfekci FG, Erci B. Ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunmasının ve bazı faktörlerin çocukların ağrı toleransına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;10(2).
25. Özdemir KF, Tüfekci GF. The effect of using musical mobiles on reducing pain in infants during vaccination. Journal of Research in Medical Sciences. 2012;17(7):662-67.
26. Sikorova L, Hrazdilova P. The effect of psychological intervention on perceived pain in children undergoing venipuncture. Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky Olomouc Czech Republic. 2011;155(2):149-54.
27. Bisogni S, Dini C, Olivini N, Ciofi D, Giusti F, Caprilli S ve ark. Perception of venipuncture pain in children suffering from chronic diseases. BMC Research Notes. 2014;18(7):735.
28. Başbakkal Z, Sönmez S, Celasin NŞ, Esenay F. 3-6 yaş grubu çocuğun akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkilerinin belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2010;7(1).
29. Üstün G, Erşan EE, Kelleci M, Turgut H. Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların bazı değişkenler açısından incelenmesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2014;36:25-33.

## Araştırma makalesi Research article

# Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Görüşleri ve Farkındalık Düzeyleri



Nurgül KARAKURT<sup>1</sup>, Hatice DURMAZ<sup>2</sup>, Ayla KANBUR<sup>3</sup>

### ÖZ

**Amaç:** Araştırmanın amacı öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik görüşlerinin ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte yürütülen araştırmanın evrenini Erzurum Palandöken İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı toplam 26 okulda görevli tüm öğretmenler (N=805), örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 494 öğretmen oluşturdu. Araştırmanın verileri 2018-2019 eğitim-öğretim yılı dönem başında okullara gidilerek toplandı. Verilerin toplanmasında 63 soruluk anket formu kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 494 öğretmenden 37 tanesinin istismar vakası ile karşılaştığı belirlendi. Öğretmenlerin çocuk istismarı risk faktörlerini bilme durumu puan ortalaması ise 49.59±22.07 bulundu. Öğretmenlerin çocuk istismarı belirtilerini tanıma durumları değerlendirildiğinde; duygusal istismar puan ortalamasının 62.09±32.11, fiziksel istismar puan ortalamasının 72.57±32.22, cinsel istismar puan ortalamasının 62.68±34.07 olduğu saptandı. Öğretmenlerin, fiziksel istismar hakkında kendini yeterli görenlerin oranı %82, duygusal istismar hakkında kendini yeterli görenlerin oranı %72.1, cinsel istismar hakkında kendini yeterli görenlerin oranı %70.2 olarak bulundu.

**Sonuç:** Öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmaline yönelik risk faktörlerini tanımasını açısından farkındalıkları 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde (49.59±22.07) orta düzeyde olduğu, en fazla fiziksel istismarı fark etme konusunda kendilerini yeterli gördükleri saptandı. Sonuçlar doğrultusunda, konunun öğretmenler için hizmet içi eğitime dahil edilmesi ve tüm eğitim kurumlarında periyodik eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk ihmal, çocuk istismarı, farkındalık

### ABSTRACT

#### Opinions and Levels of Awareness of Teachers about Child Abuse and Neglect

**Aim:** The aim of the research is to determine the opinions and levels of awareness of teachers about child abuse and neglect.

**Material and Methods:** The population of this descriptive study consisted of all teachers working in 26 schools affiliated to the National Education Directorate in Erzurum Palandöken District, and the sample consisted of 494 teachers who agreed to participate in the study. The study data were collected by visiting schools at the beginning of the 2018-2019 academic year. A questionnaire with 63 questions was used to collect the data.

**Results:** It was found that 37 out of 494 teachers encountered abuse cases. Teachers' mean score in awareness about the risk factors of child abuse was 49.59±22.07. When the teachers' awareness about child abuse symptoms were evaluated, the mean score in emotional abuse was 62.09±32.11, the physical abuse was 72.57±32.22, and the sexual abuse was found to be 62.68±34.07. The rate of teachers who considered themselves adequate about physical abuse was 82%, emotional abuse was 72.1%, and sexual abuse was 70.2%.

**Conclusion:** It was concluded that teachers had a moderate level (49.59±22.07) of awareness about the risk factors for child abuse and neglect and considered themselves adequate, mostly about recognition of physical abuse. In line with the results, it may be suggested to include the subject in in-service training for teachers and organize periodic training programs in all educational institutions.

**Keywords:** Awareness, child abuse, child neglect

<sup>1</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye, E-mail: nurgul.karakurt@erzurum.edu.tr, Tel: 0505 566 73 99, ORCID ID: 0000-0001-7598-6554

<sup>2</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye, E-mail: haticeduramaz\_25@hotmail.com, Tel: 0530 921 85 27, ORCID ID: 0000-0002-2848-8867

<sup>3</sup> Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum, Türkiye, E-mail: aylakanbur28@hotmail.com, Tel: 0545 818 71 76, ORCID ID: 0000-0003-4086-4244

\* Bu çalışma 20-22 Haziran 2019 tarihleri arasında Erzurum'da düzenlenen "1.Uluslararası Hemşirelikte Yenilikçi Yaklaşımlar Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. Geliş Tarihi: 26 Temmuz 2019, Kabul Tarihi: 05 Kasım 2020

**Atf/Citation:** Karakurt N, Durmaz H, Kanbur A. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Görüşleri ve Farkındalık Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):22-28. DOI: 10.31125/hunhemsire.906927



## GİRİŞ

Gelişen teknoloji ve değişen dünya bir taraftan insanoğlunun yaşamını kolaylaştırırken diğer taraftan doyumsuzluğu, bilinçsizliği ve yeni şeyler denemek adına sosyal normların dışına çıkmayı yaygınlaştırmaktadır. Bu bağlamda ihmal ve istismar son dönemlerde günümüzün en büyük tehlikeleri arasındadır. Konunun çocuklar üzerinde olması ise tehlikenin boyutunun ne kadar fazla olduğunu göstermektedir. Çocuğa yönelik kötü muamele olarak da adlandırılan çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun fiziksel sağlığını ve gelişimini, bilişsel, duygusal, sosyal ve davranışsal gelişimini etkileyen ve etkisi uzun yıllar süren travmatik bir yaşantıdır<sup>1</sup>. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre çocuk ihmali ve istismarı; 18 yaşın altındaki çocukların sağlığını, sağ kalımını, gelişimini veya ilişkilerdeki güven duygusunu olumsuz yönde etkileyen fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan kötü davranışlardır<sup>2</sup>.

DSÖ dünyada her yıl 15 yaş altında 31000 çocuğun yaşamını çocuk istismarı nedeniyle yitirdiğini bildirmektedir<sup>2</sup>. Bir meta analiz çalışmasında dünya genelinde çocuğa yönelik kötü muamelelerin sıklığı incelenmiş ve fiziksel istismarın %22.6, cinsel istismarın %12.7, duygusal istismarın %36.3, fiziksel ihmalin %16.3 ve duygusal ihmalin %18.4 olduğu belirlenmiştir<sup>3</sup>. Ülkemizde Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından yapılan (2010) çocuk istismarı ve aile içi şiddet konulu araştırmaya göre 7-18 yaş grubu çocuklarda, duygusal istismarın %51, fiziksel istismarın %43, cinsel istismarın %3 oranında görüldüğü saptanmıştır<sup>4</sup>. Değişik örneklem gruplarında yapılan çeşitli çalışmalarda, Türkiye'de çocuklara yönelik fiziksel istismarın %21.8-57, cinsel istismarın %6.4-28.2 ve duygusal istismarın %53.6-59.8 arasında değiştiği görülmektedir<sup>5-7</sup>.

Yaşanan istismar ve ihmali çocuklarda çeşitli bedensel ve psikososyal sorunların oluşmasına yol açmaktadır<sup>8,9</sup>. Fiziksel istismar ve ihmali sonucu çocuklarda büyüme-gelişme geriliği ve davranış bozuklukları meydana gelmektedir. Duygusal istismar ya da ihmal sonucunda çocuğun güven algısı bozulmakta, kendisini değersiz hissetmekte, çaresizlik duyguları yaşamakta ve psikososyal gelişimi ciddi anlamda zarar görmektedir. Yapılan çalışmalarda duygusal istismara uğrayan çocuklarda enürezis, enkoprezis, organik nedeni olmayan büyüme geriliği ve depresyon gibi ruhsal problemlerin oluştuğu, iştahsızlık, yalan söyleme, hırsızlık, duygusal açıdan tutarsızlık ve uyumsuzluk, güvensizlik, içe dönüklük, intihar, düşük benlik saygısı gibi psikososyal sorunların meydana geldiği belirtilmiştir<sup>10-12</sup>. Bir araştırmanın sonucuna göre cinsel istismar mağdurlarının erken ergenlik, bilişsel yetersizlik, depresyon, uyumsuz cinsel gelişim, obezite, lise eğitimini terk etme, travma sonrası stres bozukluğu ve kendini yaralama gibi birçok sorun yaşadıkları belirlenmiştir<sup>9</sup>. Başka bir çalışmada cinsel istismar mağdurlarının eğitimsel sorunları ve kariyer seçimleri incelenmiş olup mağdurların dörtte birinin sınıf tekrarı yaptığı, yarısının okul terkinde bulunduğu, neredeyse üçte birinin meslek seçiminde değişiklik olduğu ve yaklaşık dörtte üçünün cinsel istismar nedeniyle okulda sorunlar yaşadıkları saptanmıştır<sup>8</sup>. Ayrıca yapılan çalışmalarda

çocukluklarında istismara uğrayan bireylerin zaman içinde özgüveni düşük, yetersiz iletişimi olan, antisosyal davranışlar sergileyen, madde bağımlısı ve şiddete eğilimli oldukları belirtilmektedir<sup>13-15</sup>.

Çocuk ihmal ve istismarı çoğu zaman gizli tutulması, mağdurların dile getirememesi, tekrarlanabilir nitelikte olması ve bireyin yaşamında uzun süreli etkilerinin olması nedeniyle tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor travma şeklidir<sup>16</sup>. Çocuk ihmal ve istismarının rapor edilmesinde de yetersizlikler vardır. Genelde bildirilen vakalar ağır yaralanmalar ya da ölüm olarak hastanelere getirilmektedir. Özellikle cinsel istismar vakaları, çocukların utanma, suçluluk, dışlanma korkuları, kendisine ya da sevdiğilerine yönelik tehditler, ebeveynin sevgisini kaybetme ve ailenin parçalanacağı korkusu istismarın gizlenmesine sebep olmaktadır<sup>17</sup>. Son zamanlarda medyada yer alan haberlerle erkek çocukların da cinsel istismara uğrayabileceği yönünde farkındalık artsa da, erkek çocukların bu durumu açıklayabilmeye yönelik kaygılarının daha yüksek olması nedeniyle durum gizli kalabilmektedir<sup>18</sup>. Türkiye'de yapılan bir araştırma sonucunda çocukların uğradığı cinsel istismarın ancak %5-10'unun ortaya çıktığı belirtilmiştir<sup>19</sup>.

Geleceğimizin teminatı olan çocukların kötü muamele uğraması aslında yeni nesli tehlikeye sokan ve tüm toplumu etkileyen önemli bir sorundur. Okullar, çocuğun evinden sonra en çok vakit geçirdiği yerlerdir ve öğretmenler aileden sonra çocukla uzun süreli ve yakın iletişim kuran ilk profesyonellerdir. Öğretmenler, çocuktaki davranışsal değişimleri gözlemleme, ihmal-istismar riskini tanımlayabilme, ihmal-istismar vakalarını yakalayabilme ve bildirme konularında yaşamsal nitelik taşıyan konumdadırlar<sup>20</sup>. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 279/1 maddesinde "Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" ifadesi yer almaktadır<sup>21</sup>. Bu bağlamda ihmal ve istismarın tanımlanması ve sağlıklı nesillerin yetişmesinde etik, ahlaki ve yasal sorumluluğu bulunan kamu görevlilerinin önemli bir basamak olduğu düşünülmektedir. Öğretmenlerin tüm bu fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri için çocuk ihmal ve istismarı konusundaki bilgilerinin ve risk tanıma düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir<sup>20</sup>. UNICEF'in Çocuk Hakları Komitesi Türkiye raporunda, gerekli önlemlerin alınması ve politikaların oluşturulması için istismar hakkında araştırmaların yapılması gerektiği ifade edilmiştir<sup>4</sup>.

### Araştırmanın Amacı

Bu araştırma öğretmenlerin istismar ve ihmal konusundaki görüşlerini ve farkındalık düzeylerini belirleyerek ilgili literatüre veri sunmak ve alınacak tedbirlere ışık tutmak amacıyla yapıldı.

### GEREK ve YÖNTEM

#### Araştırmanın Türü

Çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırma Erzurum ili Palandöken İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 26 okulda (anaokulu, ilkokul, ortaokul ve lise) 2018-2019 eğitim-öğretim yılı dönem başlangıcında yürütüldü.

**Araştırma Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Palandöken İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı toplam 26 okulda görevli tüm öğretmenler (N=805) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçme yöntemine gidilmedi. Ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğretmenler araştırmanın örneklemini oluşturdu (n=494).

**Veri Toplama Araçları**

Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 63 soruluk anket formu kullanılarak toplandı. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde öğretmenlerin tanıtıcı bilgileri içeren toplam 6 soru yer almaktadır. İkinci bölümde öğretmenlerin istismara yönelik (öğretmenlerin istismar bildirimini hakkındaki görüşleri, çocuk istismarı ile karşılaşma durumları, çocuk istismarı hakkında kendilerini yeterli görme durumları) görüşlerini inceleyen 11 soru yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise öğretmenlerin çocuk istismarı risk faktörlerini bilme durumlarını sorgulayan 8 soru ve fiziksel, cinsel, duygusal istismarın belirtilerini tanıma durumlarını sorgulayan 38 soru yer almaktadır.

Bu form bir ölçek niteliğinde olmayıp anket formu şeklinde hazırlanmıştır. İlgili anket formunun üçüncü bölümü öğretmenlerin çocuk istismarı ile ilgili bilgi düzeyini sorgulayan sorular içermektedir. Tam değerlendirme yapabilmek adına bu bölümde soru sayısı geniş tutulmuştur. Tüm sorulara ilişkin yüzdeler dağılım tablosu sunmanın uygun olmayacağı düşünüldüğünden genel bir değerlendirme yapabilmek adına doğru ve yanlış (doğru:1, yanlış:0) şeklinde bu cevaplar kodlanmıştır. Bu şekilde doğru cevap verilen soruların sayısı üzerinden bir puanlama sistemi kullanılmıştır.

**Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler 2018-2019 eğitim-öğretim yılı başlangıcında okullara gidilerek öğretmenler odasında toplandı. Öncelikle çalışma ile ilgili bilgi verilerek, araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğretmenlerden her soruyu dikkatli bir şekilde okuyarak cevaplamaları istendi. Anket formunun uygulanması yaklaşık 10-15 dk. sürdü.

**Verilerin Analizi**

Araştırmanın verileri IBM SPSS Statistics 20 programında değerlendirildi. Değerlendirmede yüzdeler ve ortalama kullanıldı. Anket formunun üçüncü bölümüne ait sorular (öğretmenlerin çocuk istismarı risk faktörlerini ve fiziksel, cinsel, duygusal istismarın belirtilerini bilme durumları) SPSS programında, doğru cevaplar "1", yanlış cevaplar "0" olacak şekilde kodlandı ve doğru cevaplara ait toplam bir skor elde edildi. Daha sonra öğretmenlerin aldığı bu skor yorumlamasının daha anlaşılır olması için SPSS programı aracılığı ile 100'lük puana çevrildi. Böylece öğretmenlerin çocuk istismarı risk faktörlerini bilme ve fiziksel, cinsel, duygusal istismarın belirtilerini tanıma durumlarına ilişkin 0-100 arasında bir puan elde edildi. Anket formunun üçüncü bölümüne ilişkin veriler bu puanlar üzerinden değerlendirildi.

**Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik kurulundan onay (Tarih:19/07/2018,

Sayı:03/03) ve Palandöken İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünden resmi izin alındı. Öğretmenlere çalışmanın kapsamı, amacı, çalışma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve başka hiçbir yerde paylaşılmayacağı hakkında bilgi verildi ve sözlü onamları alındı.

**Araştırmanın Sınırlılıkları**

Öğretmenlerin çocuk istismarı belirti ve risk faktörlerini bilme durumlarını inceleyen bir ölçek bulunmadığı için verilerin araştırmacılar tarafından oluşturulan form aracılığı ile doldurulması araştırmanın sınırlılığıdır.

**BULGULAR**

Çalışma kapsamına alınan öğretmenlerin %50'si 30-39 yaş aralığındadır. %64'ü kadın, %36'sı erkektir. Öğretmenlerin %82.8'i evli olup, %74.7'sinin çocuğu vardır. Öğretmenlerin %9.9'u anaokulunda, %15.8'i ilkokulda, %45.3'ü ortaokulda, %28.9'u lisede görev yapmaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1. Öğretmenlerin Tanıtıcı Özellikleri**

Özellikler	Min-Maks	X±SS
<b>Çalışma Yılı</b>	1-40	12.40±8.05
	n	%
<b>Yaş</b>		
20-29	90	18.2
30-39	247	50.0
40 ve üzeri	157	31.8
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	316	64.0
Erkek	178	36.0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	409	82.8
Bekar	85	17.2
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Evet	369	74.7
Hayır	125	25.3
<b>Çalıştığı Okul</b>		
Anaokulu	49	9.9
İlkokul	78	15.8
Ortaokul	224	45.3
Lise	143	28.9

Öğretmenlerin çocuk istismarı ile karşılaşma durumları incelendiğinde; 494 öğretmenden 37'si (%7.5) istismar vakası ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Vakaların 20'si cinsel istismar, 10'u fiziksel istismar, 5'i duygusal istismar, 2'si ekonomik istismar vakasıdır. İstismar vakası ile karşılaşan öğretmenlerden 25'i (%67.6) vaka bildirimini yapmışken, 12'si (%32.4) herhangi bir bildirimde bulunmamayı tercih etmişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 2. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı İle Karşılaşma Durumları**

Özellikler	n	%
<b>Çalıştığınız birimde şuana kadar herhangi bir istismar vakasına rastladınız mı?</b>		
Evet	37	7.5
Hayır	457	92.5
<b>Hangi tür istismar vakasına rastladınız? (n=37)</b>		
Fiziksel	10	27.0
Cinsel	20	54.1
Duygusal	5	13.5
Ekonomik	2	5.4
<b>Herhangi bir bildirimde bulundunuz mu? (n=37)</b>		
Evet	25	67.6
Hayır	12	32.4

Öğretmenlerin çocuk istismarı belirtilerini tanıma durumları değerlendirildiğinde; duygusal istismar puan ortalamasının 62.09±32.11, fiziksel istismar puan ortalamasının 72.57±32.22, cinsel istismar puan ortalamasının 62.68±34.07 olduğu saptanmıştır. Öğretmenlerin çocuk istismarı risk faktörleri bilgi puan ortalamalarının 49.59±22.07 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Belirtilerini Tanıma ve Risk Faktörlerini Bilme Puan Ortalamaları**

	Min-Maks	X±SS
<b>İstismar Tipleri Belirtilerini Tanıma</b>		
Duygusal	0-100	62.09±32.11
Fiziksel	0-100	72.57±32.22
Cinsel	0-100	62.68±34.07
<b>Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi</b>	0-100	49.59±22.07

Öğretmenlerin “çocuk istismarı hakkında kendinizi yeterli görüyor musunuz?” sorusuna %82’si fiziksel istismar hakkında, %72.1’i duygusal istismar hakkında, %70.2’si cinsel istismar hakkında kendini yeterli gördüğünü belirtmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Hakkında Kendilerini Yeterli Görme Durumları**

Özellikler	Yeterliyim		Yeterli değilim	
	n	%	n	%
Fiziksel istismar konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?	405	82.0	89	18.0
Duygusal istismar konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?	356	72.1	138	27.9
Cinsel istismar konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?	347	70.2	147	29.8

Öğretmenlerin %97.2’si çocuk istismarı şüphesini bildirmek zorunda olduklarını düşünmektedir. Ancak öğretmenlerin sadece %32.2’si Türk Ceza Kanunu’nun bildirim yükümlülüğü ve yasal yaptırım hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir (Tablo 5).

Araştırma kapsamındaki öğretmenlerin %99.2’si çocuk istismarı vakası ile karşılaştıklarında bildirim yapacaklarını ifade etmiştir. Öğretmenlerin %48.2’si bildirim öncelikle okul yönetimine, %33.8’i okulun rehber öğretmenine yapacaklarını belirtmiştir (Tablo 5).

Öğretmenlere “şüphelendiğiniz bir istismar vakası olursa hangisini yapmayı tercih edersiniz?” diye sorulduğunda %62.6’si “idarecilere ve rehber öğretmenlere haber veririm”, %27.5’i “çocuğu istismar belirtileri açısından biraz daha gözlemlerim” cevabını vermişlerdir (Tablo 5).

**Tablo 5. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Bildirimine Yönelik Görüşleri**

Özellikler	n	%
<b>Sizce çocuk istismarı şüphesini bildirmek zorunda mısınız?</b>	480	97.2
Evet	14	2.8
Fikrim yok		
<b>Türk Ceza Kanunu’nun “bildirim yükümlülüğü” ve yasal yaptırım hakkında bilgi sahibi mısınız?</b>	159	32.2
Evet	335	67.8
Hayır		
<b>Çocuk istismarı şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?</b>	490	99.2
Evet	4	0.8
Hayır		
<b>Çocuk istismarı durumunu tespit ettiğinizde öncelikle kime bildirirsiniz?</b>	10	2.0
Sosyal Hizmetler Müdürlüğü’ne	238	48.2
Okul yönetimine	167	33.8
Okulun rehber öğretmenine	13	2.6
Güvendiğim bir iş arkadaşına	60	12.1
Polise	6	1.2
Çocuğun ailesine		
<b>Şüphelendiğiniz bir istismar vakası olursa hangisini yapmayı tercih edersiniz?</b>	136	27.5
İstismar belirtileri açısından çocuğu gözlemlerim	28	5.7
Ailesiyle konuşur şüphelerimi anlatırım	309	62.6
İdarecilere ve rehber öğretmenlere haber veririm	11	2.2
Çocuğa böyle bir durumun olup olmadığını sorarım	10	2.0
Sınıfta konuyu açar dolaylı yoldan öğrenciyi yönlendirmeye çalışırım		

## TARTIŞMA

Çocuk istismar ve ihmali çok önemli ve hayati bir konu olmasına karşın ülkemizde yapılan çalışmalar ancak 1980’lerde başlamıştır. Çocuklardaki istismar vakalarının erken dönemde yakalanmasında önemli yeri olan öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmali konusundaki görüşlerini ve farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki öğretmenlerin %7.5’i (37 kişi) çalıştığı kurumda bir istismar vakasına rastladığını ifade etti. Çalışmada en fazla karşılaşılan istismar türünün cinsel (%54-20 vaka) ve fiziksel (%27-10 vaka) istismar olduğu belirlendi. Karşılaşılan bu istismar vakalarında öğretmenlerin %67.6’sının bildirimde bulunduğu, ancak %32.4’ünün bildirimde bulunmadığı saptandı.

Bir meta analiz sonucuna göre dünya genelinde çocuğa yönelik fiziksel istismarın %22.6, cinsel istismarın %12.7 olduğu belirlenmiştir<sup>3</sup>. Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalar incelendiğinde, çocuklara yönelik fiziksel istismarın %21.8-57, cinsel istismarın %6.4-28.2 ve duygusal istismarın %53.6-59.8 arasında değiştiği görülmektedir<sup>5-7</sup>. Bilir ve ark. (1986) 16100 çocuk ile gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda kızların %34.6’sının, erkeklerin ise %32.5’inin fiziksel istismara uğradığını saptamışlardır<sup>22</sup>. Turhan ve ark. (2006)’nın ülkemizde çocuk istismarı hakkında yapılan

çalışmaları inceledikleri araştırma sonucunda en fazla duygusal istismar görüldüğü, fiziksel istismar %24, cinsel istismar %9 oranında verilmiştir<sup>19</sup>. Fiziksel istismar oranının diğer çalışmalarla paralellik göstermesine karşın, bu çalışmada öğretmenlerin karşılaştığı cinsel istismar vakası oranı yüksektir. Bu durum günümüzde çocuk cinsel istismarı ile ilgili kamuda sürekli haberlerin ve programların yer almasına bağlı olarak öğretmenlerin bu konuda daha dikkatli davranmalarından kaynaklanmış ve saptanan cinsel istismar vaka sayısı artış göstermiş olabilir.

İstismar vakalarının bildirimini ile ilgili uluslararası literatüre bakıldığında; O'toole ve ark. (1999)'nın ABD'de 480 öğretmen ile yaptıkları bir çalışmada karşılaşılan istismarın hatırlanma ve raporlanma sıklığı %51.08 olarak tespit edilmiştir. İlgili çalışmada öğretmenlerin istismar hakkında çok fazla rapor tutmadıkları bu nedenle hatırlanan olayların baz alındığı bildirilmiştir<sup>23</sup>. Yine Amerika'da 197 öğretmenle yapılan çalışma sonucunda öğretmenlerin %27'sinin daha önce çocuk istismarını bildirdiği, fakat genel çoğunluğun bildirim yapmadığı saptanmıştır<sup>24</sup>. Ülkemizde yapılan çalışmalar arasında genel bir paralellik bulunmamasına rağmen bu durumu bir nedene bağlamak oldukça güçtür. Çocuk istismarı bildirimini farklı nedenlerle yapılmaması ve kayıt altına alınmaması konu hakkındaki gerçek oranların bilinmemesine yol açmaktadır. Yine de bu araştırma sonuçlarına bakıldığında bizde öğretmenlerin daha fazla bildirimde bulunduğu görülmektedir. Sonuçların farklı çıkmasının, kültürel faktörlerden, bildirim yapmanın kanuni olarak zorunlu olup olmamasından ya da kayıt sisteminin eksikliğine bağlı önlem alınmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Öğretmenlerin fiziksel, cinsel ve duygusal istismar belirtilerini orta seviyenin biraz üstünde doğru olarak tanımlayabildikleri belirlendi. Öğretmenlerin çocuk istismarına yönelik risk faktörlerini de orta düzeyde doğru tanımlayabildikleri saptandı. Mckee ve Dillenburg'un Kuzey İrlanda da öğretmenlik okuyan öğrencilerle yapmış oldukları çalışma sonucunda birçok öğrencinin istismar tipleri arasındaki farkları bilmedikleri saptanmıştır<sup>25</sup>. İstismarı önlemeye yönelik evrensel yaklaşım, risklerin önceden fark edilmesi ve önüne geçilebilmesidir. Bu durum istismar ve ihmale yönelik alınacak tedbirler açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda öğretmenler istismar ve ihmali açısından riskli olan grupları tanımlayabilme durumuna sahip olmalıdırlar. Çünkü öğretmen en yaygın çocuk koruma kaynakları arasında yer almaktadır<sup>26</sup>.

Öğretmenlerin %82'si fiziksel istismar, %72.1'i duygusal istismar ve %70.2'si cinsel istismar risklerini belirleme ve belirtilerini tanımlama hakkında yeterli olduğunu düşünmektedir. Öğretmenler bu konuda kendilerini yeterli gördüklerini düşünseler bile daha önce tartışılan verilere baktığımızda istismar için risk faktörlerini ve istismar belirtilerini tanımlamada yeterli bilgiye sahip olmadıklarını görüyoruz. Benzer şekilde, Mathews ve ark. (2009) Avustralya da yapmış oldukları çalışma sonucunda öğretmenlerin çocuklardaki cinsel istismarı tanımlama konusunda önemli bilgi eksiklik ve boşluklarının olduğunu saptamışlardır<sup>27</sup>. Pala (2011)'nin 171 öğretmen adayı ile yapmış olduğu çalışma sonucunda öğretmen adaylarının

%20.5'inin fiziksel istismarı tanımlama, %28.1'inin cinsel istismarı tanımlama, %16.4'ünün duygusal istismarı tanımlama konusunda hazırlıksız olduklarını saptamıştır<sup>28</sup>. Araştırma kapsamında elde edilen önemli olan bulgulardan biri de bildirim konusudur. Çalışmaya katılan öğretmenlerin %97.2'si istismarın bildirimini zorunlu olarak görürken, %67.8'i Türk Ceza Kanunu'nun bildirim yükümlülüğü hakkında bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bildirim yapmayı düşünen öğretmenler ise bildirim yapmak için en fazla okul yönetimini (%48.2) ve rehber öğretmeni (%33.8) tercih edeceğini ifade etmiştir.

Kenny (2001) Amerika'da öğretmenlerle yapmış olduğu çalışma sonucunda çocuk istismarını bildirim konusunda öğretmenlerin kendilerini zorunlu hissetmediğini belirtmiştir<sup>24</sup>. Ülkemizde Dilsiz ve Mağden (2015)'in yapmış olduğu çalışma sonucunda ise öğretmenlerin sadece %39.5'inin istismara uğrayan bir çocukla karşılaştıklarında yapılması gereken yasal sorumluluk ve zorunlulukları bildiklerini saptanmıştır<sup>20</sup>. Kürklü (2011)'nün çalışmasında öğretmenlerin %86'sı çocuk ihmali ve istismarını kanunlara göre bildirmek zorunda olduklarını ifade etmiştir. Aynı çalışmada öğretmenlerin %56'sı bildirim yeri olarak okul yönetimini tercih edeceklerini belirtmişlerdir<sup>29</sup>. Pala (2011)'nin yapmış olduğu çalışma sonucunda da öğretmen adaylarının çoğu (%87.7) kanunlara göre çocuk istismarının bildirim zorunluluğu olduğuna inanmaktadır<sup>28</sup>.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmaliye yönelik risk faktörlerini bilme durumlarının orta düzeyde olduğu, istismar türlerinin belirtilerini orta denilebilecek seviyede tanıdıkları, en fazla fiziksel istismarı fark etme konusunda kendilerini yeterli gördükleri, istismar konusunda bildirim yapmanın zorunlu olduğunu düşündükleri ve bildirim yeri olarak okul yönetimi ve rehber öğretmenleri tercih edecekleri sonucuna ulaşılmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar daha sonra Erzurum Palandöken İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile paylaşılmış ve öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmali hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları bildirilmiştir. Eğitim-öğretim dönemi bitişinde öğretmenlere verilen hizmet içi eğitimler içine bu konunun dahil edilmesi konusunda ortak fikir birliği sağlanarak 2018-2019 eğitim-öğretim döneminin bitişinde yapılan eğitim programında ilgili birime bağlı görev yapan tüm öğretmenlere araştırmacılar tarafından eğitim verilmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda, öğretmen adaylarına lisans eğitimleri içerisinde çocuk istismar ve ihmaliye yönelik zorunlu derslerin konulması, konuyla ilgili tüm eğitim kurumlarında konferansların düzenlenmesi ve bu programların periyodik hale getirilmesi, çocuk merkezli erken müdahale programlarının geliştirilmesi, çocuk istismar ve ihmalinin sosyolojik boyutu yanı sıra yasal boyutunu da ele alan daha büyük örneklerle yeni araştırmaların yapılması ve bu araştırmalara multidisipliner kurumların da dahil edilmesi önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Tarih:19/07/2018, Sayı:03/03) alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Bildirilmemiştir.

**Katılımcı Onamı:** Öğretmenlerden bilgilendirilmiş sözlü onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: NK, HD, AK

Veri toplama: NK, HD, AK

Literatür araştırması: NK, HD, AK

Makale yazımı: NK, HD, AK

**Teşekkür**

Araştırmanın yürütülmesinde destek veren Erzurum Palandöken İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne ve çalışmaya katılan öğretmenlere katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Atatürk University Faculty of Health Sciences Ethics Committee (Date: 19/07/2018, Number: 03/03).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed verbal consent was obtained from teachers.

**Author contributions:**

Study design: NK, HD, AK

Data collection: NK, HD, AK

Literature search: NK, HD, AK

Drafting manuscript: NK, HD, AK

**Acknowledgement:** We would like to thank Erzurum Palandöken District Directorate of National Education and the teachers who participated in the study for their support.

## KAYNAKLAR

- Sesar K, Simic N, Barisic M. Multi-type childhood abuse, strategies of coping, and psychological adaptations in young adults. *Croat Med J.* 2010;51(5):406-16.
- World Health Organization (WHO). Child maltreatment [Internet]. 2008 [Erişim Tarihi 21 Eylül 2018]. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>.
- Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the Globe: Review of a Series of meta-analyses. *Child Abuse Rev.* 2015;24(1):37-50.
- UNICEF. Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması özet rapor [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 09 Ekim 2018]. Erişim adresi: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>
- Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. *Arch Sex Behav.* 2005;34(2):185-95.
- Oncu E, Kurt AO, Esenay FI, Ozer F. Abuse of working children and influencing factors, Turkey. *Child Abuse & Neglect.* 2013;37(5):283-91.
- Yıldırım A, Karataş M, Yılmaz R, Çetin I, Şenel I. Prevalence and correlates of school violence and sexual abuse among adolescents in Tokat, Turkey. *HealthMed.* 2013;7(2):382-92.
- Koçtürk N, Ulaş Ö, Bilginer Ç. Career development and educational status of the sexual abuse victims: The first data from Turkey. *School Mental Health.* 2019;11(1):179-90.
- Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol.* 2011;23(2):453-76.
- Kara B, Biçer Ü, Gökalp A. Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2004;47:140-51.
- Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2004;3(4):76-80.
- Ünal F. Çocuk İstismar ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2008;12(1):9-18.
- Altıparmak S. Child abuse and neglect of the body effects on children. *Çocuk Dergisi.* 2008;8:9-13.
- Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect.* 2001;25(2):279-90.
- Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.* 2000;12(5):349-55.
- Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2003;46(4):295-8.
- Beyazıt U, Bütün-Ayhan A. Türkiye’de yapmış çocuğun mağdur olduğu cinsel istismar olgularını konu alan bilimsel çalışmaların incelenmesi. *The Journal of Academic Social Science Studies.* 2015;31:443-53.
- Scrandis DA, Watt M. Child sexual abuse in boys: Implications for primary care. *The Journal for Nurse Practitioners.* 2014;10(9):706-13.
- Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2006;15(9):153-7.
- Dilsiz H, Mağden D. Öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi ve risk tanıma düzeylerinin tespit edilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal.* 2015;1(2):678-94.
- TCK. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. madde 279. [Internet]. 2004 [Erişim Tarihi 06 Eylül 2018]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
- Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneysu S. 4-12 yaşları arasında 16-100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi.* 1986;1:7-14.
- O’Toole R, Webster SW, O’Toole AW, Lucal B. Teachers’ recognition and reporting of child abuse: A factorial survey. *Child Abuse & Neglect.* 1999;23(11):1083-101.
- Kenny MC. Child abuse reporting: Teachers’ perceived deterrents. *Child Abuse & Neglect.* 2001;25(1):81-92.
- McKee BE, Dillenburg K. Child abuse and neglect: Training needs of student teachers. *International Journal of Educational Research.* 2009;48(5):320-30.
- Walsh KM, Farrell AM, Schweitzer R, Bridgstock RS. Critical factors in teachers' detecting and reporting child

- abuse and neglect: Implications for practice. Final report prepared for the Abused Child Trust. Brisbane, Australia: Queensland University of Technology; 2005.
27. Mathews B, Walsh K, Rassafiani M, Butler D. Teachers reporting suspected child sexual abuse: Results of a three-state study. *UNSW Law Journal*. 2009;32(3):772-813.
  28. Pala B. Geleceğin öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalık düzeyleri [Uzmanlık Tezi]. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi; 2011.
  29. Kürklü A. Öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. Afyonkarahisar: Kocatepe Üniversitesi; 2011.

## Araştırma makalesi

## Research article

Adölesanlarda Öz-bakım Gücü - Sağlığı Geliştirme  
Arasındaki İlişki ve Öz-bakım Gücünü Etkileyen FaktörlerNuriye YILDIRIM ŞİŞMAN<sup>1</sup>, Gülnur ARSLAN ÇAKIR<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Adölesanların öz-bakım gücü - sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkiyi ve özbakım gücünü etkileyen faktörleri incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı ilişki arayıcı bir araştırmadır. Şubat Aralık 2017 tarihleri arasında Düzce ili merkez sınırları içerisinde bulunan ve devlet okulu olan bir Anadolu Lisesinde 9,10 ve 11. sınıfta okuyan 453 öğrenci ile yapılmıştır. Araştırma verileri Öğrenci Bilgi Formu, Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmada, adölesanların öz-bakım gücü toplam puanı  $83.85 \pm 16.55$  ve sağlığı geliştirme puan ortalaması  $131.75 \pm 24.19$  bulunmuştur. Adölesanlar sağlığı geliştirme ölçeğinin kendini gerçekleştirme alt boyutundan en yüksek puanı alırken ( $28.69 \pm 6.43$ ), en düşük puanı egzersiz alt boyutundan almışlardır ( $15.26 \pm 4.64$ ). Öz-bakım gücü ile adölesan sağlığı geliştirme ölçeği puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.01$ ,  $r: 0.649$ ). Öz-bakım gücünü açıklayan değişkenlerin; kendini geliştirme, sağlık sorumluluğu, sağlık algısı, stres yönetimi, beslenme ve cinsiyet olduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** Adölesanların öz-bakım gücü ve sağlığı geliştirme puan ortalamaları orta düzeydedir. Adölesanlar sağlığı geliştirme ölçeğinin kendini gerçekleştirme alt boyutundan en yüksek puanı alırken, en düşük puanı egzersiz alt boyutundan almışlardır.

**Anahtar kelimeler:** Adölesan, sağlığın geliştirilmesi, öz-bakım

## ABSTRACT

**The Relationship Between Self-Care Agency and Health Promotion in Adolescents and Factors Affecting Self-Care Agency**

**Aim:** This study aims to identify the relationship between self-care agency and health promotion behaviors of adolescents and factors affecting their self-care agency.

**Material and Methods:** This descriptive and correlational study was conducted with 453 students in the 9th, 10th, and 11th grades in a public Anatolian high school located in Duzce city center between February and December 2017. The data were collected using a Student Information Form, the Self-Care Agency Scale, and the Adolescent Health Promotion Scale.

**Results:** In the study, the total self-care agency score of the adolescents was  $83.85 \pm 16.55$ , and their health promotion score average was  $131.75 \pm 24.19$ . While the adolescents got the highest score from the self-realization subscale of the health promotion scale ( $28.69 \pm 6.43$ ), they received the lowest score from the exercise subscale ( $15.26 \pm 4.64$ ). There is a moderately positive and statistically significant relationship between self-care agency and adolescent health promotion scale mean scores ( $p < 0.01$ ,  $r: 0.649$ ). The variables that explain self-care agency were self-realization, health responsibility, perception of health, stress management, nutrition, and gender.

**Conclusion:** The adolescents' self-agency and health promotion mean scores were at the medium level. The adolescents obtained the highest mean score on the self-realization subscale and the lowest mean score on the exercise subscale.

**Keywords:** Adolescent, health promotion, self-care

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye, E-mail: nuriye3@gmail.com , nuriyeyildirim@duzce.edu.tr, İş: +90 380 5421141 – 3510 GSM: 0532 502 66 50, ORCID: 0000-0003-3745-3751

<sup>2</sup>Hemşire, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Servisi, Şişli, İstanbul, Türkiye, e-mail: G\_\_arslan81@hotmail.com, Tel: (0212) 314 55 55, ORCID: 0000-0002-6484-5446

Geliş Tarihi: 05 Aralık 2019, Kabul Tarihi: 06 Kasım 2020

**Atıf/Citation:** Yıldırım Şişman N, Arslan Çakır G. Adölesanlarda Öz-bakım Gücü - Sağlığı Geliştirme Arasındaki İlişki ve Öz-bakım Gücünü Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):29-34. DOI: 10.31125/hunhemsire.906938

## GİRİŞ

Dünya nüfusunun altıda biri adölesanlardan oluşmaktadır<sup>1</sup>. Adölesan dönemde, fizyolojik, hormonal ve psikoseksüel yönlerden pek çok değişim yaşanmaktadır<sup>2</sup>. Adölesan dönemdeki sağlık alışkanlıkları, adölesanların sadece mevcut sağlıklarını değil, aynı zamanda yetişkin döneminde sağlıklarını ve hatta epigenetik etki yoluyla gelecekteki çocuklarının sağlığını tehlikeye atabilmektedir<sup>1</sup>. Bu bağlamda adölesan dönemi pek çok riski barındırması nedeni ile insanın yaşam döngüsünde kilit bir gelişim dönemi olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>3</sup>.

Öz-bakım gücü, hem kendine bakma yeteneğini hem de optimal sağlığı sağlamak, sürdürmek ya da geliştirmek için gerekli olan faaliyetleri yerine getirmeyi içerir<sup>4</sup>. Öz-bakım gücü sağlıklı kişiler tarafından gerçekleştirilen günlük sağlık davranışlarına atıfta bulunmak için de kullanılır<sup>5</sup>. Kendi kendine bakım davranışları, kişinin hayatta kalmasını sağlamaktan kendini gerçekleştirmeye kadar uzanan çeşitli görevleri yerine getirmesine katkıda bulunur<sup>6</sup>. Öz-bakım gücü sağlıklı ve hasta bireylerin günlük yaşamlarının bir parçasıdır. Fiziksel ve ruhsal sağlığı sürdürmeyi, sosyal ihtiyaçları karşılamayı, hastalıkları ve kazaları önlemeyi amaçlayan tüm uygulamaları içerir<sup>7</sup>. Özellikle sağlıklı ve aktif yaşlanma için öz-bakım gücü uygulamalarının yaşamın erken dönemlerinde benimsenmesi de önemlidir<sup>8</sup>. Orem'in Öz Bakım Gücü Teorisine göre; bireylerin evrensel ve gelişim öz bakım gereksinimlerinin karşılanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinin önemli bir bileşenidir<sup>9</sup>.

Pender'in sağlığı geliştirme modelinin amacı, sağlıklı yaşam biçiminin oluşturulmasıdır<sup>10</sup>. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin sağlık durumlarını korumak, geliştirmek ve hastalıktan korunmak için uyguladığı davranışların bütünüdür<sup>11</sup>. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, optimal sağlık, kişisel tatmin ve üretken yaşam gibi pozitif bir sağlık sonucuna ulaşmayı hedefler<sup>12</sup>. Pender'in sağlığı geliştirme modeli ile, bireyin özgeçmiş ve kendisine yönelik algısı ele alınarak bütüncül bir yaklaşım oluşturulur. Adölesan sağlığının geliştirilmesi için sağlık sorunları ve riskli davranışlar konusunda adölesanların bilgilendirilmesi, danışmanlık yapılması, sağlıklı yaşam biçiminin, güvenli ve destekleyici çevrenin oluşturulması önemlidir<sup>2</sup>.

Adölesan dönemdeki riskli sağlık davranışlarının yaygınlığı, yetişkinlik dönemindeki kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi ile olan ilişkileri göz önüne alındığında adölesanların riskli sağlık davranışları bir halk sağlığı önceliği olarak ele alınmalıdır<sup>13</sup>. Adölesanların günlük yaşamlarını geçirdikleri aile ortamında ve okullarda sağlıklarının geliştirilmesi ve koruyucu faktörlere odaklanması gerekmektedir<sup>3</sup>. Okullar sağlığı koruma ve geliştirme becerilerinin kazandırıldığı yerlerdir<sup>14</sup>. Afro-Amerikan gençlerle yapılan nitel bir çalışma da aile ve okul deneyimlerinin, çocukluk dönemindeki sağlığı etkilediği, çocukluk ve aile deneyimlerinin de gençlik dönemindeki sağlığı etkilediği belirlenmiştir<sup>15</sup>. Adölesanların düzenli izlemeleri yapılarak biyopsikososyal gelişimlerinin takip edilmesi, sağlık riski taşıyan tutum ve davranışlarının

belirlenerek koruyucu önlemlerin alınması, kapsamlı ve bütüncül sağlık bakımının verilmesi adölesan dönemin sağlıklı geçirilmesi açısından önemlidir<sup>16</sup>. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları bu araştırmadan elde edilen verileri, adölesanların öz-bakım gücü ve sağlığını geliştiren müdahaleleri yönlendirmede kullanabilirler. Adölesanların öz-bakım gücünü ve sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmek, öz-bakım gücünü ve sağlığı geliştiren hemşirelik müdahalelerini planlamak için önerilir.

### Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, adölesanların öz-bakım gücü ve sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkiyi ve özbakım gücünü etkileyen faktörleri incelemektir. Araştırma soruları:

1. Adölesanların öz-bakım gücü ve sağlığı geliştirme düzeyleri nedir?
2. Adölesanların öz-bakım gücü ve sağlığı geliştirme düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
3. Bağımsız değişkenlerin öz-bakım gücü üzerine etkisi nedir?

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı ilişki arayıcı bir araştırmadır. Bu araştırma Şubat 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında Düzce ili merkez sınırları içerisinde bulunan bir devlet okulu olan Anadolu Lisesinde yapılmıştır. Lisenin 700 öğrencisi, 50 öğretmeni bulunmaktadır. İl merkezine yakın bir konumdadır.

### Araştırma Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, 2016-2017 Eğitim Öğretim yılında Düzce il merkezinde bulunan ve devlet okulu olan bir Anadolu lisesinde 9,10,11. sınıfta okuyan 547 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 453 (evrenin %83,0'ı) öğrenci örneklemi oluşturmuştur. Çalışmaya katılan 453 adölesanın yaş ortalaması 15.87±.84, %61.1'i kadın, %35.8'i 11.sınıfta okumakta, %51.2'si sosyal aktivitelere katılmakta, %52.3'ü sağlığını çok iyi olarak algılamaktadır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri öğrenci Bilgi Formu, Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği ile toplanmıştır.

### Öğrenci Bilgi Formu

Öğrenci Bilgi Formu araştırmacılar tarafından literatüre göre hazırlanmıştır<sup>4,6,17-19</sup>. Bu bilgi formunda; araştırma kapsamına alınan öğrencilerin cinsiyeti, yaşı, ailenin sürekli yaşadığı yer, annenin ve babanın yaşı, annenin ve babanın eğitim durumu, annenin ve babanın mesleği gibi 19 soruya yer verilmiştir.

### Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Araştırmada kullanılan Öz-Bakım Gücü Ölçeği; Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş<sup>20</sup> ve Nahcivan (1994)<sup>21</sup> tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 35 maddeden oluşmaktadır ve bireylerin öz-bakım uygulamaları ile ilgilenme durumlarını ortaya koymaktadır. Ölçekten alınan maksimum puan 140'dır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz-bakım ya da kendi kendine bakma gücünün yüksekliğini gösterir. Ölçek için Cronbach



Alfa güvenilirlik katsayı değeri 0.92'dir<sup>21</sup>. Bu çalışma için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayı değeri 0.91 bulunmuştur.

### Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği

Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği; Chen ve ark. (2003)<sup>22</sup> tarafından geliştirilmiş, Temel ve ark. (2012)<sup>23</sup> tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 40 madde ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler beslenme, kişiler arası destek, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi olarak sıralanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 40 ile 200 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması sağlığı geliştirme davranışlarının olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Ölçek için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayı değeri 0.86'dır<sup>23</sup>. Bu çalışma için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayı değeri 0.79 bulunmuştur.

### Verilerin Analizi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 22 programında çalışılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzde. min. – max., Pearson korelasyon, bağımsız örneklem t testi, varyans analizi (farklılığa neden olan grubun belirlenmesinde Tukey testi) ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Çoklu regresyon analizi için uç değerler kontrol edilmiştir. Cinsiyet, sağlık algısı, hastalık durumu, sınıf ve sosyal aktivitelere katılımı içeren Kategorik değişkenler dummy (kukla) değişkene dönüştürülerek analiz yapılmıştır. Tüm bağımsız değişkenler modele alınarak enter metodu kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  alınmıştır.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için bir Düzce Üniversitesi Etik Kurulundan (2017/16) ve Düzce İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Okul yönetimi ve öğretiler ile işbirliği içinde çalışılmıştır. Araştırmaya katılacak adölesanların 18 yaşından küçük olmaları nedeni ile velilerine çalışmanın amacı, yöntemi ve araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı hakkında yazılı bilgi öğrenciler ile eve gönderilerek, öğrencilerin velilerinden gerekli izin yazılı olarak alınmıştır. Velilerinden yazılı aydınlatılmış onam alınan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere okul yönetiminin uygun gördüğü ders saatlerinde veri toplama araçları uygulanmıştır.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular çalışmanın yapıldığı Anadolu Lisesinde 2016-2017 öğretim döneminde öğrenim gören öğrencilere genellenebilir.

## BULGULAR

Adölesanların öz-bakım gücü toplam puanı  $83.85 \pm 16.55$  ve sağlığı geliştirme puan ortalaması  $131.75 \pm 24.19$  bulunmuştur. Adölesanlar sağlığı geliştirme ölçeğinin kendini gerçekleştirme ( $28.69 \pm 6.43$ ) alt boyutundan en yüksek puanı alırken, en düşük puanı egzersiz ( $15.26 \pm 4.64$ ) alt boyutundan almışlardır (Tablo 1).

Öz-bakım gücü ile adölesan sağlığı geliştirme ölçeği puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.01$ ,  $r = 0.649$ ) (Tablo 2).

Bu çalışmada, lise öğrencilerinin öz-bakım gücü ile adölesan sağlığı geliştirme alt ölçekleri ve diğer bağımsız değişkenler ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Tüm bağımsız değişkenlerin öz-bakım gücü üzerine etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Öz-bakım gücü bağımlı değişkenindeki değişimin % 47.9'u bağımsız değişkenler tarafından açıklanmıştır. Oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F = 36.787$ ;  $p < 0.005$ ). Standardize edilmiş regresyon katsayısına (Beta) göre; kendini geliştirme, sağlık sorumluluğu, sağlık algısı, stres yönetimi, beslenme ve cinsiyet öz-bakım gücünün görece olarak en güçlü açıklayıcıları olarak ortaya çıkmıştır (Tablo 3).

**Tablo 1. Kullanılan Ölçek Toplam ve Alt boyut Toplam Puan Ortalamaları (n=453)**

Ölçekler	X*±SD**	Min*** – Maks****	%
Öz-Bakım Gücü Toplam Puan	83.85 ± 16.55	21 - 124	67
Adölesan Sağlığı Geliştirme Toplam Puan	131.75 ± 24.19	57 - 200	66
Beslenme alt boyutu	18.57 ± 4.77	6 - 30	63
Kişiler arası destek alt boyutu	24.44 ± 6.04	7 - 35	71
Sağlık sorumluluğu alt boyutu	24.81 ± 5.94	8 - 40	63
Kendini gerçekleştirme alt boyutu	28.69 ± 6.43	8 - 40	73
Egzersiz alt boyutu	15.26 ± 4.64	5 - 25	60
Stres yönetimi alt boyutu	19.98 ± 4.92	6 - 30	67

\*X= Ortalama, \*\*SD=Standart Sapma, \*\*\*Min=Minumum, \*\*\*\* Maks=Maksimum

**Tablo 2. Adölesanların Öz-Bakım Gücü ve Adölesan Sağlığı Geliştirme ile Arasındaki İlişki (n=453)**

Ölçek Puan Ortalamaları	Öz-Bakım Gücü
Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği	$r = .649^* p = .000$

\* $p < 0.01$

**Tablo 3. Çoklu Regresyon: Bağımsız Değişkenlerin Öz-Bakım Gücü Üzerine Etkisi**

	Standardize Olmamış Katsayılar		Standart Katsayı	t	p	VIF
	B	Standart Hata				
(Sabit)	22.604	3.439		6.572	.000	
Beslenme	.455	.153	.131	2.966	.003	1.652
Kişiler arası destek	-.040	.122	-.015	-.327	.744	1.671
Sağlık sorumluluğu	.501	.133	.180	3.777	.000	1.918
Kendini gerçekleştirme	.925	.137	.360	6.743	.000	2.408
Egzersiz	.012	.153	.003	.081	.936	1.568
Stres yönetimi	.464	.163	.138	2.852	.005	1.977
Cinsiyet (kadın)	3.057	1.299	.090	2.353	.019	1.240
Sağlık algısı (çok iyi)	4.409	1.240	.133	3.556	.000	1.186
Hastalık durumu (Olan)	-.756	1.469	-.019	-.515	.607	1.115
Sınıf (9.sınıf)	1.699	1.268	.047	1.340	.181	1.022
Sosyal aktivite (Katılan)	1.615	1.229	.049	1.314	.190	1.167

n= 453; R= .692; R2=.479; F= 36.787; p= .000; Durbin-Watson = 1.996

## TARTIŞMA

Bu bölümde adölesanların sağlık durumunu etkileyen öz-bakım gücü ve sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişki ve öz bakım gücünü etkileyen faktörler tartışılmıştır. Çalışmada adölesanların öz-bakım gücü (83.85±16.55) ölçeğinden aldıkları toplam puanın orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Ergün ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada 14-19 yaş grubu adölesanların öz-bakım gücü toplam puan ortalaması 91.33±15.34 bulunmuştur<sup>24</sup>. Tüfekçi ve Arıkan (2002) çalışmasında öz-bakım gücü toplam puan ortalaması 89.9±19.9 bulunmuştur<sup>25</sup>. Kore’de yapılan bir çalışmada öz bakım gücü puanı 158.10±26.62 bulunmuş ve daha önce yapılan çalışmalara göre yüksek bulunmuştur<sup>26</sup>. Adölesan dönemdeki sağlık risklerinin azaltılabilmesi için ev ve okullarda adölesanların öz-bakım güçlerinin artırılmasına yönelik müdahalelerin oluşturulması gereklidir.

Çalışmada adölesanların sağlığı geliştirme (131.75±24.19) ölçeklerinden aldıkları toplam puanın orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Benzer şekilde Türkiye’de yapılan çalışmalarda da lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme toplam puan ortalamaları orta düzeyde (118,4±20,0 - 126.9±28.7 ) bulunmuştur<sup>17-19,27-29</sup>. Kore’de yapılan bir çalışmada sağlığı geliştirme puanı 145.67±35.10 bulunmuş ve daha önce yapılan çalışmalara göre yüksek bulunmuştur<sup>26</sup>. Adölesan sağlığının korunması ve geliştirilebilmesi için ev ve okullarda adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artırılmasına yönelik müdahalelerin oluşturulması gereklidir.

Bu çalışmanın sonucuna göre adölesanlar sağlığı geliştirme ölçeğinden en yüksek puanı kendini gerçekleştirme alt boyutundan almıştır (Tablo 1). Türkiye’de adölesanlar ile yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir<sup>17,28,30</sup>. Adölesanlar kendini gerçekleştirme yolunda sağlıklarını koruyup, geliştirmek için yaşam boyu öğrenmeye ihtiyaç duyarlar. Bu bağlamda kendini gerçekleştirme alt boyutundan en yüksek puanı almaları yetişkinlik döneminde de sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri için olumlu bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. En düşük puan egzersiz alt boyutundan alınmıştır (Tablo 1). Dağdeviren ve Şimşek (2013)’in çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir<sup>28</sup>. Diğer bazı çalışmalarda da adölesanlar fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından düşük puan almıştır<sup>17,19</sup>. Kenya’daki kentsel ortamdaki gençlerin televizyon seyretmesi (spor oyunları veya film izlemeleri vb.), cep telefonlarının kullanımı özellikle de teknoloji ve sosyal medyanın kullanımı gibi hareketsiz faaliyetleri içeren sedanter yaşam tarzlarının olduğu ifade edilmektedir<sup>31</sup>. Benzer şekilde Brezilya’daki çoğu adölesanın ekran aktivitelerinde harcadıkları zamanın artmasıyla (2 ila 4 saat) fazla kilonun ve fiziksel hareketsizliğin prevalansında artış eğilimi gözlenmiştir<sup>32</sup>. Sedanter yaşam tarzının getirdiği fiziksel hareketsizlik kilo artışı ve obezite sorununu da gündeme getirmektedir.

Öz-bakım gücü ile adölesan sağlığı geliştirme ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki

bulunmuştur (Tablo 2). Kore’de hemşirelik kolej öğrencileri ile yapılan çalışmada öz-bakım gücü ve sağlığın geliştirilmesi davranışı arasında zayıf düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur ( $r = 0.39, p < 0.001$ )<sup>26</sup>. Öz bakım gücü, hem kendine bakma yeteneğini hem de optimal sağlığı sağlamak, sürdürmek ya da geliştirmek için gerekli olan faaliyetleri yerine getirmeyi içerir. Çoğunlukla yaşam biçimi içinde kullanılır<sup>4</sup>. Bu bağlamda araştırma bulgusunda da görüldüğü gibi öz-bakım gücünün artırılması sağlıklı yaşam biçimini destekleyerek sağlığın geliştirilmesini de beraberinde getirecektir.

Regresyon modeline göre; öğrencilerin öz-bakım gücünü en güçlü açıklayan değişkenler görece olarak kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, sağlık algısı, stres yönetimi, beslenme ve cinsiyettir (% 47.9) (Tablo 3). Çelik ve Owen (2017) tarafından yapılan bir çalışmada iyilik halinin %68’ni en güçlü açıklayan değişkenler; beslenme, kendini gerçekleştirme ve kişilerarası ilişkiler olarak bulunmuştur<sup>33</sup>. Yeterli ve dengeli beslenme, stres ile baş edebilme, düzenli fiziksel aktivite ve kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve bu konularda sorumluluk almak sağlıklı olabilmek için gereklidir<sup>34</sup>. Kendini gerçekleştirme, davranışları yöneten bir güdü yanında ulaşılmaya çalışılan bir gelişim düzeyi olarak da tanımlanmaktadır<sup>35</sup>. Bu bağlamda adölesanların kendini gerçekleştirme düzeyleri öz-bakım gücünün gelişimi için önemlidir. Öz-bakım bireysel sağlık sorumluluğu ile ilişkili faktörlerden birisidir. Sağlığın korunabilmesi için adölesanların bireysel sağlık sorumluluk bilinci artırılmalıdır<sup>36</sup>. Öz-bakım gücünü açıklayan değişkenlerden biri sağlık algısıdır (sağlığını çok iyi olarak değerlendirenler) (Tablo 3). Sağlığını iyi olarak değerlendiren adölesanların öz-bakım gücü puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur<sup>24,26</sup>. Adölesan döneminde yaşanan stres bir dizi riskli davranışlarla ilişkilidir. Adölesanlara, stres yaratan durumları tanıyabilme ve stres yönetimi öğretilmelidir. Sağlıklı beslenme konusunda farkındalığın artırılması da, adölesan sağlığı ve performansı için önemlidir. Büyüme ve gelişme nedeni ile artan beslenme ihtiyacı iyi değerlendirilmelidir<sup>2</sup>. Öz-bakım gücünü açıklayan değişkenlerden biri cinsiyettir (kadın olmak) (Tablo 3). Literatürde kızların öz-bakım gücü puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek bulunduğu çalışmalar olduğu gibi<sup>24,37</sup>, erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu<sup>26</sup> çalışmalar da vardır. Toplumsal roller açısından bu farklılığın yaşanan toplumun kültürünün özelliklerinden etkilendiği düşünülmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Adölesanların öz-bakım gücü ve sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişki ve öz bakım gücünü etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, adölesanların öz-bakım gücü ve sağlığı geliştirme puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. Adölesanlar sağlığı geliştirme ölçeğinin kendini gerçekleştirme alt boyutundan en yüksek puanı alırken, en düşük puanı egzersiz alt boyutundan almışlardır. Öz-bakım gücü ile adölesan sağlığı geliştirme ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda öz-

bakım gücünü açıklayan değişkenlerin; kendini geliştirme, sağlık sorumluluğu, sağlık algısı, stres yönetimi, beslenme ve cinsiyet olduğu bulunmuştur.

Okul temelli sağlık programları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının adölesanlara kazandırılması gerekmektedir. Öğrencilerin öz-bakım gücünün artırılması için sağlığı geliştirici davranışların kazandırılması gerekmektedir. Adölesanların sağlık ve davranış risklerini ortaya çıkaran veri tabanları oluşturulmalıdır. Geniş örneklemi içeren müdahale temelli kanıta dayalı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 2017/16).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Bildirilmemiştir.

**Katılımcı Onamı:** Çocuklar ve ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: NYŞ, GAÇ

Veri toplama: NYŞ, GAÇ

Literatür araştırması: NYŞ, GAÇ

Makale yazımı: NYŞ, GAÇ

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan adölesanlara ve ebeveynlerine teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from the Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Duzce University (Decision number: 2017/16)

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:**

Author contributions: Informed consent was obtained from children and their parents

Study design: NYS, GAC

Data collection: NYS, GAC

Literature search: NYS, GAC

Drafting manuscript: NYS, GAC

**Acknowledgement:** We would like to thank all children and their parents who approved to participate in the study.

## KAYNAKLAR

- World Health Organisation. Adolescents: health risks and solutions[Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 10 Kasım 2018]. Erişim adresi:<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Yıldırım Şişman N. Adölesan ve Genç Sağlığının Geliştirilmesi. Editör Ayaz Alkaya S. Sağlığın Geliştirilmesi. Ankara: Hedef CS Basın Yayın; 2017. s. 242 - 52.
- Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*. 2012;379(9826):1641-52.
- Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011;43(3):255-64.
- Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*. 2009;57(4):217 - 25.
- McCormack D. An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform. *Nursing Leadership*. 2003;16(4):48 - 65.
- Webber D, Guo Z, Mann S. Self-care in health: we can define it, but should we also measure it?-. *SelfCare*. 2013;4(5):101 - 6.
- Urpí Fernández AM, Zabaleta Del Olmo E, Montes Hidalgo J, Tomás Sábado J, Roldán Merino JF, Lluch Canut M.T. Instruments to assess self-care among healthy children: A systematic review of measurement properties. *JAN*. 2017;73(12):2832-44.
- Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Haziran 2020]. Erişim adresi:<https://nursing-theory.org/theories-and-models/orem-self-care-deficit-theory.php>
- Pender, N.J. Health Promotion Manual [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi 23 Haziran 2020]. Erişim adresi:[https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Kaya A, Tutar Güven Ş, İşler Dalgıç A. Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin Türkiye'deki hemşirelik araştırmalarında kullanımı. *HEAD*. 2018;15(3):195-201.
- Pender's Health Promotion Model [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Haziran 2020]. Erişim adresi:<https://www.nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php>
- Ji Y, Xu H, Zhang Y, Liu Q. Heterogeneity of adolescent health risk behaviors in rural western China: A latent class analysis. *PloS one*. 2018;13(6):e0199286.
- Persson L, Haraldsson K. Health promotion in swedish schools: Shool managers' views. *Health Promotion International*. 2017;32(2):231-40.
- Brooks JE, Moore DD. The Impact of childhood experiences on perceptions of health and wellness in african american young adults. *J Afr Am St*. 2016;20(2):183-201.
- Çelikcan G, Özçakır A. Adölesan ile iletişim ve etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2018;9(6):60-4.
- Karadamar M, Yiğit R, Sungur MA. Evaluation of healthy lifestyle behaviours in adolescents. *Anatolian Journal of Nursing and Health Sciences*. 2014;17(3):131-7.
- Bulut A, Bulut A, Erçim RE. Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*. 2016;2(2):105-12.
- Özakgöl AA, Aştı TA, Merve A, ve ark. Lise son sınıf öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahipler mi?. *F.N. Hem. Derg*. 2016;24(1):16-23.

20. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Res Nurs Health*. 1979;2(1):25-34.
21. Nahcivan N. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması: Öz-bakım gücü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*. 1994;7(33):109-19.
22. Chen MY, Wang EK, Yang RJ, Lio YM. Adolescent health promotion scale: Development and psychometric testing. *PHN*. 2003;20(2):104-10.
23. Temel AB, Başalan İZ F, Yıldız S, et al. The reliability and validity of adolescent health promotion scale in turkish community. *Journal of Current Pediatrics*. 2012;9:14 - 22.
24. Ergün SA, Yılmaz E, Dağdeviren Z, Dinçer Ş. Mesleki eğitim ve çıraklık merkezinde eğitim gören ergenlerin öz bakım gücünün incelenmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;10(3):29-36.
25. Tüfekci FG, Arıkan D. Sağlıklı adölesanların öz-bakım gücü ile anne-babalarının öz-bakım gücünün karşılaştırılması ve sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2002;5(1):45-52.
26. Lee SY, Suh SR. Influence of health literacy and self-care agency on health promotion behavior in nursing students. *J Health Info Stat*. 2018;43(2):126-33.
27. Sümen A, Öncel S. Türkiye'de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistematik derleme. *Eur J Ther*. 2017;23:74-82.
28. Dağdeviren Z, Şimşek Z. Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler. *TAF Prev Med Bull*. 2013;12(2):135-42.
29. Karaaslan MM, Çelebioğlu A. Determination of healthy lifestyle behaviors of high school students. *JHS*. 2018;15(2):1355-61.
30. Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S. Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg*. 2015;57:129-35.
31. Ssewanyana D, Abubakar A, Van Baar A, Mwangala PN, Newton CR. Perspectives on underlying factors for unhealthy diet and sedentary lifestyle of adolescents at a kenyan coastal setting. *Front. Public Health*. 2018;6:11.
32. Christofaro DGD, De Andrade SM, Mesas AE, Fernandes RA, Junior JCF. Higher screen time is associated with overweight, poor dietary habits and physical inactivity in Brazilian adolescents, mainly among girls. *European Journal of Sport Science*. 2016;16(4):498-506.
33. Çelik ND, Owen FK. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyilik halini yordayıcılığı. *JoSReSS*. 2017;3(3):69-88.
34. Owen FK, Çelik ND. Lifelong healthy lifestyle and wellness. *Current approaches in psychiatry*. 2018;10(4):430 - 43.
35. Ünsar S, Akgün Kostak M, Kurt S, ve ark. Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenler. *DEUHYO ED*. 2011;4(1):2 -6.
36. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Prev Med Bull*. 2016;15(3):259 - 63.
37. Callaghan D. Basic conditioning factors' influences on adolescents' healthy behaviors, self-efficacy, and self-care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2006;29(4):191-204.

## Araştırma makalesi

## Research article

## Hemşirelerin Disfaji Yönetiminde Kanıt Dayalı Rehber Kullanımına Yönelik Deneyimleri (Nitel Bir Çalışma)

Emine ÖZER KÜÇÜK<sup>1</sup>, Sevgisun KAPUCU<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada hemşirelerin, geliştirilen kanıt dayalı rehber kullanımına ilişkin deneyim ve görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmada tanımlayıcı nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Örneklem, inmeli hastaya bakım veren 10 hemşireden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanılarak "derinlemesine görüşme" yöntemiyle toplanmış ve Colaizzi'nin İçerik Analizi Yöntemi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızda geliştirilen kanıt dayalı rehber ile inmeli hastaya bakım veren hemşireler, oluşturulan bu rehberi; hasta güvenliğini, bakım kalitesini, hasta ve hemşire memnuniyetini ve mesleki yeterlilikleri artıran ve ayrıca bilgiye ulaşmayı kolaylaştırıcı bir kaynak olarak gördüklerini belirtmiştir. Ayrıca çalışma kapsamındaki hemşireler rehber kullanımının; motivasyonlarını artırdığını, bağımsız hemşirelik rollerini yerine getirme konusunda desteklendiklerini hissettiklerini, kanıt dayalı uygulamayı hayata geçirmenin motivasyonunu yaşadıklarını ve akademik alan ile klinik alan arasında kurulan işbirliğinden duydukları memnuniyeti ifade etmiştir.

**Sonuç:** Çalışmada klinikte rehber kullanımının, hasta güvenliği, bakım kalitesi, mesleki yeterlilik, hasta ve hemşire memnuniyetini artırdığı belirlenmiştir. Kanıt dayalı rehberlerin klinikte uygulanması ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Deneyim, disfaji, hemşire, kanıt dayalı, rehber

## ABSTRACT

**Experiences of Nurses in the Use of Evidence-Based Guidelines in Dysphagia Management (A Qualitative Study)**

**Aim:** This study aims to determine the experiences and opinions of nurses regarding the use of evidence-based guidelines developed.

**Material and Methods:** Descriptive qualitative research method was used in the study. The sample consists of 10 nurses who provide care to stroke patients. The study data was collected using the in-depth interview method by the semi-structured interview form and descriptive information form and evaluated by Colaizzi's Content Analysis Method.

**Results:** Nurses caring for stroke patients using evidence-based guidelines stated that they see the developed guideline as a resource that increases patient safety, quality of care, patient and nurse satisfaction, and professional competence while facilitates access to information. Besides, the nurses have reported that the use of the guideline increased their motivation, made them feel supported in fulfilling their independent nursing roles, allowed them to experience the motivation of implementing the evidence-based practice, and gave them the satisfaction of witnessing the cooperation between the academic and clinical fields.

**Conclusion:** In the study, it was concluded that the use of a guideline in clinical practice increased patient safety, quality of care, professional competence, and patient and nurse satisfaction. It is recommended that evidence-based guidelines are applied and expanded in the clinic.

**Keywords:** Dysphagia, evidence-based, experience, guideline, nurse

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Türkiye, E-mail: emineozer.kucuk@sbu.edu.tr, Tel: 03123043920, ORCID: 0000-0003-0746-1785

<sup>2</sup>Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Türkiye. E-mail: sevgisun@hacettepe.edu.tr, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: 0000-0003-3908-3846

Geliş Tarihi: 30 Ocak 2020, Kabul Tarihi: 10 Aralık 2020

**Atıf/Citation:** Özer Küçük E, Kapucu S. Hemşirelerin Disfaji Yönetiminde Kanıt Dayalı Rehber Kullanımına Yönelik Deneyimleri (Nitel Bir Çalışma). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):35-42. DOI: 10.31125/hunhemsire.906943

## GİRİŞ

İNME sonrasında, hastaların yaşam kalitesini, sağ kalımını etkileyen ve en sık görülen komplikasyonlardan biri disfazidir<sup>1,2</sup>. Literatürde<sup>3-8</sup> hemşirelerin inme sonrası gelişen disfaziyeye yönelik klinik bakım uygulamalarında kanıt dayalı rehberleri ve rehberlerde yer alan destek araçları kullanmalarının, hastaların bakım kalitesini artırmaya ve komplikasyonların önlenmesine önemli katkıların olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü iyi düzenlenmiş sistematik incelemelere ve meta analizlere dayalı olarak hazırlanan kaliteli kanıt dayalı uygulama rehberleri, hastalara verilen bakım kalitesini arttırmaktadır<sup>9</sup>. Ayrıca güncel kanıt dayalı girişimler doğrultusunda bakım verilmesi; beklenen sonuçları iyileştirmekte, hastanede kalma süresini kısaltmakta ve maliyeti azaltmaktadır<sup>3,5,10,11</sup>. Rehberler, kanıt dayalı uygulamaların bir sonraki durağı olarak gösterilmektedir. Rehber geliştiriciler tarafından herhangi bir hastalığın, sorunun veya sürecin kabul edilmiş yönetiminin kanıt dayalı özetini oluşturma amacı ile kanıt dayalı rehberler geliştirilmektedir<sup>12</sup>. Rehberlerin uygulamaya aktarılmasında akademisyen klinik işbirliği oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra hemşirelerinde, rehber geliştirme, rehberleri uygulamaya aktarma ve uygulamanın sürdürülmesi aşamalarına aktif olarak katılması önem arz etmektedir. Kanıt rehberlerindeki önerilerin klinikte kullanılması için hemşireler ile deneyimli araştırmacıların ilişki kurmaları, üzerinde durulmaktadır. Klinikte rehberin uygulamaya geçirilmesinde, kanıtın uygulamada kullanım sürecine rehberlik edecek ve kullanılabilir kavrımsal modeller ve teorik çerçevelerde geliştirilmektedir<sup>13,14</sup>. Araştırmacı ve hemşire arasındaki işbirliği neticesinde; rehberin sağlık bakım kurumlarında aktif olarak kullanılması, araştırma bulgularının uygulamaya aktarılmasını kolaylaştırmasının yanı sıra, hemşirelerin kanıt dayalı uygulamayı gerçekleştirmelerini olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılması ve olumlu etkileyen faktörlerin ise desteklenmesine de yardımcı olabileceği öngörülmektedir.

Son yıllarda klinik uygulama rehberleri, kanıtların hemşirelik bakımında kullanılmasında karşılaşılan sorunların çözümü ve kanıt dayalı bilginin yayılması amacıyla daha fazla kullanılmaya başlamıştır. Hemşireler tarafından kanıt dayalı rehberlerin geliştirildiği çalışmalarda, geliştirilen rehberlere hemşireler tarafından uyumun yüksek oranda olduğu saptanmıştır<sup>4,6,8</sup>. Ayrıca rehber uygulanan hastanelerde hasta bakım kalitesinde artış olur iken, hasta ve ailenin memnuniyetinin olumlu etkilendiği belirlenmiştir<sup>15</sup>. Ülkemizde kanıt dayalı rehber kullanımı ile ilgili yapılan çalışmaları incelediğimizde ise rehber kullanan hemşirelerin deneyimlerine yönelik nicel ve nitel çalışmalara ulaşılamamıştır. Genel olarak yapılan çalışmalarda hemşirelerin kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları ile ilgili tutum, farkındalık ve yaşanan engeller üzerine nicel çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Bu nedenle kanıt dayalı rehberi kullanan hemşirelerin görüşlerinin alınmasına ihtiyaç duyulmuştur.

## Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada inme sonrası disfazi yönetiminde hemşirelere yönelik geliştirilen kanıt dayalı rehberi uygulayan hemşirelerin, görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Bu araştırma fenomenolojik tanımlayıcı tipte nitel araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır.

### Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara ilindeki bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji kliniğinde çalışan ve inmeli hastalarda disfazi yönetiminde hemşirelere yönelik geliştirilmiş olan kanıt dayalı rehberi kullanan 10 hemşire oluşturmuştur. Nöroloji kliniği 27 yatak kapasitesine sahiptir. Çalışmanın yapıldığı tarihte klinikte çalışan hemşireler tarafından disfazi yönetimine yönelik rehber altı aydır kullanılmaktadır. Kanıt dayalı rehber ile inmeli hastaya bakım veren hemşirelerin tamamı çalışmaya alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve kanıt dayalı rehber kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi için "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanılarak toplanmıştır.

*Tanıtıcı Hemşire Bilgi Formu:* Rehberi kullanan hemşirelerin demografik verilerine ulaşmak için hazırlanan (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi, nöroloji kliniğindeki çalışma süresi ve nöroloji hemşireliğine yönelik kurs alma durumunu) altı sorudan oluşmaktadır.

*Kanıt Dayalı Rehber Kullanımına İlişkin Görüşler İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:* Kanıt dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerini belirlemek için yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Nitel araştırma yöntemine uygun yarı yapılandırılmış soru formu yedi açık uçlu soru içermektedir. Bu sorular;

1. Hemşirelerin inmeli hastalarda disfazi yönetiminde kanıt dayalı rehber ile bakım vermesi hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. İnmeli hastalarda disfazi yönetiminde kanıt dayalı rehberin hemşirelik bakımında kullanımının avantajları nelerdir?
3. İnmeli hastalarda disfazi yönetiminde kanıt dayalı rehberin hemşirelik bakımında kullanımının dezavantajları nelerdir?
4. İnmeli hastalarda disfazi yönetiminde kanıt dayalı rehber kullanımı hemşirelik uygulamalarını nasıl etkiledi?
5. İnmeli hastalarda disfazi yönetiminde kanıt dayalı rehber kullanmanın hastalar üzerindeki etkileri nelerdir? Kanıt dayalı rehberi hemşirelik bakımında kullanırken sorun yaşadınız mı? Açıklar mısınız?
6. İnmeli hastalarda disfazi yönetiminde kanıt dayalı rehberin, hastanenede ya da diğer hastanelerde de yaygın olarak kullanılmasını önerir misiniz?
7. İnmeli hastalarda disfazi yönetiminde kanıt dayalı rehberin, geliştirilmesine yönelik önerileriniz var mı? Açıklar mısınız?

## Verilerin Toplanması

Veriler nitel araştırma yöntemine uygun derinlemesine bireysel görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Görüşmelere başlamadan önce kanıt dayalı rehber ile inmeli hastalara bakım veren hemşirelere görüşme hakkında açıklama yapılarak, gönüllülük esasına dayalı olarak görüşmeye katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Daha sonra görüşmeyi kabul eden hemşirelerle görüşme tarihi ve zamanını kapsayan görüşme planı oluşturulmuştur. Randevu alınan hemşirelerle konforlu bir ortam olan toplantı salonunda yarı yapılandırılmış görüşme formu eşliğinde derinlemesine bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ortalama 20-25 dakika sürmüştür. Görüşme başında araştırmanın amacı ve araştırma sonucunda ulaşılmak istenen hedefler açıklandıktan sonra, ses kayıt cihazı açılmış ve araştırma sorusu gönüllüye yöneltilerek görüşme tamamlanmıştır.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirmesinde Fenomenolojik yaklaşımda veri analiz yöntemi olan Colaizzi'nin İçerik Analizi Yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem katılımcıların olguya ilişkin yaşantı ve deneyimlerinin ortak anlamını ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Veri analizi boyunca araştırmacı nitel fark kategorilerini belirlemeye çalışır. Aynı deneyimi yaşayan bireylerin ifadeleri arasındaki benzerlikler ve farklılıkları karşılaştırarak kategorileri oluşturmaya başlar. Oluşturulan kategoriler farklı bireylerin farklı kavramları nasıl algıladıkları ve tecrübe ettiklerini ortaya koyar. Bu doğrultuda araştırmamızda; bireysel görüşmelerden elde edilen yazılı ve kayıtlı veriler araştırmacılar tarafından transkript edilerek öncelikle ana temalar, daha sonra ise alt temalar oluşturulmuştur. Belirlenen temalar kategorilere ayrılarak değerlendirme ve yorumlama yapılmıştır. Verilen yanıtlar; içerik, yorumların yaygınlığı ve özgünlüğü doğrultusunda organize edilerek her bir tema ile ilgili olduğu düşünülen ifadelerden alıntılar yapılmıştır.

Nitel araştırmalarda, geçerlik ve güvenilirlik kavramları araştırmanın sonuçlarının inandırıcılığını veya niteliğini gösteren en önemli unsurlardır. Toplanan verilerin ayrıntılı bir şekilde rapor edilmesi ve araştırmacının sonuçlara nasıl ulaştığını açıklaması nitel bir araştırmada geçerliğin önemli ölçütleri arasında yer almaktadır. Araştırma konusu hakkında genel bilgiye sahip ve nitel araştırma yöntemleri konusunda uzmanlaşmış kişilerin, çeşitli boyutlarıyla araştırmayı incelemesi araştırmanın niteliğinin artırılması konusunda alınacak önlemler arasında yer almaktadır<sup>16</sup>. Bu araştırmada da araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği sağlamak için eş (akran) denetlemesi ve uzman denetlemesi yapılmıştır. Akran denetlemesi, nitel araştırma konusunda deneyimli bir araştırmacı ile veri analizleri okunmuş ve araştırmacı ile bağımsız bir şekilde temalar oluşturulmuştur. Uzman denetlemesi ise diğer araştırmacı tarafından gerçekleştirilerek araştırmanın güvenilirliği artırılmıştır.

## Araştırmanın Etik Boyutu

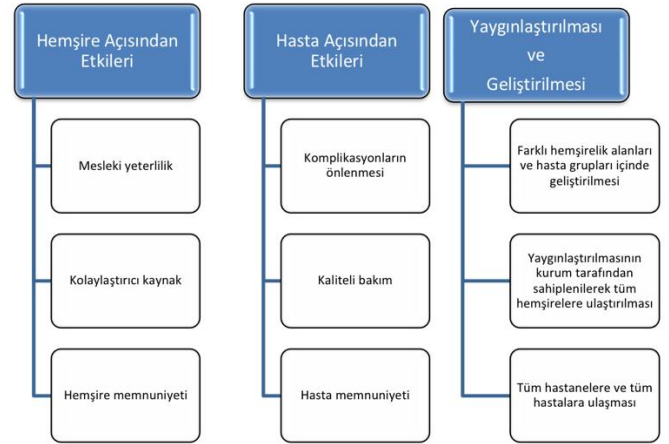
Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik açıdan uygun bulunduğu dair etik kurul onayı almıştır (31.05.2016- no: 16969557-668). Araştırmanın yapıldığı hastaneden gerekli

izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra yazılı izin alınmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları 33.20±7.05, tamamının kadın, %90'ı lisans mezunu, %60'ının meslekte çalışma yılının 15 yıl ve üstünde, %70'inin ise nöroloji kliniğinde çalışma yılının 5 yıldan az olduğu, belirlenmiştir. Araştırmamızda, inme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla geliştirilen kanıt dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerinin belirlenmesi için derinlemesine bireysel görüşmeden elde edilen araştırma verileri; hasta ve hemşire açısından etkileri ve rehberin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması temaları olmak üzere toplamda üç ana ve altı alt tema oluşturulmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmanın Tema ve Alt Temaları



### Tema 1. Hemşire Açısından Etkileri

Araştırmaya katılan hemşirelerin, kanıt dayalı rehber ile hemşirelik bakım verirken yaşadıkları deneyimlere ilişkin elde edilen verilerden; **“mesleki yeterlilik”**, **“kolaylaştırıcı kaynak”** ve **“hemşire memnuniyeti”** alt temaları ortaya çıkmıştır.

#### Alt tema 1. Mesleki Yeterlilik

Araştırmaya katılan hemşireler, kanıt dayalı rehberin, bakımda kullanımı ile hastalara bakım verirken daha bilinçli yaklaşıtlarını (4. hemşire, 9. hemşire) ve özellikle disfaji konusunda farkındalık (4. hemşire, 8. sorumlu hemşire, 9. hemşire), bilgi ve becerilerinin arttığını (8. sorumlu hemşire, 9. hemşire), bakım verirken yapılanların sonuçlarını ortaya koyabilmekten dolayı kendilerine ve bilgilerine olan güvenin arttığını (9. hemşire), var olan bilgilerin güncellendiğini ve böylece tüm bu uygulamaların mesleki yeterliliği arttırdığını ifade etmişlerdir (9. hemşire).

Katılımcı ifadeleri;

*“Hastaların yutma güçlüğüünün değerlendirmesine yönelik algımız daha çok arttı, hani önceden bu eğitimi almadan önce direk geçebiliyorduk, atlanabiliyordu ama şimdi direkt hastanın başında yutmasını takip ederek...hiç yutamayan hastalara besin ve ilaç vermiyoruz.. Yani iyi oldu.”* (4.hemşire)

"Uygulamanın hasta yakınlarına da hemşire arkadaşlarıma da....çok farklı konularda bilgiler verdiğini düşünüyorum. Özellikle bu eğitimi aldığımız günden bu yana ....hemşire arkadaşların daha çok bilgilendiğini ve daha çok olaya (disfajinin yönetimine) vakıf olduklarını düşünüyorum...Eğitim alındı alınılı insanların yutma güçlüğünün daha çok farkında olduğu, yutma güçlüğü olan hastalara nasıl yaklaşacağını ve nasıl yaklaşması gerektiğini bildiğini düşünüyorum. Daha gelişi güzel davranmaktansa bu farkındalıkla daha temkinli yaklaştıklarını düşünüyorum" (8. sorumlu hemşire )

"Onu da şöyle diyeyim, rehber sayesinde bu konudaki eksik bilgi ve becerilerin farkına varıldığını düşünüyorum. Örneğin – disfajisi olan hastada, kamış pipet kullanılmamalıdır diyordu. Açıkçası bunu daha önceden bilmiyordum. Hastanın yorgunluk seviyesinin değerlendirilmesi ve yemek zamanları için yeterli enerjisi kalması için enerjisini nasıl koruması gerektiği belirtiliyordu. Bu bilgiyi teorikte bilmememe rağmen, bu bilgiyi hasta bakımında kullanmadığımı farkettim. Rehberde yer alan önerilerin bilimsel bir araştırmaya dayandığı için yapılan uygulamalarda oluşabilecek eksiklikler ve yanlışlıkları önlemede şüphesiz ki faydalı olacağını düşünüyorum." (9. hemşire)

"Şöyle ki farkındalığı arttırdığını düşünüyorum, bilgi, beceri ve hemşirelik bakım kalitesini arttırdığını düşünüyorum. Sorunların ve komplikasyonların zamanında önlenebileceğini düşünüyorum" (9. hemşire)

"Rehberin hemşirelik rollerinin tam olarak yerine getirilmesine katkı sağlayacağını ve de hasta bakımında yardımcı olacağını düşünüyorum. Bakıma yararlı olacaktır." (9. hemşire)

### Alt tema 2. Kolaylaştırıcı Kaynak

Araştırmaya katılan hemşireler, kanıt dayalı rehberle ilişkin görüşlerinde; rehberde yer alan algoritma, broşür ve posterlerin, bilgilerin uygulamaya geçmesini kolaylaştırdığını (3. hemşire), ihtiyaç duyduklarında her an ellerinin altında hazır kanıt dayalı materyal olduğunu (1. hemşire), güvenilir bir kaynak kullandıkları için kendilerini güvende hissettiklerini (7. hemşire) ve uygulamalara rehberlik ederek hemşireleri doğru uygulamaya yönlendirdiğini (6. hemşire) ve standart bakım verilmesine katkı sağladığını (1. hemşire,7. hemşire) ifade etmiştir. Ayrıca, hemşireler, inme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla geliştirilen kanıt dayalı rehberi, kanıt dayalı bilgiye ulaşımı kolaylaştıran bir kaynak olarak betimlemiştir (1.hemşire, 7.hemşire).

Katılımcı ifadeleri;

"Hemşireliği daha objektif değerler üzerinden yaptığımız için... Özne verilerden daha çok nesnel verilerin olması.... Daha avantajlı... Elimizde rehber olması aklımıza takılan sorulara açıp hemen bakmak ve servise yeni başlayanlar için bu bir avantaj"... (1. hemşire)

"...birilerine bir şeyleri ifade ederken hastaların ellerinde yazılı bir şey oldu onu (hastalar için hazırlanan broşür ve vb.) gösterme şansım oldu." (3. hemşire)

"Klinik rehber....gerçekten çok güzel hazırlanmış. Yani çok beğendim. Açıklayıcı, bizim içinde, hastalar içinde yol gösterici ..." (6. hemşire)

"Standartlar açısından çok olumlu etkisi oldu. Bir de bir şeyi bilerek o konuya hakim olarak yapmamızı sağladı." (7. hemşire)

"Elimizde bir rehber olunca o konuyu güzelce öğrendik neler yapabileceğimizi, nelerle karşılaşabileceğimizi bu rehber sayesinde tam anlamıyla öğrendiğimiz için uygulamada çok artılarımız oldu. Ayrıca olumsuz bir şeyle karşılaştığımızda da ne yapacağımızı bildiğimiz için bizim için güzel bir kaynak oldu diye düşünüyorum." (7. hemşire)

### Alt tema 3. Hemşire Memnuniyeti

Araştırmaya katılan hemşireler, bu rehberi klinikte kullanmanın motivasyonlarını artırdığını (7.hemşire), bağımsız hemşirelik rollerini yerine getirme konusunda desteklendiklerini hissettiklerini (6.hemşire,7.hemşire), kanıt dayalı uygulamayı hayata geçirmenin motivasyonlarını artırdığını (6.hemşire) ve böylece hemşire memnuniyetinin arttığını belirtmiştir.

Katılımcı ifadeleri;

"Ya aslında gerçekten güzel oldu ben 20 yıllık meslek hayatımda ilk defa böyle bir şeye denk geldim, içinde olmak ve sizinle fikir alışverişinde bulunmak hoşuma gitti, hastalar açısından da mesleğimiz açısından da güzel bir şey o yüzden size teşekkür ediyorum."(7.hemşire)

"... yenisi eskisi bütün hemşireler, sağlık personeli aynı standartta hizmet verdiği zaman bu hasta açısından da hemşire açısından da çok güzel sonuçlar doğurur diye düşünüyorum ...." (7. hemşire)

"Bilimsel kanıt dayandığı için bilgiler hem bizim açımızdan hem hasta ve hasta yakınları açısından güvenilir en doğru bilgidir. Bazen hastalar işbirliği yapmak istemiyor ancak bize güvendiği zaman ve bilimsel olan bilginin hastaya yapılan uygulamaya yansıtıldığına bizim tarafımızdan daha olumlu oluyor. Rehberde yer alan önerilerle bakım verdiğimizden beride sanki daha iyi tepkiler alıyoruz." (6. hemşire)

### Tema 2. Hasta Açısından Etkileri

Araştırmaya katılan hemşirelerin, kanıt dayalı rehber ile bakım verirken hasta açısından yaşadıkları deneyimlerine ilişkin elde edilen verilerden; "komplikasyonların önlenmesi", "kaliteli bakım" ve "hasta memnuniyeti" temaları ortaya çıkmıştır.

### Alt Tema 1. Komplikasyonların Önlenmesi

Araştırmaya katılan hemşirelerin, kanıt dayalı rehber ile bakım verirken hasta açısından yaşadıkları deneyimlerine ilişkin elde edilen verilerden; hasta güvenliği temasını oluşturan alt temalar; komplikasyonları önleme (4. Hemşire, 5. Hemşire, 9.hemşire), riskleri erken dönemde farketme,( 4. Hemşire, 5. Hemşire, ) bütüncül bakım (7. Hemşire, 9.hemşire) ve iyileşmeye olan olumlu katkısıdır (4. Hemşire, 7. Hemşire). Hemşirelerin tüm bu alt temaları oluşturan ifadelerinde kanıt dayalı bakım vermenin hasta güvenliğini artırmakta olduğunu vurgulamaktadır. Katılımcılar bu konu ile ilgili görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir; İlk olarak hastanın yutma güçlüğünü değerlendirerek, ilk oral almasını gözlemlediğimiz için, aspire etmesini ilk başta önliyoruz zaten bu en önemli avantaj, komplikasyonları önliyoruz." (4. hemşire)

"Nasıl ifade etsem. Mesela yutma güçlüğü ile olan hasta ile beraber hasta yakınlarına da bu konuda (aspirasyon belirtileri vb.) eğitim verdiğimiz için onlarda bizim ile



beraber bilinçlenmiş oldular.Bu sayede hasta ve yakını ile işbirliği içerisinde oluşabilecek komplikasyonları da en kısa sürede önlemiş olduk.” (5. hemşire)

“Bir kere iyileşmeyi hızlandırdığını düşünüyorum kesinlikle. Ayrıca oluşabilecek risk faktörlerini ortadan kaldırdığımızı düşünüyorum. Ola ki olumsuz bir şey yaşadı bunu da erken dönemde fark edip daha çabuk girişimde bulunabileceğimizi düşünüyorum.” (7. hemşire)

“Hastanın iyileşmesi açısından daha etkili sonuçlar elde edilmesine yardımcı olduğunu düşünüyorum.” (5. hemşire)

“Açıkçası şöyle, mesela sistematik incelemelere ve araştırmalara dayandığı için hani iyi bir rehber olduğunu düşünüyorum. Disfaji sorununun daha iyi yönetileceğini ve gelişebilecek komplikasyonları da en aza indireceğini düşünüyorum.” (9. hemşire)

### Alt Tema 2. Kaliteli Bakım

Araştırmaya katılan hemşireler tarafından, kanıt dayalı rehberin bakımda kullanımı ile maliyetin azaldığı (7. hemşire), bakımın kanıt dayalı olarak uygulandığı (2.hemşire, 9. hemşire), uygulamaların tüm hemşireler tarafından standart olarak yapıldığı (9. hemşire, 7.hemşire), uygulamada objektif verilerin kullanıldığı (4.hemşire, 8. hemşire) ve böylece bakım kalitesinin arttığı ifade edilmiştir. Katılımcılar bu konu ile ilgili görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir.

“Yani şöyle bu rehberin kullanılması daha öncesinde tüm hemşirelerin ortak bir uygulama ve değerlendirme yapmış oluyor. Yani herkes kendi başına çıkarak bir uygulama yapmış olmuyor. Bu da hasta için daha iyi ve kaliteli bir bakım sağlıyor.” (9. hemşire)

“Bir kere böyle bir rehberin olması, hastaya bakım verirken bir standartımızın olması demek. Yani her shiftteki hemşire arkadaş aynı standartlara bağlı bakım verdiği zaman hastanın iyileşmesinde çok çok olumlu etkiler sağlar diye düşünüyorum.” (7. hemşire)

“Valla ben büyük katkısı olduğunu düşünüyorum yani hani her açıdan bizim algımız da arttı. Hani gördüğümüz zaman hastaya nörolojik olarak zaten klinikte çok inmeli hasta olduğu için hasta servise ilk geldiğinde hasta yutabiliyor mu? Onu sorguluyoruz. Bizim içinde hemşirelik bakım kalitesini arttırıyor” (4. hemşire)

“O gün işte Fatma hanım söyledi doktorumuz... , yani nereden baksanız son bir buçuk iki aydır yutma güçlüğüyle ilgili bize hiçbir şikâyet gelmediğini, hastaların besinleri aspire etmediğini. Hastaların daha çabuk bir şekilde taburcu olup evlerine gittiğini bizde gözlemliyoruz.” (8. sorumlu hemşire )

“İyi yönde etkilediğini düşünüyorum. Zaten amaç hastanın iyileştirmesini hızlandırmak ya da kötüleşmesini engellemek olduğu için....Bakımın kalitesini arttırmak olduğu için iyi yönde etkilediğini düşünüyorum.” (5. hemşire)

“Biraz önce de konuştuk, mesleğimizde tedaviden bakıma kadar hiçbir konuda standartımız nerdeyse yok bu tür rehberlerde standart oluşturur diye düşünüyorum. Dolayısıyla da yenisi eskisi bütün hemşireler aynı standartta hizmet verdiği zaman bu hasta açısından da hemşire açısından da çok güzel sonuçlar doğurur diye düşünüyorum....” (7. hemşire)

### Alt Tema 3. Hasta Memnuniyeti

Araştırmaya katılan hemşireler, kanıt dayalı rehberin bakımda kullanımı ile hasta ve yakınlarının özellikle disfaji konusunda farkındalıklarının arttığını (4. hemşire, 5. hemşire), hemşireye ve bilgisine olan güvenlerinin arttığını (4. hemşire), hasta ve yakınları ile olan iletişimin olumlu yönde etkilendiğini (4. hemşire), hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ile ilgili olumlu tepkiler aldıklarını (4. hemşire, 8. hemşire ) ve böylece tüm bu uygulamaların hasta memnuniyetini arttığını ifade etmiştir. Katılımcılar bu konu ile ilgili görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir;

“Kendilerini daha önemli hissediyorlar. Hastanın yutma güçlüğünü değerlendirdiğimizde, hastada yutma güçlüğü varsa. Suyu böyle içirmemiz gerekiyor ya da beraber içirelim dediğimizde hasta da olsun yakını da olsun bana bakıyorlar benimle yakından ilgileniyorlar diye mutlu oluyor ve bu yaklaşım onların hoşuna gidiyor. Gelip bize rahatlıkla konuşabiliyorlar işte hastam şunu yiyebilir mi şunu yedirebilir miyim? Ya da beraber içirelim daha rahat oldu gibi...” (4. hemşire)

“Hasta yakınları daha bilinçli hale geldiler. Hani onlara da anlatıyoruz, gösteriyoruz tek başlarına hiçbir şekilde ilaç vermemeleri gerektiğini...” (4. hemşire)

### Tema 3. Rehberin Geliştirilmesi ve Yaygınlaştırılması

Araştırmaya katılan hemşireler, kanıt dayalı rehberin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik önerilerinde ; farklı hemşirelik alanları ve hasta grupları içinde geliştirilmesi (2.hemşire, 5. hemşire, 7.hemşire), okuma yazma bilmeyenlere yönelik görsel eğitim teknikleri kullanılması (9. hemşire) tüm hastanelere ve tüm hastalara ulaştırılması (2.hemşire,5.hemşire,8.hemşire, 7.hemşire) ve yaygınlaştırılmasının kurum tarafından sahiplenilerek tüm hemşirelere ulaştırılması (8.hemşire ) olarak ifade etmişlerdir.

Katılımcı ifadeleri;

“...sonuçta güzel bir çalışma güzel bir rehber neden bizim hastanemizle sınırlı kalsın. Bir de bütün meslektaşlarımız dolayısıyla da bütün hastalara ulaşsın.” (7. hemşire)

“Farklı olanlarda da oluşturulabilir şu an nörolojide olduğumuz için disfajiyle ilgili ama başka bir alanda da oluşturulabilir.” (2. hemşire)

“Kanıt dayalı rehberin yaygınlaştırılmasını tabi ki de öneririm keşke olsa, her yerde olsa yani” (2. hemşire )

“Kanıt dayalı rehberler, hastanın sağlığını etkileyecek ya da iyileşme sürecini hızlandıracak her türlü bakımda uygulanabilir diye düşünüyorum.Bu nedenle başka konularda da geliştirilmeli”(5 .hemşire)

“Bizim mesleğimiz uçsuz bucaksız bir meslek insan hayatı sonuçta tabi ki bir sürü araştırılacak rehber oluşturulacak konu bulunuyor yani bizim mesleğimize bir çok rehber geliştirilebilir ve bu hasta açısından da hemşire açısından da çok düzel sonuçlar doğurur”. diye düşünüyorum” (7. hemşire)

“Kanıt dayalı rehberde yer alan algoritma, broşür ve posterlerin, olması dikkat çekici ve uygulanabilirliğini artırması bakımından oldukça iyi. Ancak özellikle afiş ve hastalara yönelik broşürlerde okuma yazma bilmeyenlere yönelik görsel eğitim teknikleri kullanılması daha iyi olabilir diye düşünüyorum” (Hemşire 9)

*“Ben rehberin ve rehberde yer alan afiş ve broşürlerinde hastane tarafından sahiplenerek tüm hemşirelere ulaşacak şekilde çoğaltılması taraftarıyım. Hani nasıl kalite dokümanları bilgisayar ekranından bulunabiliyorsa, bu tarz dokümanların kalitenin sayfasında olup ihtiyaç duyduğunda hemşire bilgisayarından ulaşabilmelidir” (Hemşire 8)*

## TARTIŞMA

Rehberi kullanan hedef kitlenin rehber kullanım ile ilgili görüşlerinin alınması, rehberin uygulanması ile ilgili engeller ve kolaylaştırıcı faktörler ortaya konması ve yaygınlaştırılması ve geliştirilmesine yönelik geri bildirimler alınması açısından oldukça önemlidir. Çalışmamızda hemşireler, kanıt dayalı rehber eşliğinde hastalara bakım verirken, daha bilinçli yaklaştıklarını ve özellikle disfaji konusunda farkındalıklarının, bilgi ve becerilerinin arttığını ve var olan bilgilerinin güncellendiği, uygulanan hemşirelik bakımının hasta üzerine olan etkisini ortaya koyabilmekten dolayı kendisine ve bilgisine olan güvenin arttığını ve böylece tüm bu uygulamaların mesleki yeterliliği arttırdığını ifade etmiştir. Ayrıca çalışma kapsamındaki hemşireler; rehberin kullanımının, kanıt dayalı uygulamayı hayata geçirmenin motivasyonlarını artırdığını, bağımsız hemşirelik rollerini yerine getirme konusunda desteklendiklerini hissettiklerini ifade etmiş ve böylece hemşire memnuniyetinin arttığını belirtmiştir. Bunun yanı sıra geliştirilen rehber, kanıt dayalı bilgiye ulaşımı kolaylaştıran bir kaynak olarak tanımlanmıştır. Bjartmaz ve ark. (2017)'nin inmeli hastalara yönelik kanıt dayalı hemşirelik rehberi kullanan hemşirelerin görüşlerini incelediği çalışmada; hemşireler bakım sürecinde rehber kullanımının mesleki yeterlilik ve iş doyumunu arttırdığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada rehberin pratik, kolay uygulanabilir olduğu belirtilmiş olup bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini artırmada olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir<sup>17</sup>. Hemşirelerin kanıt dayalı bilgileri, uygulamaya aktarmalarının bir aracı olan rehber kullanımının hemşire açısından olumlu etkileri olduklarını görmekteyiz. Bu olumlu etkilerin oluşmasında, hemşirelerin rehberin uygulamaya aktarma ve uygulamanın sürdürülmesi aşamalarına aktif olarak katılması, bu sürece rehberlik edecek akademik klinik işbirliğinin olması ve işbirliği ile kanıt dayalı uygulamayı gerçekleştirmelerini olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenerek, ortadan kaldırılmaya çalışılmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca hemşirelerin kanıt dayalı bilgileri, hasta bakım merkezli olarak uygulanması ile bağımsız rollerinde güçlü hissetmelerinin de katkısı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hemşireler, rehber kullanımının, hastalar üzerindeki etkisi ile ilgili; komplikasyonların önlenmesine katkı sağladığını, hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini arttırdığını ifade etmişlerdir. Hemşireler tarafından, kanıt dayalı rehberin bakımda kullanımı ile; maliyetin azaldığı, bakımın kanıt dayalı olarak uygulandığı, hastalara hemşirelerin standart bakım verdiği, uygulamada objektif verilerin kullanıldığı ve böylece bakım kalitesinin arttığı ifade

edilmiştir. Ayrıca, hemşireler kanıt dayalı rehberin bakımda kullanımı ile hasta yakınlarının bakım verirken daha bilinçli hale geldiklerini, özellikle disfaji konusunda farkındalıklarının arttığını, hemşireye ve bilgisine olan güvenlerinin arttığı, hasta ve yakınları ile olan iletişimin olumlu yönde etkilendiğini, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ile ilgili olumlu tepkiler aldıklarını ve böylece tüm bu uygulamaların hasta memnuniyetini arttığını belirtmişlerdir. Hemşireler ifadelerinde rehberlerin, komplikasyonları önleme, riskleri erken dönemde fark etme, hastaya hakim olma, bütüncül görme ve iyileşmeye olan olumlu katkıları ile hasta güvenliğini artırdığını vurgulamışlardır. Literatürde<sup>3,4,17-19</sup> hemşirelerin bakım uygulamalarında kanıt dayalı rehberleri ve rehberlerde yer alan destek araçları kullanmalarının hastaların bakım kalitesini artırmaya ve komplikasyonların önlenmesine önemli katkıların olduğu belirtilmiştir. Ayrıca rehber uygulanan hastanelerde hasta bakım kalitesinde artış olurken, hasta ve ailenin memnuniyetinin olumlu etkilendiği saptanmıştır<sup>15</sup>.

Kanıt dayalı rehberlerin uygulamaya başarılı bir şekilde aktarılmasında hemşirelerin rehberi kullanmaya olan isteklilikleri ve rehberlere olan uyumları oldukça önemli bir faktördür. Hemşireler tarafından kanıt dayalı rehberlerin geliştirildiği çalışmalarda, geliştirilen rehberlere hemşireler tarafından uyumun yüksek oranda olduğu saptanmıştır<sup>4,15,18</sup>. Çalışmamızda da hemşireler rehber kullanımına karşı olumlu tutum sergilemiş ve yakın iş birliği içinde yüksek motivasyonla rehberin önerilerini yerine getirmiş oldukları gözlenmiştir. Bu durum da hemşirelerin rehberlere olan uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Donnellan ve ark. (2013)'nin kanıt dayalı inme rehberlerinin kullandığı kolaylaştırıcılar ve engelleri inceledikleri kalitatif çalışmada, rehberlerin kullanışlı olmasının uyumu kolaylaştırdığı belirtilmiştir<sup>20</sup>. Çalışmamızda hemşirelerin kanıt dayalı rehberi, kanıt dayalı bilgiye ulaşımı kolaylaştıran bir kaynak olarak görmelerinde uyumlarının yüksek olmasında etkili olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmada yer alan tüm hemşirelerin, rehberin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik önerilerinde; farklı hemşirelik alanları ve hasta grupları içinde geliştirilmesi, tüm hastanelere ulaştırılması ve yaygınlaştırılması gibi önerilerde bulunması, rehberlere olumlu tutum içinde olduklarını ve uyumlarının yüksek olduğunu desteklemektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

İnmeli hastalarda disfaji yönetimine yönelik kanıt dayalı rehber ile bakım veren hemşireler, rehberin hasta güvenliği, bakım kalitesi, hasta memnuniyeti, mesleki yeterlilik ve hemşire memnuniyetini artıran ve bilgiye ulaşmayı kolaylaştırıcı bir kaynak olarak deneyimlediklerini belirtmiştir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre; hemşireler tarafından komplikasyonların önlenmesine katkı

sağlamak ve hasta memnuniyetini artırmak için inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik geliştirilen kanıt dayalı rehberin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik geliştirilen kanıt dayalı rehberin sivil toplum kuruluşları, sağlık bakanlığı ve üniversitelere ulaşılması sağlanarak tüm hastanelere yaygınlaştırılması da önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı** (Kurul adı, tarih ve sayı no): Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik açıdan uygun bulunduğu dair etik kurul onayı almıştır (31.05.2016- no: 16969557-668)

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek: Yoktur.**

**Katılımcı Onamı:** Katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

**Yazar katkıları**

Araştırma dizaynı: EÖK, SK

Veri toplama: EÖK, SK

Literatür araştırması: EÖK, SK

Makale yazımı: EÖK, SK

**Teşekkür:** Çalışmamıza katılan hemşire meslektaşlarımızın her birine teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Hacettepe University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (Decision number: 31.05.2016- 16969557-668).

Conflict of Interest: Not reported.

**Funding:** None.

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

Author contributions

Study design: EOK, SK

Data collection: EOK, SK

Literature search: EOK, SK

Drafting manuscript: EOK, SK

**Acknowledgement:** We would like to thank all the nurses who participate in the study.

## KAYNAKLAR

1. Boyraz S. İnmeli bireylerde yutma ve beslenme. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics. 2015;1(1):48-53.
2. Durna Z, Akyıl RÇ. İnmeli Bireylerde Multidisipliner Rehabilitasyon. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics. 2015;1(1):72-82.
3. Hines S, Kynoch K, Munday J. Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: a systematic review update. Journal of Neuroscience Nursing. 2016;48(4):215-23.
4. Raoufi F, Shade K. Evaluation of nursing dysphagia screening tools among patients with stroke: A systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2014;12(10):61-72.
5. Titsworth WL, Abram J, Fullerton A, Hester J, Guin P, Waters MF, ve ark. Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-

- acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. Stroke. Nov 2013;44(11):3154-60.
6. Sorensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. J Neurosci Nurs. Jun 2013;45(3):139-46.
7. Middleton S, McElduff P, Ward J, Grimshaw JM, Dale S, D'Este C, ve ark. Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. Lancet. Nov 12 2011;378(9804):1699-706.
8. Perry L, McLaren S. Nutritional support in acute stroke: the impact of evidence-based guidelines. Clin Nutr. Jun 2003;22(3):283-93.
9. Kocaman G. Hemşirelikte kanıt dayalı uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003;2(4):61-9.
10. Middleton S, Grimley R, Alexandrov AW. Triage, treatment, and transfer: evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. Stroke. 2015;46(2):e18-e25.
11. Piñero-Sáez S, Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV. Implementation results of a Best Practice Guideline in stroke patients hospitalized. Revista Científica de la Sociedad de Enfermería Neurológica (English ed). 2018.
12. Twaddle S. Clinical practice guidelines. Singapore Medical Journal. Dec 2005;46(12):681-86.
13. Schaffer MA, Sandau KE, Diedrick L. Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. J Adv Nurs. 2013;69(5):1197-209.
14. Göl I, Ozsoy S. Research utilization models in nursing and research examples using these models (Hemşirelikte Araştırma Kullanım Modelleri ve Bu Modellerin Kullanıldığı Araştırma Örnekleri). Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.2016;8:162-85
15. Reker DM, Duncan PW, Horner RD, Hoenig H, Samsa GP, Hamilton BB, ve ark. Postacute stroke guideline compliance is associated with greater patient satisfaction. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83(6):750-56.
16. Yıldırım K. Raising the quality in qualitative research. İlköğretim Online. 2010;9(1):79-92.
17. Bjartmarz I, Jónsdóttir H, Hafsteinsdóttir TB. Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: A mixed methods study. BMC Nursing. 2017;16(1):72.
18. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two: detailed evaluation of the tool used by nurses. Journal of Clinical Nursing. 2001;10(4):474- 81.
19. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. Worldviews Evid Based Nurs. Feb 2013;10(1):17-40.

20. Donnellan C, Sweetman S, Shelley E. Implementing clinical guidelines in stroke: A qualitative study of perceived facilitators and barriers. *Health Policy*. 2013;111(3):234-44.

## Araştırma makalesi

## Research article

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin  
Geçerlilik ve GüvenilirliğiEmine SALDIROĞLU<sup>1</sup>, Gülelgün TÜRK<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma, Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Metodolojik tipteki bu araştırma etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Aydın ilindeki bir üniversite hastanesi (n = 203) ile T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir devlet hastanesinde (n = 181) çalışan toplam 384 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın geçerlilik analizleri kapsamında dil geçerliliği, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği (KMO and Bartlett's Testleri, faktör analizi) değerlendirilmiştir. Güvenilirlik analizleri sonucunda ölçek maddelerinin tanımlayıcı özellikleri belirlenmiş ve iç tutarlılık analizleri (madde analizleri, test yarılama analizi ve Cronbach Alfa katsayısının hesaplanması) yapılmıştır.

**Bulgular:** Ölçekteki her bir maddenin kapsam geçerlilik oranı 0.8 ve üzerinde olup, ölçeğin madde ortalamaları 5.89 ile 5.04 arasında değişmektedir. Ölçekteki maddeler üç faktör altında toplanmıştır. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon değerinin 0.51 ile 0.84 (p < .01) arasında değiştiği ve Cronbach Alfa katsayısının 0.98 olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmada Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe formunun, hemşirelerin yeterliliğini değerlendirmede kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Geçerlilik, güvenilirlik, hemşirelik, ölçek, yeterlilik.

## ABSTRACT

**Validity and Reliability of the Holistic Nursing Competence Scale**

**Aim:** The purpose of this study is to examine the validity and reliability of the Turkish version of The Holistic Nursing Competence Scale.

**Material and Methods:** This methodological study was conducted with 384 nurses working in a university hospital (n = 203), and a state hospital (n = 181) in Aydın after the ethics committee and institution permissions were obtained. Language validity, content validity, and construct validity (KMO and Bartlett Tests, factor analysis) were evaluated within the scope of validity analysis. As a result of the reliability analyses, descriptive characteristics of the scale items were determined, and internal consistency analyses (item analysis, split-half analysis, and calculation of the Cronbach Alpha coefficient) were performed.

**Results:** The content validity rate of each item in the scale was 0.8 and above, and the item averages ranged between 5.89 and 5.04. Items of the scale were grouped under three factors. It was determined that the item-total score correlation value of the scale ranged from 0.51 to 0.84 (p < .01), and the Cronbach Alpha coefficient was 0.98.

**Conclusion:** In this study, it was concluded that the Turkish version of the Holistic Nursing Competence Scale is a valid and reliable instrument that can be used to assess the competence of nurses.

**Keywords:** Competence, nursing, reliability, scale, validity.

<sup>1</sup>Uzman Hemşire, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın, Türkiye, E-mail: ealtugs@gmail.com, Tel: 0 506 2611758, ORCID: 0000 0001 7523 7748

<sup>2</sup>Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye, E-mail: gturk@adu.edu.tr , Tel: 0 256 2138866, ORCID: 0000 0001 8649 0204

Geliş Tarihi: 21 Temmuz 2020, Kabul Tarihi: 14 Aralık 2020

**Atıf/Citation:** Saldıroğlu E, Türk G. Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):43-50. DOI: 10.31125/hunhemsire.906944

## GİRİŞ

Dünyanın pek çok ülkesinde hemşirelik bakımının önemi giderek artmaktadır. Sağlık bilimlerindeki ilerlemelere paralel olarak hastalıkların tedavi edilebilmesiyle birlikte bireylerin hemşirelik bakımından beklentisi de önemli ölçüde artmıştır. Değişen ve yenilenen sağlık hizmetleriyle bakıma kanıt oluşturmak, hasta güvenliğini sağlamak, uygulamaları kanıta temellendirmek ve bunların sonucunda bakımın klinik sonuçlarına odaklanmak gibi unsurlara daha fazla önem verilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki dinamizmi yakalamak için sağlık çalışanlarının kendilerini sürekli yenilemeleri bir zorunluluk haline gelmiştir. Yaşanan bu gelişmeler hemşirelikte yeterlilik kavramını gündeme getirmiştir. Hemşirenin bakımını doğru ve etkili bir şekilde yapabilecek yeterlilikte olması gerekir<sup>1</sup>.

Yeterlilik mesleki standartlar içerisinde temel bir bileşen olarak belirtilmektedir ve hemşirelikte yeterlilik yüksek kalitede, etik değerlere uygun ve güvenli hemşirelik bakımını sağlamak için hayati öneme sahiptir<sup>2,3</sup>. Yeterlilik öğrencilikle başlayan ve meslek hayatı boyunca devam eden bir süreçtir. Hemşirelerin temel sorumluluklarını yerine getirirken bu süreci başarıyla tamamlamaları beklenmektedir. Sürekli yenilenen teknolojiyle gelişen sağlık bakımı, hemşirelerin farklı meslek gruplarıyla bir arada olmalarını zorunlu kılan çalışma ortamı, sağlık yönetiminde etkili olan maliyet etkin politikalar ve tüm bunların yanı sıra hemşirelik bakımından beklentileri giderek artan hastalar hemşirelerin mesleki uygulamalarını yerine getirmelerini giderek zorlaştırmaktadır. Bu ortam içerisinde hemşirelerin profesyonelliklerini arttırabilmek ve kendilerinden beklenen hasta bakımını en doğru ve güvenli şekilde yerine getirebilmek için yeterliliklerini değerlendirmeleri ve geliştirmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin yeterlilik seviyesinin değerlendirilmesi, hemşirelik uygulamalarını ve hasta bakım kalitesini etkiler.

Geçmişten günümüze birçok yeterlilik tanımı yapılmıştır. Benner, While ve Nagelsmith yeterliliği 'istenen sonuçları elde edecek şekilde performans gösterme' olarak tanımlamıştır<sup>4-6</sup>. Del Bueno yeterliliği bilgi ve becerilerin etkili uygulaması olarak ifade eder<sup>7</sup>. Yeterlilik kritik düşünmeyle birlikte kişilerarası ve teknik becerilerle etkileşim halindedir ve pratiğin bilişsel, efektif ve psikomotor alanlarını birleştirir<sup>8,9</sup>. Westera'nın ifadesiyle yeterli davranışlar her zaman bilinçli düşünmeye bağlıdır ve yeterlilik başarılı bir performansın gözlemlenmesiyle ortaya çıkan bilişsel bir beceridir<sup>10</sup>. Hemşirelik uygulamalarına bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü hemşirenin profesyonel yeterliliğini 'bilgi, tutum, psikososyal ve psikomotor bileşenlerden oluşan bir beceri çerçevesi' olarak tanımlamaktadır<sup>11</sup>. Bazı çalışmalar yeterliliği performansla yakın ilişkili olarak nitelendirmiştir ve bu durum birçok kafa karışıklığına neden olmuştur<sup>5,12</sup>. Yeterliliği sadece performansa bağlı olarak değerlendirmek hemşirelik uygulamalarının etik boyutunu, hemşirelik bakımının içerdiği entellektüelliği göz ardı etmektedir.

Hemşirenin yeterliliğini değerlendirmede kullanılan ölçekler hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Yeterliliğin değerlendirilmesi için

literatürde yaygın olarak kullanılan ölçekler mevcuttur<sup>13</sup>. Ülkemizde hemşirelerin bakım uygulamalarını, bakım davranışlarını ve profesyonel gelişimini değerlendiren pek çok çalışma bulunmaktadır<sup>14-18</sup>. Bu çalışmalarda, daha çok spesifik bir hemşirelik bakımı uygulamasına ilişkin hemşirelerin yeterliliği değerlendirilmiştir. Ülkemizde bu çalışmalardan farklı olarak bakımda hemşirelerin yeterliliğini değerlendiren çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin (HYHDÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmasına gerek duyulmuştur<sup>19</sup>. Ancak araştırmanın basımı aşamasında Aydın ve Hiçdurmaz (2019) tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının İngilizce olarak yayımlandığı tespit edilmiştir<sup>20</sup>. Bu nedenle bu araştırma HYHDÖ ölçeğinin ikinci geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasıdır. HYHDÖ hemşirelerin genel olarak yeterliliğini değerlendirmekle birlikte yönetici hemşireler tarafından da uygulanabilir bir ölçektir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan bu ölçeğin kullanımı ile hemşirelerin bakıma yönelik kendilerini değerlendirebilecekleri, yeterliliklerinin ve gelişimleri için gereksinimlerinin farkında olmalarının sağlanacağı düşünülmektedir. Böylece hemşirelerin yeterliliğinin artması ile hasta bakım kalitesinin, profesyonelliğinin ve mesleki saygınlığının artması beklenmektedir.

### Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Takase ve Teraoka tarafından 2011 yılında geliştirilen Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin ülkemizdeki hemşirelerin kullanımı için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olup olmadığını incelemektir.

### GEREK ve YÖNTEM

#### Araştırmanın Türü

Bu araştırma Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmış metodolojik türde bir çalışmadır.

#### Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Temmuz 2016-15 Mart 2017 tarihleri arasında Aydın ilindeki bir üniversite hastanesi (n=599) ile T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir devlet hastanesinde çalışan (n=243) toplam 842 hemşire oluşturmuştur.

Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik araştırmalarında örneklemdeki kişi sayısı belirlenirken ölçekteki madde sayısının en az beş katı olmak üzere on katı kişiye ulaşılması hedeflenir<sup>21</sup>. Bu bilgi doğrultusunda HYHDÖ 36 maddeden oluştuğu için araştırmada maksimum kişiye ulaşılması hedeflenmiş, %10 oranında veri kaybı olabileceği düşünüülerek 396 hemşireye ulaşılması planlanmıştır. Ölçek maddelerini tam olarak yanıtlayan toplam 384 hemşire araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, hasta bakımından primer sorumlu olmayan (poliklinik, kan alma vb.), ölçek maddelerini eksik yanıtlayan hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Anket formlarının hemşirelerin öz bildirimine dayalı olarak doldurulması sağlanmıştır. Anket formlarının yanıtlanması için hemşirelerin az yoğun oldukları zaman

dilimleri tercih edilmiş ve doldurulan formlar hemşirelerden teslim alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; Hemşire Tanıtım Formu, Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

**Hemşire Tanıtım Formu:** Bu form araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur ve hemşirelere yönelik tanıtıcı özelliklere ilişkin 10 sorudan oluşmaktadır. Bu formda araştırmaya katılan hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalıştığı birim, çalışma pozisyonu, çalışma süresi, çalıştığı birimde kaç hemşirenin görev aldığı, haftada kaç saat çalıştığı, hemşire sayısını yeterli bulup bulmadığı ve çalışma süresi içerisinde ortalama kaç hasta baktığı ile ilgili veriler yer almaktadır.

**Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği:** Bu ölçek hemşirelerin yeterliliğini belirlemek amacıyla Takase ve Teraoka tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir<sup>19</sup>. Ölçeğin orijinali iki bölüm, beş faktör ve 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach Alfa katsayısının 0.96 olduğu belirtilmiştir. Orijinal ölçekte her faktör için ayrı ayrı Cronbach Alfa değeri hesaplanmış ve bu değerlerin ‘Genel Yetenek’ faktörü için 0.86, ‘Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi’ faktörü için 0.93, ‘Etik Odaklı Uygulama’ faktörü için 0.93, ‘Ekip içinde Hemşirelik Bakımı’ faktörü için 0.91 ve ‘Mesleki Gelişim’ faktörü için 0.88 olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin birinci bölümünde yedi maddeden oluşan ‘Genel Yetenek’ faktörü bulunmaktadır. Bu faktörde yer alan maddeler ile hemşirelerin mesleki davranış ve tutumlarından bağımsız olarak günlük yaşamdaki bireysel davranışları değerlendirilmektedir. İkinci bölümde ‘Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi’, ‘Etik Odaklı Uygulama’, ‘Ekip içinde Hemşirelik Bakımı’ ve ‘Mesleki Gelişim’ isimli dört faktör bulunmaktadır. Bu faktörler altındaki 29 madde ile hemşirelerin mesleki yeterliliği değerlendirilmektedir.

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği 7’li Likert tipi bir ölçektir ve ters madde içermemektedir. ‘Genel Yetenek’ faktöründe hemşirelerden ‘Hiçbir Zaman (1)’, ‘Nadiren (2)’, ‘Ara Sıra (3)’, ‘Bazen (4)’, ‘Sıklıkla (5)’, ‘Neredeyse Her Zaman (6)’, ‘Her Zaman (7)’ seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. ‘Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi’, ‘Etik Odaklı Uygulama’, ‘Ekip içinde Hemşirelik Bakımı’ ve ‘Mesleki Gelişim’ faktörlerinde ise ‘Hiçbir Zaman Yeterli Değilim (1)’, ‘Çok Az Yeterliyim (2)’, ‘Kısmen Daha Yeterliyim (3)’, ‘Orta Seviyede Yeterliyim (4)’, ‘Neredeyse Tamamen Yeterliyim (5)’, ‘Tamamen Yeterliyim (6)’ ve ‘Son Derece Yeterliyim (7)’ seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Değerlendirmede verilen cevaplar 1’den 7’ye kadar puanlanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde herhangi bir derecelendirme yoktur. Ölçekte toplam puan ortalamasının yüksek olması hemşirelik yeterliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte her faktörün ve ölçeğin toplam puan ortalaması ayrı ayrı hesaplanmıştır.

### Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin veri toplama süreci iki aşamada gerçekleşmiştir. İlk aşamada ölçek maddeleri İngilizceden Türkçeye çevrilmiş ve ölçeğin

dil geçerliliği sağlanmıştır. Ölçeğin dil eşdeğerliliği sağlandıktan sonra kapsam geçerliliği için akademisyen hemşirelerin görüşüne başvurulmuştur. Kapsam geçerliliği için uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda ölçeğe son şekli verilmiştir.

İkinci aşamada 1 Temmuz 2016 – 15 Mart 2017 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden ‘Hemşire Tanıtım Formunu’ ve ‘Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği’ sorularını yanıtlamaları istenmiştir. Soruların yanıtlanması ortalama 20-30 dakikadır ve gerekli açıklamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğini geliştiren yazarlardan biri olan Miyuki Takase’den e-posta yoluyla yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Etik Kurul No: 2016/882) ve araştırmanın yapıldığı sağlık kuruluşlarından yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışmanın amacı anlatılmış, çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine bağlı kalınmış ve çalışmaya katılanlardan sözel onam alınmıştır. Makalenin tüm aşamalarında araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin orijinal dili Japoncadır. Bu çalışmada HYHDÖ’nin uluslararası bir hemşirelik dergisinde İngilizce olarak yayınlanan ve ölçeği geliştiren yazarlardan biri olan Miyuki Takase tarafından gönderilen İngilizce formu (Holistic Nursing Competence Scale) kullanılmıştır. Ölçek Japonya’da geliştirilmiştir ve ölçeğin İngilizce geçerlilik ve güvenilirliği yapılmamıştır. Araştırma sonucunda ortaya çıkan sonuçlar sadece Japonya’da yapılan araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılabilir. Bu durum araştırmanın kısıtlılığı olarak belirtilmiştir.

### Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde, SPSS 21 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel bilgileri sayı ve yüzde dağılımı ile gösterilmiştir. Ölçeğin dil geçerliliği için grup çevirisi ve geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Kapsam Geçerliliği için ölçek maddelerine ait Kapsam Geçerlilik İndekslerini (KGI) hesaplamak amacıyla uzman görüşüne başvurulmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliği için Doğruluk Faktör Analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi kullanılmıştır. Öncesinde ölçeğin faktör analizi için uygun olup olmadığı Kaiser Meyer-Olkin ve Barlett’s Küresellik Testi ile analiz edilmiştir.

Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla öncelikle madde puanlarının tanımlayıcı özellikleri (ortalama, standart sapma, toplam, min-maks) verilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı için madde analizleri, test yarılama analizi yapılmış, ölçeğin tamamına ve tüm alt boyutlarına ait Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır.

## BULGULAR

### Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33.7 ± 8.91 olup, %91.4’ü kadın, %56.6’sı lisans mezunu, %52.9’u üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin

%45.3'ü dahili, %21.4'ü cerrahi birimlerde ve %33.3'ü yoğun bakımlarda çalışmaktadır.

### Dil Geçerliliği

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin geçerliliğini test etmek amacıyla araştırmada ilk olarak ölçeğin dil eşdeğerlilik çalışmaları yapılmıştır. Öncelikle ölçek maddeleri araştırmacılar tarafından ve İngilizceyi iyi bilen, ana dili Türkçe olan uzman hemşireler, akademisyenler ve eğitimcilerden oluşan 10 kişi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Sonrasında yapılan çeviriler araştırmacılar tarafından incelenerek ölçek Türkçe olarak yeniden oluşturulmuştur. Türkçe olarak oluşturulan ölçek iki dil uzmanı tarafından İngilizceye çevrilmiştir. İngilizceye çevrilen ölçek maddeleri, orijinal ölçeğin yazarları tarafından oluşturulan ölçeğin İngilizce metniyle karşılaştırılarak uygun ifadeler seçilmiş ve İngilizce olarak tekrar oluşturulmuştur. İngilizce olarak oluşturulan ölçek bir dil uzmanı tarafından tekrar Türkçeye çevrilmiştir. Maddeler tekrar gözden geçirilmiş ve ölçeğe son şekli verilmiştir. Ölçekteki ifadelerin anlaşılır olup olmadığına karar vermek için 20 hemşireye ön uygulama yapılmış ve uygulama sonucunda ölçek maddelerinin anlaşılır olduğu sonucuna varılarak ölçeğin dil eşdeğerliliği sağlanmıştır. Ön uygulamaya katılan 20 hemşire araştırmanın örneklemini dışında tutulmuştur.

### Kapsam Geçerliliği

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için ölçeğin dil eşdeğerliliği sağlandıktan sonra Kapsam Geçerliliği için akademisyen hemşirelerin görüşüne başvurulmuştur. Ölçeğin KGI değerlerini belirlemek amacıyla uzmanlardan her bir maddeye 1-4 arasında puan vermeleri (4 puan = Çok Uygun, 3 puan = Oldukça Uygun, 2 puan = Biraz Uygun ve 1 puan = Uygun Değil) istenmiştir. Davis tekniği kullanılarak uzman görüşleri değerlendirilmiştir. Uzmanların yanıtlarına göre her bir ölçek maddesi için 3 ve 4 puan veren uzman sayısı, toplam uzman sayısına bölünmüştür. KGI'nin en küçük değeri 0.80 olarak kabul edilmektedir<sup>22</sup>. Yapılan hesaplamalarda KGI değeri 0.80'in altında madde olmadığından ölçekten madde çıkarılmamış ve bütün ölçek maddeleri uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda değerlendirilerek ölçeğe son şekli verilmiştir.

### Yapı Geçerliliği

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu belirlemek için ölçeğin yapı geçerliliği değerlendirilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmıştır. Verilerin, faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0.974 olarak bulunmuştur. Bu değer faktör analizinin uygulanabileceğini göstermektedir. Barlett küresellik testi sonucu da ölçeğin faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir.

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinde öncelikle bir ölçeği başka bir dile uyarlama çalışmalarında ilk olarak kullanılan, ölçeğin orijinal faktör yapısına uyup uymadığını denetlemeyi amaçlayan Doğrulayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Araştırmada ölçeğe uygulanan

Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda 'Genel Yetenek' başlığı altındaki 1. maddenin tek bir faktörü oluşturduğu görülmüştür. Ölçeğin 'Genel Yetenek' başlığı altındaki 1. maddesi tek başına bir faktörü temsil edemeyeceğinden ölçeğe tekrar Açıklayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır (Tablo 1). Böylece ölçekte yer alan faktörlerin ve onları oluşturan değişkenlerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

**Tablo 1. Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi**

	Faktör		
	1	2	3
Etik Odaklı Uygulama (6)	<b>0.82</b>		
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (5)	<b>0.81</b>	0.32	
Etik Odaklı Uygulama (5)	<b>0.81</b>		0.30
Etik Odaklı Uygulama (7)	<b>0.80</b>		
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (4)	<b>0.78</b>	0.35	
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (3)	<b>0.78</b>	0.36	
Etik Odaklı Uygulama (4)	<b>0.77</b>		
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (7)	<b>0.77</b>	0.30	
Etik Odaklı Uygulama (8)	<b>0.76</b>	0.30	
Etik Odaklı Uygulama (2)	<b>0.75</b>	0.30	
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (2)	<b>0.74</b>	.40	
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (6)	<b>0.74</b>	0.39	
Etik Odaklı Uygulama (1)	<b>0.73</b>	0.33	0.33
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (1)	<b>0.73</b>	0.39	
Etik Odaklı Uygulama (9)	<b>0.72</b>		0.30
Mesleki Gelişim (2)	<b>0.71</b>	0.43	
Mesleki Gelişim (4)	<b>0.67</b>	0.40	
Mesleki Gelişim (1)	<b>0.67</b>	0.43	
Etik Odaklı Uygulama (3)	<b>0.67</b>	0.34	
Mesleki Gelişim (3)	<b>0.60</b>	0.49	
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (3)	0.31	<b>0.78</b>	
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (4)	0.34	<b>0.77</b>	0.30
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (6)	0.33	<b>0.75</b>	
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (7)	0.42	<b>0.69</b>	
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (8)	0.42	<b>0.69</b>	
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (5)	0.41	<b>0.65</b>	
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (1)	0.45	<b>0.59</b>	0.30
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (9)	0.46	<b>0.56</b>	0.36
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (2)	0.43	<b>0.54</b>	0.40
Genel Yetenek (7)			<b>0.79</b>
Genel Yetenek (3)			<b>0.76</b>
Genel Yetenek (5)			<b>0.75</b>
Genel Yetenek (2)		0.31	<b>0.74</b>
Genel Yetenek (6)			<b>0.74</b>
Genel Yetenek (4)			<b>0.71</b>
Genel Yetenek (1)			<b>0.69</b>

Araştırmada Açıklayıcı Faktör Analizi Yöntemlerinden Temel Bileşenler Analizi Yöntemi kullanılmış ve Varimax döndürme uygulanmıştır. Uygulamalar sonucunda ölçekteki maddeler üç faktör altında toplanmıştır. Ortaya çıkan en yüksek madde faktör yükü 0.82, en düşük madde faktör yükü 0.54'tür (Tablo 1).

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğine uygulanan Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda ortaya çıkan faktör yapısı incelendiğinde 'Etik Odaklı Uygulama', 'Mesleki Gelişim' ve 'Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı' başlığı altındaki maddeler Faktör 1'de, 'Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi' başlığı altındaki maddeler Faktör 2'de, 'Genel Yetenek' başlığı altındaki maddeler ise Faktör 3'te toplanmıştır.



Faktör 1’de 20, Faktör 2’de 9, Faktör 3’te 7 madde bulunmaktadır. HYHDÖ’nin faktör çözümlenmesinde faktörler isimlendirilirken, Faktör 2’de ‘Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi’ ve Faktör 3’te ‘Genel Yetenek’ başlığı altındaki maddeler belirgin bir şekilde ayrıldığından Faktör 2 ve Faktör 3’ün isimleri değiştirilmemiştir. Faktör 1 ise ‘Etik Odaklı Hemşirelik Bakımı ve Mesleki Gelişim’ olarak isimlendirilmiştir (Tablo 1).

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin üç faktörlü çözümlenmesinde faktör 1’in özdeğeri 21.96 açıklanan varyansı % 61.01, faktör 2’nin özdeğeri 2.49 açıklanan varyansı % 6.92, faktör 3’ün özdeğeri 1.57 açıklanan varyansı % 4.36’dır. Ölçeğin toplam açıklanan varyans değeri %72.30’dur.

### Ölçek Maddelerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Ölçekteki maddelere verilen yanıtların ortalamaları 5.04 ile 5.89 arasında değişmektedir. En yüksek ortalamaya sahip ölçek maddesi ‘Genel Yetenek’ başlığı altındaki 7. maddedir. En düşük ortalamaya sahip madde ise ‘Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi’ başlığı altındaki 6. maddedir.

### İç Tutarlılık Analizleri

Bu çalışmada Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin iç tutarlılığını değerlendirmek için madde analizi ve test yarılama analizi yapılmış, Cronbach Alfa katsayısı incelenmiştir. Madde analizinde her bir maddenin toplam puan ile korelasyonuna bakılmıştır. Ayrıca, ölçekten madde çıkarıldıktan sonra ortaya çıkan Cronbach Alfa değeri değerlendirilmiştir.

**Tablo 2. Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği Madde Analiz Sonuçları**

Maddeler	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçeğin Varyansı	Madde - Toplam Puan Korelasyonu	Madde Çıktığında Cronbach Alfa Değerleri
Genel Yetenek (1)	192.53	1061.14	0.59	0.98
Genel Yetenek (2)	192.62	1056.90	0.66	0.98
Genel Yetenek (3)	192.47	1064.07	0.62	0.98
Genel Yetenek (4)	192.57	1057.37	0.66	0.98
Genel Yetenek (5)	192.61	1060.92	0.65	0.98
Genel Yetenek (6)	192.50	1065.07	0.57	0.98
Genel Yetenek (7)	192.12	1073.37	0.51	0.98
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (1)	192.72	1049.24	0.76	0.98
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (2)	192.63	1050.99	0.77	0.98
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (3)	193.13	1046.38	0.71	0.98
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (4)	193.16	1037.61	0.77	0.98
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (5)	192.75	1050.35	0.76	0.98
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (6)	192.97	1050.50	0.72	0.98
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (7)	192.92	1044.72	0.76	0.98
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (8)	192.95	1044.07	0.76	0.98
Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi (9)	192.69	1047.52	0.78	0.98
Etik Odaklı Uygulama (1)	192.31	1049.95	0.84	0.98

**Tablo 2. Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği Madde Analiz Sonuçları (devamı)**

Maddeler	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçeğin Varyansı	Madde - Toplam Puan Korelasyonu	Madde Çıktığında Cronbach Alfa Değerleri
Etik Odaklı Uygulama (2)	192.33	1049.30	0.82	0.98
Etik Odaklı Uygulama (3)	192.39	1052.31	0.76	0.98
Etik Odaklı Uygulama (4)	192.33	1051.66	0.82	0.98
Etik Odaklı Uygulama (5)	192.21	1053.57	0.79	0.98
Etik Odaklı Uygulama (6)	192.19	1054.67	0.82	0.98
Etik Odaklı Uygulama (7)	192.27	1048.57	0.82	0.98
Etik Odaklı Uygulama (8)	192.30	1047.13	0.81	0.98
Etik Odaklı Uygulama (9)	192.33	1053.69	0.76	0.98
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (1)	192.49	1046.36	0.83	0.98
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (2)	192.41	1048.35	0.82	0.98
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (3)	192.38	1048.92	0.83	0.98
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (4)	192.44	1047.93	0.83	0.98
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (5)	192.35	1045.90	0.84	0.98
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (6)	192.35	1049.49	0.84	0.98
Ekip İçinde Hemşirelik Bakımı (7)	192.15	1050.31	0.81	0.98
Mesleki Gelişim (1)	192.54	1047.73	0.80	0.98
Mesleki Gelişim (2)	192.42	1048.98	0.84	0.98
Mesleki Gelişim (3)	192.53	1050.81	0.76	0.98
Mesleki Gelişim (4)	192.51	1048.59	0.76	0.98

Araştırmada ölçeğin tamamına ait Cronbach Alfa değeri 0.98 olarak bulunmuştur. Ayrıca, tüm alt boyutlar için Cronbach Alfa değeri hesaplanmış ve bu değerler ‘Etik Odaklı Hemşirelik Bakımı ve Mesleki Gelişim’ olarak isimlendirilen faktör 1 için 0.98; ‘Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi’ olarak isimlendirilen faktör 2 için 0.93; ‘Genel Yetenek’ olarak isimlendirilen faktör 3 için 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçekten madde çıkarıldığında ortaya çıkan Cronbach Alfa değerleri incelendiğinde ölçeğin Cronbach Alfa değeri yükselmektedir. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon değerlerine bakıldığında madde-toplam puan korelasyon değerinin 0.51 ile 0.84 arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 2).

Bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmenin yollarından biri olan test yarılama yöntemi Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğine uygulanmıştır. Test yarılama işlemi sonucunda hem ölçeğin tamamına ait hem de her iki yarısına ait Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Testin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısını elde etmek için Spearman Brown tarafından geliştirilen bir eşitlikten yararlanılmıştır.

**Tablo 3. Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği Test Yarılama Analizleri ve Cronbach Alfa Katsayıları**

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği	
Toplam ölçek Cronbach Alfa katsayısı	0.98
Spearman-Brown	0.91
Gutmann Split-Half	0.91
İlk yarı Cronbach Alfa katsayısı	0.95 (18 <sup>a</sup> )
İkinci yarı Cronbach Alfa katsayısı	0.97(18 <sup>b</sup> )
İki yarı arasındaki korelasyon	0.84
n	384
Madde sayısı	36

Geçerlilik ve güvenilirliği yapılan HYHDÖ' de 36 madde bulunmaktadır. Ölçekte 1-16 madde birinci yarıyı (18<sup>a</sup>), 17-36 madde ikinci yarıyı (18<sup>b</sup>) oluşturmuştur. Her iki yarıya ait Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmış, ilk yarıya ait Cronbach Alfa katsayısı 0.95, ikinci yarıya ait Cronbach Alfa katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplamına ilişkin Cronbach Alfa katsayısı ise 0.98'dir. İki yarı arasındaki korelasyon değeri 0.84'tür. Gutmann Split-Half ve Spearman-Brown testlerinin sonuçları ise 0.91 bulunmuştur.

## TARTIŞMA

### Yapı Geçerliliği

Bir ölçeğin ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu belirlemek ve ölçeğin uygulandığı kişilerin aldığı puanların ne anlama geldiğini araştırmak için ölçeğin yapı geçerliliği değerlendirilir<sup>23</sup>. Bir ölçekte yapı geçerliliğini değerlendirmek üzere en fazla kullanılan yaklaşımlar faktör analizi ve bilinen grup karşılaştırmalarıdır<sup>24</sup>. Geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçekte faktör analizi yöntemi kullanılmıştır ve ölçekte faktör analizinin uygulanıp uygulanamayacağını belirlemek için kullanılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi uygulanmıştır. KMO testi değişkenler arasındaki korelasyonları ve faktör analizinin uygunluğunu ölçen testtir. KMO testinin değeri 0 ile 1 aralığında olmalıdır<sup>25</sup>. KMO'nun 1'e yaklaşan değeri uygunluğunu gösterir, 0.5'in altındaki değer kabul edilemez. Bu çalışmada KMO değeri 0.974 olarak bulunmuştur. Barlett küresellik testi ki-kare istatistik değerini verir ve anlamlılık değerine bakılır. İstenen, anlamlılık değerinin 0.05'ten küçük olmasıdır<sup>21</sup>.

Faktör yapılandırma her bir boyutun yüksek faktör yüküne sahip en az üç değişkene (maddeye) sahip olması gerekir. Bir maddenin kavramsal yapıyla ilgili olup olmadığına karar vermek için o maddenin faktör yükü en az 0.40 olmalıdır. Bazı bilim adamları faktör yükü olarak 0.30 değerini de kabul etmişlerdir<sup>21</sup>. HYHDÖ'de ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak için öncelikle Doğrulayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Ancak, uygulama sonucunda 'Genel Yetenek' başlığı altındaki 1. maddenin tek bir faktörü oluşturduğu görülmüştür. Yapılan değerlendirmeler sonucunda ölçekten madde çıkarılmamış, ölçeğin faktör yapısını ortaya koyabilmek için Açıklayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Yapılan Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda ölçek maddeleri üç faktörlü yapı altında toplanmıştır. Maddelere ait faktör yüklerinin de 0.54-0.82 arasında değiştiği görülmektedir.

Yapılan geçerlilik analizlerinde HYHDÖ'nün orijinal ölçekteki gibi beş faktörlü yapı göstermediği görülmüştür.

HYHDÖ'nün orijinal dili Japonca'dır ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Japonya'daki hemşirelere uygulanan anketler sonucunda yapılan analizlerle ortaya konmuştur. HYHDÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise ölçeğin yazarları tarafından oluşturulan İngilizce metin kullanılmıştır. Çevirilerin ölçeğin orijinal dilindeki anlamı tam olarak karşılayamaması, ölçeğin orijinalinin İngilizce geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmamış olması, kültürel farklılıklar ölçeğin farklı bir faktör yapısı göstermesine sebep olarak gösterilebilir.

### İç Tutarlılık Analizleri

Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğine baktığımızda madde-toplam puan korelasyon değerlerinin 0.51 ile 0.84 arasında değiştiği gözlenmektedir. Herhangi bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayısı çok düşüğe ya da negatifse maddenin ölçekte gereksiz olduğu ve ölçekten çıkarılması gerektiği yorumu yapılabilir. Kaba bir yaklaşımla katsayının 0.30'dan büyük olması istenen bir durumdur<sup>26</sup>. Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinde maddelerin hepsinin madde-toplam puan korelasyonu 0.30'dan büyüktür. Bu durum ölçek maddelerinin güvenilirlik açısından uygun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin madde analizlerini yaparken madde-toplam puan korelasyonu dışında maddenin ölçekten çıkarılması durumunda güvenilirlik katsayısının değişimi de incelenir. Madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı ölçeğin tümü için hesaplanan alfa katsayısından büyükse "maddenin güvenilirliği azalttığı ve ölçekten çıkarılması gerektiği" şeklinde yorumlanır<sup>26</sup>. Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğindeki maddeler ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısının değişimine baktığımızda hesaplanan değer artmadığı görülmektedir. Bu durum ölçek maddeleri arasındaki iç tutarlılığın yüksek olduğunu göstermektedir ve ölçek maddelerinin hiçbirisi ölçekten çıkarılmamıştır.

Ölçek geçerlilik güvenilirliklerinde farklı iç tutarlılık güvenilirlik saptama yöntemleri kullanılmaktadır. Test yarılama yöntemi bunlardan biridir. Ölçeğin her iki yarısının birbirine paralel olduğu varsayımı üzerine kuruludur; yani her iki yarının ortalama ve varyanslarının eşit olduğunu kabul eder. Sonuçta elde edilen güvenilirlik katsayısına "eşdeğer iki yarı güvenilirliği" denir. Eğer ölçek tek boyuttan oluşuyorsa ölçeğin tümü için uygulanabilir ya da ölçeğin alt boyutları varsa her alt boyut için kendi içinde bir bütün olarak kabul edilip alt boyutlar için de uygulanabilir<sup>27</sup>. Ölçeğin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısını elde etmek için Spearman-Brown tarafından geliştirilen bir eşitlikten yararlanılmaktadır<sup>27</sup>.

Geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinde 1-16 madde birinci yarıyı (18a), 17-36 madde ikinci yarıyı (18b) oluşturmuştur. Her iki yarıya ait Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmış, ilk yarıya ait Cronbach Alfa katsayısı 0.95 ikinci yarıya ait Cronbach Alfa katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur. İki yarı arasındaki korelasyon değeri 0.84'tür. Gutmann Split-Half ve Spearman-Brown testlerinin sonuçları ise 0.91'dir. Bu durum HYHDÖ'nin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı (r) hesaplanır<sup>21</sup>. Cronbach Alfa katsayısı bir ölçekte maddelere verilen cevapların ikiden fazla seçeneği olması durumunda soruların birbiri ile benzerliğini, yakınlığını ortaya koyan katsayıdır. Literatürde, Cronbach Alfa değerine farklı yaklaşımlar mevcuttur. Genel olarak Alfa değerinin 0.70'den büyük olması istenen bir durumdur, 0.50'den küçük olması kabul edilemez. Bazı kaynaklarda alt sınır 0.40 olarak ifade edilmektedir<sup>21,26,28</sup>. Bu çalışmada Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.98 olarak bulunmuştur. Ayrıca, ölçeğin tüm alt boyutlarına ait Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır. Bu değerler 'Etik Odaklı Hemşirelik Bakımı ve Mesleki Gelişim' alt boyutu için 0.98; 'Hemşirelik Eğitimi ve Yönetimi' alt boyutu için 0.93 ve 'Genel Yetenek' alt boyutu için 0.90 olarak bulunmuştur. HYHDÖ'nin genel ve tüm alt boyutlarında Cronbach Alfa değerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yapılan diğer güvenilirlik analizleri de (madde puanlarının tanımlayıcı özellikleri, test yarılama analizi) HYHDÖ'nin güvenilirliğinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda Hemşirelik Yeterliliğini Holistik Değerlendirme Ölçeğinin Türk toplumu için hemşirelerin yeterliliğini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırma sonucuna göre; bu ölçeğin farklı kurum ve kliniklerde çalışan hemşirelerce kullanılması, bu ölçekle hemşirelerin yeterliliğinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve sonuçların karşılaştırılması önerilmektedir. Ayrıca, yeterliliği değerlendiren farklı ölçme araçlarının geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması ve en uygun ölçme aracının belirlenmesi ile hemşirelerin yeterliliğini etkileyen faktörlerin belirlenebileceği düşünülmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (14-06-2016/882). Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerden yazılı izin alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu araştırma yüksek lisans tez çalışması olup Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından ASYO-16004 proje numarası ile desteklenmiştir.

**Katılımcı Onamı:** Araştırmaya katılan hemşirelere çalışmanın amacı anlatılmış, çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine bağlı kalınmış ve çalışmaya katılanlardan sözel onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: GT, ES

Veri Toplama: ES

Veri Analizi: GT, ES

Makale Yazımı: ES, GT

**Teşekkür:** Teşekkür: Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli maddi desteği sağlayan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne, istatistiksel analizlerde bilgi ve görüşleriyle katkıda bulunan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'na, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmasına izin veren Takase ve Teraoka'ya, ölçeğin çevirisine katkıda bulunan tüm uzmanlara, araştırmanın yürütüldüğü hastanenin yöneticilerine ve yoğun çalışma saatlerine rağmen zaman ayırıp araştırmaya katılan tüm hemşirelere katkılarından dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from the Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Adnan Menderes University (14-06-2016/882). Written permission was obtained from the hospitals where the study was conducted.

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

**Funding:** This research is a master's thesis study supported by Aydın Adnan Menderes University Scientific Research Projects Unit (Project Number: ASYO-16004).

**Exhibitor Consent:** The purpose of the study was explained to the nurses participating in the study, adherence to the principle of volunteering was included in the study, and verbal consent was obtained from the participants.

**Author contributions**

Study design: GT, ES

Data collection: ES

Data analysis: GT, ES

Drafting manuscript: ES, GT

**Acknowledgement:**

We would like to thank Aydın Adnan Menderes University Scientific Research Projects Unit, which provides the financial support necessary for the realization of the research, Ege University Faculty of Medicine Department of Biostatistics and Medical Informatics, which contributes their knowledge and opinions in statistical analysis, Takase and Teraoka, which allowed the validity and reliability of the scale in Turkish, to all experts who contributed to the translation of the scale, the managers of the hospital where the research was carried out and to all nurses who took their time and participated in the study despite their busy working hours.

## KAYNAKLAR

1. Jasper M. New nursing roles- implications for nursing management. Journal of Nursing Management 2005;13:93-96.
2. World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professional education and training. Policy Brief on Regulation of Health Professions Education [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi 15 Kasım 2018]. Erişim adresi: <http://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads>.
3. Kendall-Gallagher D, Blegen MA. Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. American Journal of Critical Care 2009;18(2):106-16.
4. Benner P. Issues in competency-based testing. Nursing Outlook 1982;30(5):303-09.

5. While AE. Competence versus performance: Which is more important? *Journal of Advanced Nursing* 1994;20:525-31.
6. Nagelsmith L. Competence: An evolving concept. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 1995;26(6):245-48.
7. Del Bueno DJ. Evaluation: Myths, mystiques, and obsessions. *Journal of Nursing Administration* 1990;20(11):4-7.
8. Del Bueno DJ, Weeks L, Brown-Stewart P. Clinical assessment centers: A cost-effective alternative for competency development. *Nursing Economics* 1987;5(1):21-26.
9. Gurvis JP, Grey MT. The anatomy of a competency. *Journal of Nursing Staff Development* 1995;11:247-52.
10. Westera W. Competences in education: A confusion of tongues. *Journal of Curriculum Studies* 2001;33(1):75-88.
11. WHO. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. *Nursing & Midwifery Human Resources for Health* 2009;8-29.
12. Messick S. The psychology of educational measurement. *Journal of Educational Measurement* 1984;3(21):215-38.
13. Karahan A, Kav S. Hemşirelikte mesleki yetkinlik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.* 2018;5(2):76-84.
14. Yüceer S, Demir SG. Yoğun bakım ünitesinde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları. *Dicle Tıp Derg.* 2009;36(3):226-32.
15. Güleser GN, Taşçı S. Onkolojide sık kullanılan santral venöz kateterleri ve bakımı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Derg.* 2009;23(1):47-51.
16. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg.* 2011;4(1):102-09.
17. İspir Ö, Duygulu S. Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol kavramı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg.* 2018;15(3):181-85.
18. Erbil N, Bakır A. Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Derg.* 2009;6(1):290-02.
19. Takase M, Teraoka S. Development of the holistic nursing competence scale. *Nursing and Health Sciences* 2011;13:396-03.
20. Aydın A, Hiçdurmaz D. Holistic nursing competence scale: Turkish translation and psychometric testing. *Int Nurs Rev.* 2019 Sep;66(3):425-33.
21. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1. Basım. Ankara:Seçkin Yayıncılık; 2005.
22. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. In:15. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabı; 2005; 1-6.
23. Erkuş A. Psikometri Üzerine Yazılar. 1. Basım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2003.
24. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg.* 2003;1:3-14.
25. Yaşlıoğlu M.M. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Derg.* 2017;46:74-85.
26. Şenocak M. Temel Kavramlar ve Klinik Biyoistatistik. 1. Basım. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri; 2009.
27. Aker S, Dünder C, Pekşen Y. Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve güvenilirlik. *OMÜ Tıp Derg.* 2005;22(1):50-60.
28. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 3.Basım. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2006.

## Araştırma makalesi

## Research article

## Health Science Students' Readiness for Interprofessional Education and Affecting Factors

Kevser ÖZATA<sup>1</sup>, Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study is to determine health sciences students' readiness for interprofessional education and affecting factors.

**Material and Methods:** The design of this study is descriptive and comparative. The study sample consisted of 561 students from 11 departments [Nutrition and Dietetics, Child Development, Speech and Language Therapy, Dentistry, Pharmacy, Occupational Therapy, Physiotherapy and Rehabilitation, Nursing, Audiology, and Medicine (Turkish/English)] of a public university in Ankara. The data were collected with the Socio-demographic Questionnaire and the Readiness for Interprofessional Learning Scale. Numbers, percentage, mean, median, t-test, Mann-Whitney U, and Kruskal-Wallis tests were used for data analyses.

**Results:** The students had a median (min.-max.) Readiness for Interprofessional Learning Scale score of 73.0 (30-95). Students' readiness for interprofessional education significantly differed by department ( $p<0.01$ ), mother's education level ( $p<0.01$ ), willingness to take classes with students from other departments ( $p<0.01$ ), and previous hospitalization ( $p=0.04$ ).

**Conclusion:** Health science students' readiness for interprofessional education was high. The readiness of students was affected by departments and some socio-demographic characteristics of students. Further qualitative and mixed-method research should be conducted to provide more in-depth insight into the reasons for these effects.

**Keywords:** Health care, interdisciplinary, interprofessional education, multidisciplinary, student

## ÖZ

**Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim Gören Öğrencilerin Mesleklerarası Eğitime Hazırbulunuşluklarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**

**Amaç:** Bu çalışmada sağlık bilimleri alanında eğitim gören öğrencilerin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluklarını belirlemek ve hazırbulunuşluk düzeyleri üzerinde etkisi olabilecek değişkenleri incelemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın deseni tanımlayıcı ve karşılaştırmalıdır. Araştırmaya Ankara'daki bir devlet üniversitesinin 11 bölümünde [Beslenme ve Diyetetik, Çocuk Gelişimi, Dil Konuşma Terapisi, Diş Hekimliği, Eczacılık, Ergoterapi, Fizyoterapi, Hemşirelik, Odyoloji, Tıp (Türkçe/ İngilizce)] eğitim gören 561 öğrenci katılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerden veri toplamak için Sosyodemografik Özellikler Soru Formu ve Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizlerinde sayı, ortalama, ortanca, t testi, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluk Ölçeği ortanca (min-max) değeri 73 (30-95) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan öğrencilerin bölümlerine ( $p<0.01$ ), anne eğitim düzeylerine ( $p<0.01$ ), diğer bölümdaki öğrencilerle birlikte ders almaya isteklilik ( $p<0.01$ ) ve daha önce hastanede yatma durumlarına ( $p=0.04$ ) göre mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur.

**Sonuç:** Sağlık bilimleri alanında eğitim gören öğrencilerin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeyleri yüksektir. Öğrencilerin hazır bulunuşlukları, bölümlerinden ve bazı sosyodemografik özelliklerinden etkilenmektedir. Bu faktörlerin altında yatan nedenlerin derinlemesine anlaşılması için nitel ve karma desen çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık bakımı, interdisipliner, mesleklerarası eğitim, multidisipliner, öğrenci

<sup>1</sup> Res. Assist. Hacettepe University Nursing Faculty, Fundamentals of Nursing Department, Ankara, Turkey, E-mail: kevserozata@hacettepe.edu.tr, Phone Number: +90 312 305 15 80, ORCID: 0000-0001-6649-8962

<sup>2</sup> Assist. Prof. Hacettepe University Nursing Faculty, Fundamentals of Nursing Department, Ankara, Turkey, E-mail: senay.sarmasoglu@hacettepe.edu.tr, Phone Number: +90 312 305 15 80, ORCID: 0000-0001-9220-5959

\* This study was presented as an oral presentation at the 3<sup>rd</sup> International Health Science Congress held in Ankara on 29 November - 1 December 2018.

Geliş Tarihi: 08 Temmuz 2020, Kabul Tarihi: 14 Aralık 2020

**Atıf/Citation:** Ozata K, Kiliçier Sarmasoglu S. Health Science Students' Readiness for Interprofessional Education and Affecting Factors. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing 2021;8(1):51-57. DOI: DOI: 10.31125/hunhemsire.906946

## INTRODUCTION

Health science students should be professionally competent and cooperate with other health care professionals to provide quality health care<sup>1,2</sup>. However, students have limited opportunities to get to know and interact with other students in structured educational programs before they enter professional life. Health care professionals with limited communication and interaction have difficulty getting to know each other, obtaining knowledge of each other's tasks, and cooperating, resulting in a prolonged hospital stay and increased health care costs<sup>1,3-6</sup>. It is becoming increasingly important to reorganize education programs in such a way as to compensate for the shortcomings in the health care system and to improve the interaction between students before they build professional identities or walls. The World Health Organization (WHO)<sup>1</sup> states that interprofessional education (IPE) is the best way to increase cooperation and interaction among students.

IPE improves cooperation between health care professionals, and it also offers many benefits for patients, students, health care professionals, and the health system. Effective communication and collaboration among health care professionals increase patients' safety and quality of care, positively effect patient outcomes and reduce hospital stay and costs, resulting in an improvement in the quality of life of patients<sup>1,7</sup>. Cooperation and interaction improve the professional knowledge and communication skills of health care professionals<sup>1,8</sup>. Effective communication and cooperation also help health care professionals to cope with problems<sup>8,9</sup>. The IPE has attracted significant attention worldwide as it has many advantages, and it has been encouraged by WHO. It is also considered an indicator of the quality of the curricula of higher education institutions<sup>10-12</sup>. Despite all these positive developments and international incentives, IPE has been integrated into the health sciences curricula in a limited number of developed countries<sup>1,13-15</sup>. Both educators and students need to determine the demands and readiness of students to ensure the successful implementation and sustainability of the programs and activities for IPE. Knowing the readiness levels of the students ensures that the needs of the students are taken into consideration during the organization of the education programs, and also, it increases students' awareness about interprofessional education<sup>16</sup>.

Although pilot studies (not addressed in the WHO report) on IPE have become widespread in recent years in Turkey, a structured education program including all health science students has not yet been developed. However, the accreditation standards stipulate that the students of different health departments should be trained together<sup>12</sup>. The Higher Education Council (HEC, 2004)<sup>17</sup> has IPE standards regarding higher education programs, and the Scientific and Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) funds researchers in the field. Despite the support and encouragement, the pilot study conducted by Hacettepe University is the only study on IPE in Turkey to date<sup>18-19</sup>. IPE activities are applied by a limited number of countries as there are some problems regarding its

planning, integration, and sustainability<sup>20</sup>. The most common issues are timing, the difference in students' competence, limited financial means, lack of state support, time constraints of teaching staff, and differences in status, power, and prestige among health science students' groups<sup>19,21</sup>. The elimination of these problems through an efficient management process and students' willingness and readiness to get to know other health care professionals and receive training with them ensure successful activities.

Students should have a high level of readiness to be able to benefit from IPE activities. Students with high readiness are more likely to collaborate and more willing to participate in IPE activities. Therefore, they encourage other students and contribute to a positive learning environment. Students' readiness for IPE and individual, environmental, educational, and sociocultural factors affecting it should be determined so that educators can consider the students' needs while preparing curricula and raise their awareness. There are numerous studies on health science students' readiness for IPE<sup>22-30</sup>. Zorek et al. (2014) conducted a descriptive study to develop interprofessional readiness measurement tools<sup>29</sup>. Mafinejad Ahmady, Arabshahi and Bigdeli (2013) and Milutinovic, Lovric and Simin (2018) reported that students' readiness for IPE differed by age, gender, and grade level<sup>2,30</sup>.

Although previous studies have determined how readiness for IPE differs across health science student populations, those included only a limited group of students in the samples<sup>22-28</sup>. Moreover, there are no studies that investigated the Turkish students' readiness for IPE. IPE allows students to study together and get to know each other for making positive contributions to long-term health outcomes and professional growth. It should, therefore, be included in the training programs of future health care professionals. Students' willingness and readiness for IPE programs and activities should be determined to ensure successful planning, implementation, and sustainability. IPE is a new concept for Turkey, and this is the first study investigating health sciences students' readiness for IPE and socio-demographic characteristics affecting it.

### Aim

The aim of this study was to investigate health sciences students' readiness for IPE and affecting socio-demographic characteristics.

## MATERIAL and METHODS

### Study Design

A descriptive and comparative study design was used in this study.

### Study Sample

The study population consisted of 1547 students. No sampling technic was used, and all students were invited to participate. Students who voluntarily agreed to participate in the study and completed the instruments were the sample of the study. The study sample consisted of 561 students of the Departments of Nutrition and Dietetics (57), Child Development (30), Speech and Language Therapy (33), Occupational Therapy (25), Physiotherapy and Rehabilitation (38), Audiology (30), Dentistry (39), Pharmacy

(43), Nursing (116), and Medicine (150) [English (48) and Turkish (102)]. The power analysis revealed power to be 0.939, indicating that the sample size was large enough (0.9-1). Health sciences students who participated in clinical practice for at least three weeks as part of the first vocational courses were included in the study.

#### Data Collection Tools

Data were collected using a Socio-demographic Questionnaire and the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). The Socio-demographic Questionnaire consisted of 27 questions developed by the researchers to elicit information on students' sociodemographic characteristics (age, gender, parental education level, previous hospitalization status, etc.) and teamwork experiences and factors that might affect their readiness for IPE.

The RIPLS was developed by Parsell and Bligh (1999)<sup>31</sup> and revised by McFadyen et al. (2005)<sup>32</sup>. The scale consists of 19 items and three subscales ("teamwork and cooperation", "professional belonging" and "roles and responsibilities"). Items are scored on a 5-point Likert scale (1= "Strongly Disagree" to 5= "Strongly Agree"), with the lowest score 19 and the highest score 95. A higher score on the scale means a higher readiness for IPE. The RIPLS was adapted to the Turkish language, and its validity and reliability were established by Onan et al. who reported the Cronbach's alpha coefficient as .87 (2017)<sup>33</sup>. In this study, Cronbach's alpha coefficient was .81. For the subscales were teamwork and collaboration ( $\alpha=.87$ ), professional identity ( $\alpha=.53$ ), and roles and responsibilities ( $\alpha=.41$ ).

#### Data Collection

The study was conducted between September 2017- May 2018. First, the instructors of the first vocational courses were contacted and informed about the study. Dates were set together with the instructors in a way that students attended the 3-week clinical practice. The data collection locations were classrooms or hospital meeting rooms where the students would feel comfortable and complete the data collection tools on time. Students were informed about the purpose of the study before data collection by researcher. Written informed consent was obtained from those who agreed to participate. They were also informed about how to complete the data collection tools. The researcher was present during the administration of the data collection tools to answer any questions. The data collection lasted for 15 minutes.

#### Data Analysis

Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (IBM, SPSS, version 21) at a significance level of 0.05. Descriptive analyses were presented using median (min and max) and tables of frequencies for variables and the ordinal variables. T-test was used for normally distributed data (willingness to take classes with students of other departments). As the RIPLS scores were not normally distributed, the Kruskal Wallis tests were conducted to compare scores according to departments and their mother education levels. Mann-Whitney U test was used willingness to take classes with students from other

departments and previous hospitalization. The Mann-Whitney U test was performed to test the significance of pairwise differences using Bonferroni correction to adjust for multiple comparisons.

#### Ethical Considerations

The study was approved by the Non-Interventional Clinical Studies Ethics Committee of the Hacettepe University (Approval No: 16969557-1294). Written permission was obtained from Onan to use the RIPLS-TR in this study and also from the faculties and departments to conduct the study. Written informed consent was obtained from the students for participation.

#### Limitations

A major limitation of this study is that the Cronbach's alpha coefficient values of the subscales "professional identity" ( $\alpha=.53$ ) and "roles and responsibilities" ( $\alpha=.41$ ) of the RIPLS-TR were low in this study.

## RESULTS

Table 1. Socio-demographic characteristics of students

Socio-demographic Characteristics	Number	%
Age (n= 553)	Mean= 21.69	
Gender (n= 560)		
Female	127	22.6
Male	433	77.4
Longest be living place (n= 560)		
Village	41	7.3
Province	380	67.9
County	139	24.8
Family type (n=559)		
Extended Family	69	12.3
Nuclear family	473	84.6
Fragmented family	17	3.1
Mothers' Education (n=561)		
Primary education	247	44.0
High School	135	24.1
University	136	24.2
Others*	43	7.7
Fathers' Education		
Primary education	165	29.5
High School	136	24.3
University	247	44.2
Others*	11	2.0
Mothers' profession (n=560)		
Housewife	330	58.9
Worker	24	4.3
Officer	81	14.5
Retired	51	9.1
Other**	74	13.2
Fathers' Profession (n=559)		
Not working	63	11.3
Worker	163	29.2
Officer	187	33.4
Retired	80	14.3
Other**	66	11.8
Income Rate n= (555)		
Equal to income	336	60.5
Less than income	98	17.7
Income more than expense	121	21.8
Taking care status as an inpatient (n=558)		
Take care	249	44.6

\* There are mothers who are illiterate, literate, and have a master's degree

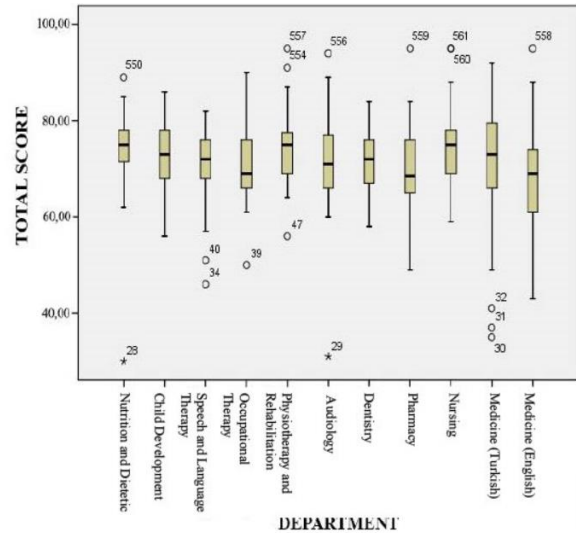
\*\* Professions was not specified by the student

**Table 1. Socio-demographic characteristics of students (continues)**

Not to take care	309	55.4
<b>Duration of taking care as an inpatient (n= 109)</b>		
1-3 days	74	67.9
4-7 days	18	16.5
8+ days	17	15.6
<b>Hospitalization as a Companion (n=557)</b>		
Accompanied	178	32.0
Not to accompanied	379	68.0
<b>Duration of hospitalization as a companion (n=82)</b>		
1-5 days	70	85.4
6+ days	12	14.6

A total of 561 students from 11 departments participated in this study. Table 1 shows the findings regarding the socio-demographic characteristics of the students. The majority of the sample (77.3%) consists of female students, and 71% are between 21 and 24 years old. More than half (67.9%) of the students lived in the city for the longest time, and 84.6% had a nuclear family. The mothers of 44% of the students are primary school graduates, and 58.9% are housewives. Approximately half of the students' fathers (44.2%) are university graduates, and 1/3 (33.4%) are retired. More than half of the students (60.5%) think that their income is equal to their expenses. The number of students who take inpatient care (44.6%) and the number of students who are never hospitalized (55.4%) are close to each other. It was found that 67.9% of the inpatient students had a stay of 1-3 days. Approximately 1/3 (32.0%) of the students stayed at the hospital as a companion, and 85.4% of these students stated their stay as 1-5 days. Students had a median RIPLS score of 73.0, with the lowest and highest scores being 30 and 95, respectively. Nursing, Nutrition and Dietetics, Physiotherapy, and Rehabilitation students had the highest median RIPLS score (75.0), whereas pharmacy students had the lowest (68.5) RIPLS score. There was a statistically significant difference in readiness for IPE levels between Nutrition and Dietetics students (75.0) and Medicine (English) students (69.0) ( $p=0.01$ ) (See Graph 1).

Students' RIPLS scores significantly differed by mother's education level, and willingness to take classes with students of other departments and hospitalization. Students whose mothers had a primary (73.0) or high school degree (73.0) had significantly higher median RIPLS scores than those whose mothers had a bachelor's degree (70.0) (primary/college  $p=0.03$ ; high school/university  $p<0.01$ ). Students who were willing to take classes with other students (75.0) had a significantly higher median RIPLS score than those who were not (69.0) ( $p<0.01$ ). Students who didn't have a previous hospitalization (73) had a significantly higher median RIPLS score than those who had (72.0) ( $p=0.04$ ) (See Table 1.). The students' RIPLS scores did not differ by age, gender, place of residence, family type, father's education level, parents' occupations, duration of the previous hospitalization, being a carer at the hospital, and duration of being a carer at the hospital ( $p>0.05$ ).



**Graph 1. Box-Plot Graph of Students' RIPLS Total Score Distributions According to Departments**

**Table 2. Factors Affecting Students' Readiness for Interprofessional Education**

	Median	Min – Max	p
<b>Mothers' education level (n= 561)</b>			
Primary School	73.0	30 – 90	<b>0.00</b>
High School	73.0	37 – 95	
University	70.0	31 – 95	
Others*	72.0	56 – 95	
<b>Hospitalization (n= 558)</b>			
Yes	72.0	31 – 95	<b>0.04</b>
No	73.0	30 – 95	
<b>Willingness to take classes with others (n=539)</b>			
Yes	75.0	30 – 95	<b>0.00</b>
No	69.0	35 – 95	

\* There are mothers who are illiterate, literate, and have a master's degree

## DISCUSSION

This study investigated health sciences students' readiness for IPE and affecting factors. The students had high median RIPLS scores significantly affected by students' department, mother's education, receiving care as a patient during the previous hospitalization, and willingness to take classes with students of other departments. In the literature, there are different results related to health sciences students' readiness levels for IPE<sup>26,28,34</sup>. Judge, Polifroni, and Zhu (2015) reported a significant difference in readiness for IPE among dentistry, dietetics, medical, nursing, pharmacy, and physiotherapy students, where the medical students have the lowest score<sup>26</sup>. Lestari et al. (2016) also reported a significant difference in readiness for IPE among medical, nursing, midwifery, and dentistry students, where the medical students have the highest and the nursing students the lowest scores<sup>28</sup>. In our study, nursing, nutrition and dietetics, and physiotherapy students had the highest median RIPLS score, whereas pharmacy, occupational therapy, and medical students (English) had the lowest.



There was a statistically significant difference in readiness for IPE between nutrition and dietetics students and medicine (English) students (See Graph 1.). The differences between departments may be due to the social images of the professions, the cultures of the departments, and the attitudes of their educators toward other professions.

Students whose mothers had low levels of education had significantly higher RIPLS scores than those whose mothers had high education levels. Although culture is regarded as a factor affecting IPE practices<sup>35</sup>, no study has discussed the effect of parents' education on students' readiness for IPE. Although women are becoming increasingly visible in professional life, the Turkish society still shows patriarchal characteristics. As a consequence, mothers have more responsibility for child-rearing tasks than fathers do. Owing to gender roles, mothers have a greater impact on their children's acculturation in Turkey. Therefore, mothers' perceptions, education, and the environment they live in might affect their children's perceptions of and attitudes toward IPE. The mothers' impact on children's readiness for IPE might be the smaller scale reflection of the sociocultural dynamics of societies.

Students who had been hospitalized before had a significantly lower median RIPLS score than those who were not (See Table 2.). The duration of hospital stay did not affect their RIPLS scores. Hospitalization adversely affected participants' readiness for receiving training with other health care professionals. Although interprofessional communication and cooperation are becoming increasingly important nowadays, it is still difficult to see ideal medical teams providing health care. Patients are an essential component of health care teams, but they also interact with health care professionals individually or as a team. Therefore, our results regarding the adverse effect of hospitalization on participants' readiness for IPE may be a warning sign of the presence of a chronic problem concerning health care professionals' perceptions of and attitudes toward patients.

Students willing to take classes with other students (75.0) had a significantly higher median RIPLS score than those who were not (See Table 2.). This result suggests that encouraging students to study or take classes with students from other departments may create an opportunity to know each other better, which positively affects their perceptions of IPE. In this study, no significant difference was found between the RIPLS scores of students according to their gender. While Keshtkaran, Sharif, and Rambod (2014) reported no differences in RIPLS scores between genders<sup>34</sup>, Talwalkar et al. (2016)<sup>24</sup> and Judge et al. (2015)<sup>26</sup> reported differences between genders in RIPLS scores. Wong et al. (2017) reported that female students had higher RIPLS scores than male students<sup>23</sup>. The similarity in students' readiness levels of IPE according to gender might be because of the relatively low number of male students in this study.

## CONCLUSION

Health sciences students' readiness for IPE is high and differs by the department, mother's education, hospitalization, and willingness to take classes with students of other departments. Especially the negative effect of mothers' high education level on their children's willingness for cooperation warrants further research. Courses on IPE and health care team collaboration should be included in the curricula. IPE activities are crucial for health science students to improve their attitudes toward other professions, but activities such as continuing education that may enhance interprofessional collaboration among health care teams are also important to provide a collaborative atmosphere for patients and students in real health care settings. To prepare students to learn from, with and about each other, universities and departments should take responsibility and offer unconstructed (e.g., shared cafeterias, sport activities) or constructed (e.g., courses, scientific events) interaction opportunities for students from different professions.

**Etik Kurul Onayı:** Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. (Tarih: 24.08.2018 ve Sayı No: 16969557-1294).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Öğrencilerden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

**Yazar katkıları**

Araştırma dizaynı: KÖ, ŞSK

Veri toplama: KÖ, ŞSK

Literatür araştırması: KÖ, ŞSK

Makale yazımı: KÖ, ŞSK

**Teşekkür:** Bu çalışmaya katılan tüm öğrencilere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from the Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee of Hacettepe University (Date: 24.08.2018 and Number: 16969557-1294).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Written informed consent was obtained from students.

**Author contributions**

Study design: KO, SSK

Data collection: KO, SSK

Literature search: KO, SSK

Drafting manuscript: KO, SSK

**Acknowledgement:**

We would like to thank all students who participated in this study.

## REFERENCES

1. World Health Organization. Framework for action interprofessional education and collaborative practise. World Health Organization, Department of Human Resources for Health, Geneva; 2010.
2. Milutinović D, Lovrić R, Simin D. Interprofessional education and collaborative practice: psychometric

- analysis of the readiness for Interprofessional Learning Scale in undergraduate Serbian healthcare student context. *Nurse Education Today*. 2010;65:74-80.
3. Institute of Medicine (IOM). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. 2010.
  4. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, Madularu I, Solomon P, Thistlethwaite J. Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical Education*. 2010;44(1):64-74.
  5. Lawlis T, Wicks A, Jamieson M, Haughey A, Grealish L. Interprofessional education in practice: evaluation of a work integrated aged care program. *Nurse Educ Pract*. 2016;17:161-6.
  6. Harden RM. Interprofessional education: the magical mystery tour now less of a mystery. *Anat Sci Educ*. 2015;8(4):291-5.
  7. Timmermans S, Oh H. The continued social transformation of the medical profession. *J. Health Soc. Behav*. 2010;51:94-106.
  8. Woermann U, Weltsch L, Kunz A, Stricker D, Guttormsen S. Attitude towards and readiness for interprofessional education in medical and nursing student of Bern. *GMS Journal for Medical Education*. 2016;33(5).
  9. Ahmad MI, Chan SW, Wong LL, Tan ML, Liaw SY. Are first year healthcare undergraduates at an Asian University ready for interprofessional education? *Journal of Interprofessional Care*. 2013;4:341-3.
  10. The Canadian Council for Accreditation of Pharmacy Programs. *Accreditation standards for the first professional degree in pharmacy programs*. Canada; 2014.
  11. Committee on accreditation of Canadian Medical Schools. *Standards for accreditation of medical education programs leading to the M.D. degree*. Canada; 2015.
  12. Association for evaluation and accreditation of nursing education programs (HEPDAK). Turkey; 2013.
  13. Saini B, Shah S, Kearey P, Bosnic-Anticevich S, Grootjans J, Armour C. An interprofessional learning module on asthma health promotion. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2011;75(2):30.
  14. Aase I, Aase K, Dieckmann P. Teaching interprofessional teamwork in medical and nursing education in Norway: A content analysis. *Journal of Interprofessional Care*. 2013;27(3):238-45.
  15. Badrawi N, Hosni S, Rashwan M. *National academic reference standards (NARS): Medical (Draft)*. 2nd ed. Egypt: National Authority for Quality Assurance and Accreditation in Education (NAQAAE). 2017.
  16. Dener H. *A Comparison of readiness levels of Hacettepe University physicians, nurses and medical and nursing students on interprofessional learning [Master thesis]*. Ankara: Hacettepe University; 2015.
  17. Council of Higher Education. (2014). *Graduate education and teaching regulations*. Date of Official Newspaper: 20.04.2016: 29690.
  18. Kınıklı GI, Erden Z, Elçin M. Awareness of the physiotherapy profession in patient safety and interprofessional cooperation in health sciences: SWOT analysis. *Hacettepe University Journal of Faculty of Health Sciences*. 2015;2(1):13-21.
  19. Sarmasoğlu Ş, Elçin M, Masiello İ. Experiences of educator on successful interprofessional education programs: The Case of Karolinska Institute. *Hacettepe University Journal of The Nursing Faculty*. 2018;5(1):14-28.
  20. Dunston R, Forman D, Rogers G, Thistlethwaite J, Yassine T, Hager J et al. *Curriculum renewal for interprofessional education in health*. Centre for Research in Learning and Change, University of Technology, Sydney. 2014.
  21. Abu-Rish E, Kim S, Choe L, Varpio L, Malik E, White AA, and et al. Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. *J Interprof Care*. 2012;26(6):444-51.
  22. Nazar H, Obara I, Paterson A, Nazar Z, Portlock J, Husband A. Consensus approach to investigate undergraduate pharmacy students' experience of interprofessional education. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2017;81(2):26.
  23. Wong AKC, Wong FKY, Chan LK, Chan N, Ganotice FA, Ho J. The effect of interprofessional team-based learning among nursing students: A quasi experimental study. *Nurse Education Today*. 2017;13-18.
  24. Talwalkar JS, Fahs DB, Kayingo G, Wong R, Jeon S, Honan L. Readiness for interprofessional learning among healthcare professional students. *International Journal of Medical Education*. 2016;3:248-52.
  25. Mahler C, Rochon R, Karstens R, Szecsenyi J, Hermann K. Internal consistency of the readiness for interprofessional learning scale in German health care students and professionals. *BMC Medical Education*. 2014;14:145.
  26. Judge MP, Polifroni EC, Zhu S. Influence of student attributes on Readiness for Interprofessional learning across multiple healthcare disciplines: identifying factors to inform educational development. *International Journal of Nursing Sciences*. 2015;2:248-52.
  27. Maharajan MK, Rajiah K, Khoo SP, Chellappan DK, Alwis RD, Chui HC, and et al. Attitudes and readiness of students of healthcare professions towards interprofessional learning. *Plos One*. 2017;2(1):e0168863.
  28. Lestari E, Stalmeijer RE, Widyandana D, Scherpier A. Understanding students readiness for interprofessional learning in an Asian context: A mixed-methods study. *BMC Medical Education*. 2016;16:179.
  29. Zorek JA, Blaszczyk AT, Haase MR, Raehl CL. Practice site readiness for interprofessional education (PRIPE): instrument development and pilot study.

- Currents in Pharmacy Teaching and Learning. 2014;1:32-40.
30. Mafinejad MK, Ahmady S, Arabshahi SKS, Bigdeli S. Effective factors in the design and implementation of the interprofessional education from the faculty members' perspective: A qualitative study. Res Dev Med Educ. 2013;2(1):25-30.
  31. Parsell G, Bligh J. Interprofessional learning. Postgraduate Medical Journal. 1998;74:89-95.
  32. McFadyen AK, Webster V, Strachan K, Figgins E, Brown H, Mckechnie J. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: a possible more stable sub-scale model for the original version of RIPLS. Journal of Interprofessional Care. 2005;19(6):595-603.
  33. Onan A, Turan S, Elcin M, Simsek N, Deniz KZ. A test adaptation of the modified Readiness for Inter-professional Learning Scale in Turkish. Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research. 2017;51(2):207-15.
  34. Keshtkaran Z, Sharif F, Rambod M. Students' readiness for and perception of inter-professional learning: a cross-sectional study. Nurse Education Today. 2014;34(4):991- 8.
  35. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. Journal of Interprofessional Care. 2011;25:98-104.

## Araştırma makalesi

## Research article

## Hemşirelik Öğrencilerinde Eğitim Stresi Algısı ile İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Gülşah KÖSE<sup>1</sup>, Hatice AYHAN<sup>2</sup>, Sevinç TAŞTAN<sup>3</sup>, Emine İYİGÜN<sup>4</sup>, Ayşe Nur ÖZÇAKIR<sup>5</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin eğitim ile ilgili algıladıkları stres ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Mart-Nisan 2016 tarihleri arasında 258 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması için Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği ve İnternet Bağımlılığı Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Test ve Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması 20.87±0.95'dir. Öğrencilerin Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği toplam puan ortalaması 55.17±15.01 olup, ölçeğin alt boyutları olan uygulama stresi puan ortalaması 27.64±7.83, akademik stres puan ortalaması 27.51±7.82 ve İnternet Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması 34.29±12.26'dır. Uygulama ve akademik stres alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu, Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği ile İnternet Bağımlılığı Ölçeği arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırmadan elde edilen sonuçlar, öğrencilerin hemşirelik eğitimi ile ilgili orta derecede stres algıladıkları, internet bağımlılığının olmadığı, bağımlılık riskinin ise düşük oranda olduğunu göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Bağımlılık, hemşirelik, internet, öğrenci, stres

## ABSTRACT

**The Relationship between Perceived Education Stress and Internet Addiction among Nursing Students**

**Aim:** This study aims to investigate the relationship between perceived education stress and internet addiction among nursing students.

**Material and Methods:** This descriptive study was conducted with 258 students between March and April 2016. Data were collected by using Nursing Education Stress Scale and Internet Addiction Scale. Mann Whitney U test, Kruskal Wallis, and Spearman Correlation tests were used for statistical evaluation of the data.

**Results:** The average age of students is 20.87 ± 0.95. The mean scores of the students on the Nursing Education Stress Scale; 55.17±15.01 for the total score, 27.64±7.83 for the practice level, 27.51±7.82 for the academic level, and Internet Addiction Scale mean score is 34.29 ± 12.26. It was determined that there is a significant positive correlation between practice and academic stress sub-dimensions, and there is no relationship between the Nursing Education Stress Scale and the Internet Addiction Scale.

**Conclusion:** The research results show that students perceive moderate stress related to nursing education, have no internet addiction, and have a low risk of addiction.

**Keywords:** Addiction, nurse, internet, stress, student

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla, Türkiye, E-mail: glsh\_ks@yahoo.com, Tel: 0252 211 5725, ORCID: 0000-0002-9414-6582

<sup>2</sup>Doç.Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye, E-mail: hatice.ayhan@sbu.edu.tr, Tel: 0312 304 3904, ORCID: 0000 0001 8706 1903

<sup>3</sup>Prof.Dr. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gazimağusa, KKTC, Mersin 10, Türkiye, E-mail: sytastan@gmail.com, Tel: 0548 878 5465, ORCID: 0000 0002 4187 0358

<sup>4</sup>Prof.Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye, E-mail: emine.iyigun@sbu.edu.tr, Tel: 0312 304 3901, ORCID: 0000 0002 2276 615X

<sup>5</sup>Uzman Hemşire, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD, Ankara, Türkiye, E-mail: aysenur.demirok35@gmail.com, Tel: 0531 959 0935, ORCID: 0000 0001 9606 8744

Geliş Tarihi: 07 Mayıs 2020, Kabul Tarihi: 23 Aralık 2020

**Atıf/Citation:** Köse G, Ayhan H, Taştan S, İyigün E, Özçakır AN. Hemşirelik Öğrencilerinde Eğitim Stresi Algısı ile İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):58-64. DOI: 10.31125/hunhemsire.907830

## GİRİŞ

Temel amacı öğrencileri mesleki yaşamlarına hazırlamak olan hemşirelik eğitimi hem teorik hem de klinik uygulamayı içeren bir süreçtir<sup>1-3</sup>. Öğrenciler bu süreçte öğrendikleri teorik bilgi ve becerilerini klinik uygulamaya aktararak bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlarda bilgi, beceri ve tutum kazanırlar<sup>1,2,4,5</sup>. Bu süreçte öğrenciler, hasta, hasta yakını, hastane personeli ve hastane ortamı gibi kendilerine yabancı olan kavramları öğrenmekte ve bunlar ile ilgili sorunlar ile uğraşmaktadır. Ayrıca, hastanın acı çekmesi ya da ölmesi, klinikteki acil durumlar, mesleki bilgi ve pratik beceri eksikliği, kendini yetersiz ve tecrübesiz hissetme, hata yapma korkusu, hastaya zarar verme korkusu gibi kendilerine yabancı olan çeşitli stres faktörleri ile de karşılaşmakta ve bunlar ile baş etmeye çalışmaktadırlar<sup>1,5-8</sup>. Ağrı, acı çekme, travma, ölüm gibi kavramlar duygusal yükü arttırmakta<sup>9</sup>, özellikle terminal dönemdeki hastaya bakmak öğrenciler için oldukça zor olmakta, kendilerini çaresiz, üzgün, suçlu hissetmesine neden olarak yaşadıkları stresi arttırmaktadır<sup>6,10</sup>. Bu nedenle hemşirelik eğitiminin stresli olduğu<sup>2,4,6,11</sup> ve yaşadıkları eğitim stresinin diğer alanlardaki öğrencilere göre daha fazla olduğu kabul edilmektedir<sup>1,12</sup>. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %65,8'inin eğitimle ilgili stres yaşadığını<sup>13</sup>, ulusal ve uluslararası yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelik eğitiminin diğer eğitim alanlarına göre daha stresli olduğu belirtilmektedir<sup>1,5,12,14</sup>. Stresin varlığı ve şiddeti, öğrencinin öğrenmesi üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler yapmaktadır<sup>4</sup>. Stres seviyesinin hafif düzeyde olması öğrenmeyi kolaylaştırırken<sup>4</sup>, uzun süreli veya yüksek şiddetteki stres, öğrencilerin öğrenme, beceri gelişimi, klinik ve akademik performansı, kendine olan güveninin yanı sıra sağlığını da olumsuz yönde etkilemekte<sup>1-3,7,11</sup> ve baş etmeyi zorlaştırmaktadır<sup>11</sup>.

Günümüzde sağlık hizmetlerinde yaşanan sürekli değişim, bilgi ve iletişim teknolojilerini hayatımızın ayrılmaz bir parçası haline getirmiş, bu teknolojiler hasta bakımına yansıtılmış, internet ve bilgi teknolojilerinin kullanım hızı artmıştır<sup>15,16</sup>. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin eğitim sürecinde, hemşirelik eğitiminin temel teorik ve klinik becerileri yanında günümüzün gerekliliği olan teknolojik gelişmeye paralel bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının kazandırılması da oldukça önemli olmuştur<sup>2,9</sup>. Dolayısı ile bu süreç öğrenciler için daha kompleks ve daha stresli bir hale gelmiştir<sup>9</sup>. Öğrenciler bu gereksinimleri karşılayabilmek için günümüzün yaygın bilgi kaynağı internete başvurmakta, sanal kütüphanelere erişme, akademik araştırmalarını ve ödevlerini yapmak için interneti sıklıkla kullanmaktadır<sup>15,17-19</sup>. Ayrıca günümüzde internetin erişim kolaylığı, üniversite eğitiminin ve yaşamının stresli olması, aileden uzakta yaşamak, maddi problemler, öz denetim ve ebeveyn kontrolünün olmaması nedeniyle strese giren üniversite öğrencileri sosyal ilişki kurma, sosyal etkileşimde bulunma, sosyal medya veya oyunlar ile boş zamanını geçirme ve yalnızlığın üstesinden gelmek için de interneti aktif olarak kullanmaktadır. Bu nedenle üniversite öğrencilerinin önemli bir kısmında internet bağımlılığı gelişmektedir<sup>15,17-20</sup>.

Evrensel bir sorun olan internet bağımlılığı, bireyin kendi internet kullanımını kontrol edememesi, interneti aşırı kullanma arzusunun üstesinden gelememesi ve bu durumun günlük hayatta olumsuz sonuçlara yol açması olarak tanımlanmaktadır<sup>15,20-22</sup>. Günümüzde internet bağımlılığının davranışsal bağımlılıklar veya madde kullanımı gibi bir dürtü kontrol bozukluğu olduğu kabul edilmekte ve diğer bağımlılıklar ile benzerlik gösterdiği belirtilmektedir<sup>15,20,21</sup>. İnternetin aşırı kullanımı ve bağımlılığının, bireylerin fiziksel, sosyal, davranışsal ve mental sağlık problemlerine yol açabileceği<sup>15,22</sup>, bunun sonucunda öğrencilerde başta akademik başarının olumsuz etkilenmesi olmak üzere, depresyon, yalnızlık, sosyal izolasyon, aile ilişkilerinin bozulması gibi pek çok problem görülebileceği belirtilmektedir<sup>15,18,22</sup>.

İnternet bağımlılığı ile ilgili yapılan araştırmalarda sağlık alanında öğrenim gören öğrenciler de araştırılmış ve öğrencilerin internette çok fazla zaman geçirdiği ve internet bağımlılığı açısından riskli olduğu gösterilmiştir<sup>23,24</sup>. Hemşirelik öğrencileri eğitimlerine devam ettikleri sürece klinik ve akademik stres faktörlerinden kaçınmazlar<sup>7</sup>. Öğrencileri etkileyen bu stres faktörlerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması, internetin zararlı kullanımının önüne geçilmesi için stratejilerin geliştirilmesi önemlidir. Bu amaçla öğrencilerin akademik eğitim ile ilgili algıladıkları stres, stres kaynaklarının ve internet kullanımının araştırılması oldukça önemlidir<sup>7,10</sup>. Türkiye'de şimdiye kadar yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları stres, öğrencilerin klinik ve akademik performansı, baş etme mekanizmaları ve sağlıkları gibi bağımlı değişkenlerin araştırılması şeklinde yapılmıştır<sup>1,3,4,6,7,9,11,12,14</sup>. İnternet bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ise çalışmaların çoğunluğunun internet bağımlılığı ve sosyal destek ile ilgili olduğu görülmüştür<sup>15,18,25,26</sup>. Sadece bir araştırmada öğrencilerin psikososyal stresi ile internet bağımlılığı araştırılmıştır<sup>20</sup>. Ancak öğrencilerin zamanlarının büyük bir çoğunluğunu alan eğitimlerine yönelik algıladıkları stres ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

### Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin eğitim ile ilgili algıladıkları stres ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### GEREK ve YÖNTEM

#### Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır

#### Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma, Ankara'da bulunan bir hemşirelik yüksek okulunda eğitim gören lisans öğrencileri ile yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 2015-2016 Eğitim-Öğretim dönemi bahar yarısında ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim gören 265 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise daha önce hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ile ilgili yapılan çalışmalarda<sup>2,4</sup> elde edilen Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği toplam puan ortalamaları dikkate alınarak, %95 güven aralığı (0.05 alfa hata), %90 güç ile 253 öğrenci olarak belirlenmiştir. Araştırmada veri kayıpları olabileceği düşünülerek %3

oranında daha fazla öğrenci alınmış ve 258 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmada öğrencilerin hemşirelik eğitimine yönelik algıladıkları stres araştırıldığı için en az bir yıl eğitim görmüş ve klinik uygulamaya çıkmış öğrencilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle hemşirelik yüksek okulunda öğrenim gören ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı tarihe kadar olan sürede birinci sınıf öğrencileri hem eğitime yeni başlamaları hem de klinik uygulamaya çıkmadığı için araştırma dışında bırakılmıştır.

#### Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, öğrencilerin demografik özelliklerini belirlemek için "Demografik Özellikler Formu", hemşirelik eğitimi ile ilgili algıladıkları stresi belirlemek için "Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği" ve internet bağımlılığını belirlemek için "İnternet Bağımlılığı Ölçeği" kullanılmıştır.

**Demografik Özellikler Formu:** Öğrencilerin demografik özelliklerini belirlemek için oluşturulan formdur. Formda öğrencilerin yaşı ve sınıfını içeren 2 soru bulunmaktadır.

**Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği (HESÖ):** Gray-Toft ve Anderson (1981) tarafından geliştirilen ölçek Rhead (1995) tarafından modifiye edilmiştir<sup>27</sup>. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirliliği Karaca ve ark. (2014) tarafından yapılmıştır<sup>10</sup>. İki alt boyut ve 32 maddeden oluşan likert tipteki ölçeğin uygulama ve akademik stres olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Her bir alt boyut 0-48 arasında puanlanmakta ve toplam puan 0-96 arasında değerlendirilmektedir. Alt boyut ve toplam puanın artması stresin arttığını göstermektedir<sup>10,27</sup>. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.81-0.93 arasındadır<sup>27</sup>. Karaca ve ark. (2014)'nin yaptığı geçerlik-güvenirlilik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı ölçeğin toplamı için 0.90, uygulama alt boyutu için 0.84, akademik alt boyutu içinse 0.83 olarak bulunmuştur<sup>10</sup>. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri toplam puan için 0.93, uygulama alt boyutu için 0.89, akademik alt boyutu için 0.87 olarak bulunmuştur.

**İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ):** Young tarafından 1998'de geliştirilen internet bağımlılığı testi, 20 sorudan oluşmaktadır<sup>28</sup>. Beşli likert tipte olan ölçekte tersten puanlanan madde bulunmamaktadır<sup>28,29</sup>. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliliği Balta & Horzum (2008) tarafından yapılmıştır. Balta ve Horzum'un yaptıkları Türkçe uyarlama çalışmasında bir madde çıkartılmış ve ölçek 19 madde olarak Türkçe'ye uyarlanmıştır<sup>29</sup>. Ölçek değerlendirmesinde 19-44 puan normal, 45-70 puan riskli kullanıcı, 71-95 puan bağımlı olarak kabul edilmektedir<sup>28,29</sup>. Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.89'dur<sup>29</sup>. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur.

#### Verilerin Toplanması

Veriler, etik kurul onayı alındıktan sonra Mart-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplamak amacıyla, öğrencilerin uygun olduğu ders aralarında öğrenciler ile görüşülmüş ve araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır. Verilerin toplanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Veri toplama formları öğrencilere dağıtılmadan önce, araştırmanın amacı, veri

toplama formları hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere gönüllü rıza formu imzalatılmıştır.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen ölçüm değerlerinin istatistiksel analizinde IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp. paket programı kullanılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen ölçüm değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin gösterimi için ortalama  $\pm$  standart sapma, frekans ve yüzde kullanılmıştır. Veriler normal dağılım varsayımını karşılamadığından verilerin analizi Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile gerçekleştirilmiştir. Demografik özellikler ve ölçekler arası ilişkiyi test etmek için Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda  $p < 0.05$  düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

#### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdaki, araştırmanın yapıldığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Etik Kurul Başkanlığından (Tarih: 22 Mart 2016, Karar no: 16/1648-729) araştırma onayı ve öğrencilerden yazılı izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği ve İnternet Bağımlılığı Ölçeği'nin kullanımı için ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirliliğini yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. Bunlardan biri araştırmanın Ankara'da, bir Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencileri ile gerçekleştirilmesidir. Bu nedenle sonuçlar yalnızca bu öğrenciler için geçerlidir ve ülkemizdeki hemşirelik öğrencileri için genellenemez. Bu çalışmanın bir diğer kısıtlılığı da verilerin öğrencilerin kendi bildirimlerine dayanmasıdır.

#### BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması  $20.87 \pm 0.95$  olup, tamamı kız öğrencidir. Öğrencilerin %43.8 (113)'ü ikinci sınıf, %28.3 (73)'ü üçüncü sınıf, %27.9 (72)'u dördüncü sınıfta öğrenim görmektedir.

Öğrencilerin HESÖ toplam puan ortalaması  $55.17 \pm 15.01$  olup, ölçeğin alt boyutları olan uygulama stresi puan ortalaması  $27.64 \pm 7.83$ , akademik stres puan ortalaması  $27.51 \pm 7.82$ 'dir (Tablo 1). Uygulama ve akademik stres alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde yüksek düzeyde bir korelasyon olduğu görülmüştür ( $p < 0.001$ ,  $r = 0.833$ ). Öğrencilerin İBÖ puan ortalaması  $34.29 \pm 12.26$ 'dır ve %84.5'i normal internet kullanıcısı, %15.5'i ise internet bağımlılığı yönünden riskli gruptadır. İnternet bağımlılığı olan öğrenci bulunmamaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1. Öğrencilerin HESÖ Toplam ve Alt Boyutları ile İBÖ Puan Ortalamaları**

	Ort/Ortanca	SS	Minimum-Maksimum	Ölçek sınırları
HESÖ toplam puan	55.17/53.00	15.01	0-92	0-96
Akademik	27.51/27.00	7.82	0-47	0-48
Uygulama	27.64/27.00	7.83	0-46	0-48
İBÖ toplam puan	34.29/31.00	12.26	19-68	19-95
n		%		
Normal internet kullanıcısı	218	84.5		
İnternet bağımlılığı riski	40	15.5		
İnternet bağımlılığı	-	-		

Öğrencilerin yaşı ve sınıfı ile HESÖ toplam puan ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 2). İBÖ puan ortalamasının üçüncü sınıf öğrencilerinde diğer sınıflara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0.030$ ). İBÖ toplam puanı ile yaş ( $p=0.836$ ,  $r=.013$ ) ve sınıf düzeyi ( $p>0.05$ ) arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri ile HESÖ Toplam Ölçek ve Alt Boyutları ile İBÖ Toplam Puan İlişkisi**

	Ort±SS		Akademik Ort±SS	Uygulama Ort±SS	HESÖ Toplam Puan Ort±SS	İBÖ Toplam Puan Ort±SS
Yaş	21±0.95	$p^a$	27.51±7.82 $r=0.005$ $p=0.933$	27.64±7.83 $r=0.083$ $p=0.187$	55.17±15.01 $r=0.035$ $p=0.575$	34.29±12.26 $r=0.013$ $p=0.836$
	n(%)		Akademik Ortanca (Min-Maks)	Uygulama Ortanca (Min-Maks)	HESÖ Toplam Puan Ortanca (Min-Maks)	İBÖ Toplam Puan Ortanca (Min-Maks)
Sınıf						
İki	113 (%43.8)	$p^b$ $\chi^2$	27.00 (0-47)	26.00 (0-43)	53.00 (0-87)	30.00 (19-66)
Üç	73 (%28.3)		27.00 (5-44)	27.00 (9-44)	52.50 (17-87)	35.00 (19-63)
Dört	72 (%27.9)		27.00 (1-46)	27.50 (7-46)	53.50 (8-92)	31.00 (19-68)
			0.579 1.092	0.230 2.939	0.551 1.192	0.030 4.710

<sup>a</sup>Spearman Korelasyon, <sup>b</sup>Kruskall Wallis, HESÖ: Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği, İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

HESÖ ve İBÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p=0.280$ ,  $r=0.068$ ). Öğrencilerin HESÖ akademik ve uygulama stresi alt boyutları ile İBÖ puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.863$ ,  $p=0.678$ ) (Tablo 3). İBÖ'ye göre normal internet kullanıcısı ve bağımlılık riski olanların HESÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 3). Ayrıca HESÖ toplam, akademik ve uygulama alt boyutlarında stres seviyesi yüksek olan öğrencilerin İBÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla  $p=0.606$ ,  $p=0.806$ ,  $p=0.401$ ).

**Tablo 3. HESÖ ile İBÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

		Akademik Alt Boyut Toplam	Uygulama Alt Boyut Toplam	HESÖ Toplam
İBÖ	$r$ $p^a$	0.097 0.863	0.049 0.678	0.280 0.068
Normal internet kullanıcısı	Ortanca (Min-Maks)	27.00 (0-47)	27.00 (0-46)	53.00 (0-92)
İnternet bağımlılığı riskli kullanıcı	Ortanca (Min-Maks)	27.00 (16-44)	27.00 (15-43)	52.00 (32-87)
	$p^b$	0.863	0.678	0.862
	Z	-0.173	-0.415	-0.174

<sup>a</sup>Spearman Korelasyon, <sup>b</sup>Mann-Whitney U test, HESÖ: Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği, İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

## TARTIŞMA

Stres hemşirelik öğrencileri arasında evrensel bir durumdur. Gerek teorik gerekse klinik uygulama, öğrencilerin bilgi ve becerilerinin gelişmesine katkı sağlarken bir yandan da önemli bir stres kaynağı olmaktadır<sup>2,3,4,7</sup>. Bu çalışmada HESÖ toplam puan ortalamasına göre öğrencilerin hemşirelik eğitimi ile ilgili algıladıkları stresin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucumuza benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresinin orta düzeyde olduğu belirtilmektedir<sup>1,11,30</sup>. Ancak araştırma sonucumuzdan farklı olarak hemşirelik öğrencilerinin yüksek düzeyde stres yaşadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır<sup>2,4</sup>. Algılanılan stres bireysel olduğu, bu nedenle bireysel farklılıklara ve sahip olunan imkanlara göre değişebildiği için elde edilen bu sonuçta ve araştırmalar arasındaki farklılıkta etkili olabileceği düşünülmüştür.

Geleceğin hemşirelerini oluşturacak olan hemşirelik öğrencilerinin iyi yetiştirilmesi sağlık bakımının yeterli, etkili ve dengeli bir şekilde verilebilmesi ve sürdürülmesinde oldukça önemlidir<sup>4</sup>. Türkiye'de hemşirelik eğitimi en az dört yıl veya 4600 saatlik teorik ve klinik eğitimi kapsamaktadır<sup>6</sup>. Hemşirelik Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik uyarınca da eğitim sürecinin en az üçte birini teorik bölüm oluşturmada, toplam eğitimin yarısı da klinik uygulamayı içermektedir<sup>31</sup>. Literatürde uygulama stresinin akademik stresten daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar<sup>3,4,32,33</sup>, aynı zamanda akademik ve uygulama stresinin benzer olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır<sup>1,2,9</sup>. Araştırmamızda öğrencilerin akademik ve uygulama stresinin birbirine yakın olduğu saptanmış, bu yöndeki literatür ile uyumluluk göstermiştir<sup>1,2,9</sup>. Araştırmamızda ayrıca, akademik ve uygulama stresi arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu da tespit edilmiştir. Akkaya ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada araştırma sonucumuz ile benzer şekilde akademik ve uygulama stresi arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir<sup>1</sup>. Hemşirelik eğitimi hem teorik hem de uygulamalı bir eğitim sürecini içermektedir. Öğrenciler teorik alanda kazandıkları bilgileri klinik uygulama alanında

beceri ve tutumla birleştirmektedir. Bu nedenle akademik ve uygulama alanındaki stresin birbiri ile ilişkili olduğu, birbirinden ayrılamayacağını düşünmekteyiz.

Öğrenciler farklı akademik seviyelere geldikçe yaşadıkları stres yoğunluğu da artmaktadır<sup>11</sup>. Her yıl yeni teorik dersler eklenmekte ve farklı bir alanda uygulamaya çıkılmakta, sınıf düzeyi arttıkça öğrencilerden beklentiler artmakta, bu nedenle stres de artmaktadır<sup>4</sup>. Araştırmamızda üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin HESÖ toplam, akademik ve uygulama stresi alt boyut puan ortalamaları diğer sınıflardaki öğrencilere göre daha yüksek saptanmıştır. Literatürde çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde stresin hemşirelik üçüncü sınıf öğrencilerinde diğer sınıflara göre daha fazla olduğu belirtilmekle birlikte<sup>1,3,34,35</sup> farklı araştırma sonuçları da bulunmaktadır<sup>2,4,7,36</sup>. Bu araştırmalarda ikinci sınıf öğrencilerinde uygulama stresinin, dördüncü sınıf öğrencilerinde ise akademik stresin daha fazla olduğu, akademik stresin üçüncü sınıf öğrencilerinde daha fazla olduğu, ikinci sınıf öğrencilerinde stresin daha fazla olduğu ya da sınıflara göre stres düzeyinde farklılık olmadığı ifade edilmektedir<sup>2,4,7,36</sup>. Araştırmalar arasındaki farklılığın, araştırmalarda farklı değerlendirme ölçütünün kullanılması ve eğitim sistemindeki ya da uygulamadaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Sağlık hizmetlerinde internet ve teknoloji kullanımı oldukça yaygınlaşmış, sağlık alanına farklı bir boyut gelmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumu değişmiş, sürekli değişen bilgi ve teknoloji hasta bakımına yansımıştır. Dolayısı ile hemşirelik gibi sağlık eğitimi gören öğrenciler teknolojinin bu kadar etkin bir şekilde kullanıldığı bir alan ve zamanda eğitim görmeye başlamıştır<sup>16,22</sup>. Bu da öğrencilerin başta eğitimlerinde kullanacağı bilgi ve araştırmalara ulaşması için internet kullanımını arttırmakta ve sonuçta internet bağımlılığı için riskini artırmaktadır<sup>16,17,22</sup>. Araştırmamızda öğrencilerin İBÖ puan ortalamasına göre normal internet kullanıcısı olduğu ancak %15.5’inde internet bağımlılığı riski olduğu saptanmıştır. Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalarda internet bağımlılığı ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. İnternet bağımlılığı riski ile ilgili yapılan çalışmalarda öğrencilerde %27-67.5 gibi değişen oranlarda internet bağımlılığı olduğu<sup>15,17,20,26,37</sup> ve bağımlılığın orta derecede<sup>22</sup> ya da düşük olduğu belirtilmektedir<sup>16</sup>. Çalışmalar arasında farklı oranlar bulunmasının, çalışmalardaki örneklem büyüklüğünün, değerlendirme materyalinin farklı olması, farklı toplumlarda ve farklı zaman aralıklarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Özellikle üniversite eğitiminde eğitimin stresli olması yanında ebeveynlerden uzakta olma, ebeveyn kontrolünün en aza inmesi, öz kontrolün zayıflaması gibi faktörler nedeni ile genç bireylerde internet bağımlılığı riski artmaktadır<sup>20</sup>. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda öğrencilerin yaşı ile internet bağımlılığı arasında negatif bir korelasyon olduğu, yaşı nispeten genç olanlarda internet bağımlılığının daha fazla olduğu<sup>15,20,38</sup>, ayrıca öğrencilerin akademik yılı ile internet bağımlılığı arasında bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir<sup>15,16</sup>. Ayrıca yapılan diğer çalışmalarda akademik yıl ile internet bağımlılığı arasında negatif<sup>15,25</sup> ya da pozitif yönde bir ilişki olduğu da belirtilmektedir<sup>37,38</sup>. Araştırmamızda bu araştırma sonuçlarından farklı olarak

öğrencilerin yaşı ve sınıf düzeyi ile internet bağımlılığı arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Günümüzde teknoloji hemşirelik hizmetlerinin yapı taşı olarak kabul edildiği için öğrencilerden teknolojiyi etkin bir şekilde kullanabilmesi beklenmekte, bu yönde bilgi, beceri ve tutuma sahip olma hemşirelikte aranan bir nitelik olarak vurgulanmaktadır<sup>22</sup>. Bu nedenle öğrencilerin eğitimde yaşadığı stres daha da artmaktadır. Stresin olması ise internet bağımlılığını arttıran önemli bir faktör olarak görülmektedir<sup>20</sup>. Anand ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada stresi fazla olan öğrencilerde internet bağımlılığı davranışlarının bulunduğu belirtilmektedir<sup>20</sup>. Yaptığımız araştırmada ise farklı olarak öğrencilerin yaşadığı eğitim stresi ile internet bağımlılığı arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Elde edilen bu sonuçta bu araştırmada yer alan öğrencilerde internet bağımlılığının görülmemesinin ve bağımlılık riski oranının düşük olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinde hemşirelik eğitimi ile ilgili algılanan stres ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları, öğrencilerin hemşirelik eğitimi ile ilgili orta derecede stres algıladıkları, internet bağımlılığının olmadığı, bağımlılık riskinin ise düşük oranda olduğunu göstermektedir. Eğitime ilişkin algılanan stres ile internet bağımlılığı arasında ilişki bulunmamış olması, öğrencilerin streslerini azaltmak için internetin aşırı kullanımına yönelmediklerini düşündürmektedir. Öğrencilerin hemşirelik eğitimi ile ilgili algıladıkları stresi azaltmaya yönelik olarak; kendilerini tanıması ve kendilerini geliştirebilmelerinin desteklenmesi, öğrencilerde stres oluşturan faktörlerin belirlenmesi ve öz farkındalık düzeylerinin artırılmasının sağlanması, gelişimlerini sağlayabilmek için alan ile ilgili kitapların okunması ve gelişmelerin takip edilmesinin sağlanması, öğrencilerin “sürekli gelişim” odaklı olarak motive edilmesi ve eğitimcilerin öğrencilere bu konularda yeterli destek sağlaması oldukça yararlı olacaktır. İnternet bağımlılığı riskinin azaltılması ve normal kullanıcıların devamlılığının sağlanmasına yönelik ise öğrencilere akılcı internet kullanımı konusunda rehberlik yapılması önerilmiştir.

**Etik Kurul Onayı** (Kurul adı, tarih ve sayı no): Gülhane Askeri Tıp Akademisi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan (Tarih: 22 Mart 2016, Karar no: 16/1648-729) etik onay alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları**

Araştırma Dizaynı: GK, ST, HA

Literatür araştırması ve veri toplama: GK, ANÖ

Verilerin analizi: GK, HA, ST

Makalenin yazılması: GK, HA, ST, Eİ, ANÖ

**Teşekkür:** Yazarlar araştırmaya katılan tüm öğrencilere teşekkürlerini sunar.

**Ethics Committee Approval:** Ethical approval was obtained from Gulhane Military Medical Academy Ethics Committee (Date: March 22, 2016, Decision number: 16 / 1648-729).



**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from the students.

**Author Contributions:**

Study design: GK, ST, HA

Literature search and data collection: GK, ANO

Data analysis: GK, HA, ST

Drafting manuscript: GK, HA, ST, EI, ANO

**Acknowledgement:** The authors would like to thank all students who participated in the research.

## KAYNAKLAR

1. Akkaya G, Babacan Gümüş A, Akkuş Y. Hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2018;15(4):202-8.
2. Fırat Kılıç H. Hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ve mesleki benlik saygısı arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018;5(1):49-59.
3. Evgin D, Çalışkan Z, Caner N. Sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin klinik uygulama öncesi kaygı düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017;8(3):22-8.
4. Ergin E, Çevik K, Pakiç Çetin S. Hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerine ilişkin algıladığı stres ve stresle baş etme davranışlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2018;15(1):16-22.
5. Goff AM. Stressors, academic performance, and learned resourcefulness in baccalaureate nursing students. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2011;8:Article 1.
6. Bağcivan G, Cinar Fİ, Tosun N, Korkmaz R. Determination of nursing students' expectations for faculty members and the perceived stressors during their education. *Contemp Nurse*. 2015;50(1):58-71.
7. Gurková E, Zeleníková R. Nursing students' perceived stress, coping strategies, health and supervisory approaches in clinical practice: A Slovak and Czech perspective. *Nurse Educ Today*. 2018;65:4-10.
8. Tastan S, İyigün E, Ayhan H, Hatipoğlu S. Experiences of Turkish undergraduate nursing students in the intensive care unit. *Collegian*. 2015;22(1):117-23.
9. McCarthy B, Trace A, O'Donovan M, Brady-Nevin C, Murphy M, O'Shea M, et al. Nursing and midwifery students' stress and coping during their undergraduate education programmes: An integrative review. *Nurse Educ Today*. 2018;61:197-209.
10. Karaca A, Yıldırım N, Ankaralı H, Açıkgöz F, Akkuş D. Hemşirelik eğitimi stres ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2014;16(2):29-40.
11. Brown K, Anderson-Johnson P, McPherson AN. Academic-related stress among graduate students in nursing in a Jamaican school of nursing. *Nurse Educ Pract*. 2016;20:117-24.
12. Turner K, McCarthy VL. Stress and anxiety among nursing students: A review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015. *Nurse Educ Pract*. 2017;22:21-9.
13. Güler Ö, Çınar S. Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları stresörler ve kullandıkları başatma yöntemlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı e-Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*. 2010;253-60.
14. Pulido-Martos M, Augusto-Landa JM, Lopez-Zafra E. Sources of stress in nursing students: A systematic review of quantitative studies. *Int Nurs Rev*. 2012;59(1):15-25.
15. Al-Gamal E, Alzayyat A, Ahmad MM. Prevalence of internet addiction and its association with psychological distress and coping strategies among university students in Jordan. *Perspect Psychiatr Care*. 2016;52(1):49-61.
16. Schmidt G, Valdez M, Farrell M, Bishop F, Klam WP, Doan AP. Behaviors associated with internet use in military medical students and residents. *Mil Med*. 2019;184(11-12):750-7.
17. Asiri S, Fallahi F, Ghanbari A, Kazemnejad-Leili E. Internet addiction and its predictors in gulf medical sciences students, 2012. *Nurs Midwifery Stud*. 2013;2(2):234-9.
18. Ersun A, Şahin Köse B, Muslu G, Beytut D, Başbakkal Z, Conk Z. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde internet kullanımı ile sosyal destek sistemi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İÜFN Hem Derg*. 2012;20(2):86-92.
19. Öksüz E, Guvenc G, Mumcu Ş. Relationship between problematic internet use and time management among nursing students. *Comput Inform Nurs*. 2018;36(1):55-61.
20. Anand N, Thomas C, Jain PA, Bhat A, Thomas C, Prathyusha PV, et al. Internet use behaviors, internet addiction and psychological distress among medical college students: A multi centre study from South India. *Asian J Psychiatr*. 2018;37:71-7.
21. Spada MM. An overview of problematic internet use. *Addict Behav*. 2014;39(1):3-6.
22. Turan N, Durgun H, Kaya H, Aşti T, Yılmaz Y, Gündüz G, et al. Relationship between nursing students' levels of internet addiction, loneliness, and life satisfaction. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(3):598-604.
23. Gedam SR, Shivji IA, Goyal A, Modi L, Ghosh S. Comparison of internet addiction, pattern, and psychopathology between medical and dental students. *Asian J Psychiatr*. 2016;22:105-10.
24. Srijampana VVGR, Endreddy AR, Prabhath K, Rajana B. Prevalence, and patterns of Internet addiction among medical students. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University*. 2014;7(6):709-13.
25. Azizi SM, Soroush A, Khatony A. The relationship between social networking addiction and academic performance in Iranian students of medical sciences: A cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2019;7(1):28.
26. Yücens B, Üzer A. The relationship between internet addiction, social anxiety, impulsivity, self-esteem, and depression in a sample of Turkish undergraduate medical students. *Psychiatry Res*. 2018;267:313-8.

27. Rhead M. Stress among student nurses: Is it practical or academic? J Clin Nurs. 1995;4(6):369-76. doi: 10.1111/j.1365-2702.1995.tb00038.x.
28. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Cyberpsychol Behav. 1998;1(3):237-44
29. Balta ÖÇ, Horzum MB. İnternet bağımlılık testi. Eğitim Bilimleri ve Uygulama. 2008;7(13):87-102.
30. Taşdelen S, Zaybak A. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasındaki stres düzeylerinin incelenmesi. FN Hem Derg. 2013;21(2):101-6.
31. Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik [İnternet]. Sayı: 27449-31 Aralık 2009. [Erişim Tarihi: 29 Nisan 2020]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/12/20091231-6.htm>
32. Khater WA, Akhu Zaheya LM, Shaban IA. Sources of stress and coping behaviours in clinical practice among baccalaureate nursing students. Int J Humanit Soc Sci. 2014;4(6):194-202.
33. Singh C, Sharma S, Sharma KR. Level of stress and coping strategies used by nursing interns. Nurs Midwifery Res J. 2011;7(4):152-60.
34. Ağaçdiken S, Boğa NM, Özdelikara A. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimine yönelik yaşadıkları stres düzeyinin belirlenmesi. Samsun Sağlık Bil Der. 2016;1(1):1-19.
35. Edwards D, Burnard P, Bennett K, Hebden U. A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. Nurse Educ Today. 2010;30(1):78-84.
36. Yıldırım N, Karaca A, Cangur S, Acıkgöz F, Akkus D. The relationship between educational stress, stress coping, self-esteem, social support, and health status among nursing students in Turkey: A structural equation modeling approach. Nurse Educ Today. 2017;48:33-9.
37. Hasan AA, Jaber AA. Prevalence of internet addiction, its association with psychological distress, coping strategies among undergraduate students. Nurse Educ Today. 2019;81:78-82.
38. Bhandari PM, Neupane D, Rijal S, Thapa K, Mishra SR, Poudyal AK. Sleep quality, internet addiction and depressive symptoms among undergraduate students in Nepal. BMC Psychiatry. 2017;21;17(1):106.

## Araştırma makalesi

## Research article

# Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması



Azime GÜNAYDINLI<sup>1</sup>, Zeynep KARAMAN ÖZLÜ<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Araştırma, Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, kültürel uyumu ve geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Metodolojik olarak yapılan araştırma, Erzurum ilinde bulunan iki hastanede mastektomi ameliyatı olan hastalar ile yüz yüze görüşülerek yapıldı. Araştırmanın evrenini Nisan 2016-Eylül 2018 tarihleri arasında ilgili hastanelerde mastektomi olmuş ve ameliyatının üzerinden en az 6 ay geçmiş olan hastalar, örneklemini ise bu tarihler arasında belirtilen evrende araştırmaya katılma ölçütlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 118 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği" kullanıldı. Ölçeğin, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olup olmadığı dil, kapsam, yapı geçerliliği, iç tutarlılık güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirlik analizleri ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Ölçeğin önce çeviri-geri çevirisi yapılarak dil geçerliliği, daha sonra ise uzman önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak kapsam geçerliliği sağlandı. Ölçeğin açılımlı faktör analizi sonucunda 4 faktörlü bir yapı gösterdiği, ölçeğe ait bütün maddelerin faktör yüklerinin 0.40'ın üzerinde ve uygun aralıkta olduğu saptandı. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı; Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği toplam puanı için 0.84, Ana Faktörler alt boyutu için 0.83, İkinci Faktörler alt boyutu için 0.82, Minör Bariyerler alt boyutu için 0.63 ve Korkuya Neden Olan Faktörler alt boyutu için 0.82 olarak bulundu.

**Sonuç:** Araştırma sonucu, ölçeğin orijinal ölçekle benzer yapıda ve Türkiye'de kullanılabilir olduğunu göstermiştir. Ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Geçerlilik-güvenilirlik, mastektomi, meme kanseri.

## ABSTRACT

**The Turkish Validity and Reliability Study of the Questionnaire of Tendency to Breast Reconstruction after Mastectomy**

**Aim:** The study was conducted to adapt the Questionnaire of Tendency to Breast Reconstruction after Mastectomy to Turkish and evaluate its cultural adaptation, validity, and reliability.

**Material and Method:** This methodological study was conducted through face-to-face interviews with patients who underwent mastectomy surgery in two hospitals in Erzurum Province. The study population consisted of the patients who underwent a mastectomy in the relevant hospitals between April 2016 and September 2018 and had at least six months after surgery. The study sample consisted of 118 patients who met the inclusion criteria in the specified population and agreed to participate in the study between these dates. "Personal Information Form" and "Questionnaire of Tendency to Breast Reconstruction after Mastectomy" were used to collect data. Language, content and construct validity and internal consistency reliability, and test-retest reliability were evaluated to determine whether the questionnaire is a valid and reliable measurement tool.

**Results:** Firstly, the language validity of the questionnaire was provided through translation- back translation, and then its content validity was provided by making the necessary corrections in accordance with expert opinions. As a result of the exploratory factor analysis, it was determined that the questionnaire showed a four-factor structure, and the factor loadings of all items were over 0.40 and within the appropriate range. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was found to be 0.84 for the overall questionnaire, 0.83 for the main factors subscale, 0.82 for the second factors subscale, 0.63 for minor barriers subscale, and 0.82 for factors causing fear subscale.

**Conclusion:** The study results indicated that the questionnaire has a similar structure to the original version and can be used in Turkey. The questionnaire was considered a valid and reliable tool.

**Keywords:** Breast cancer, mastectomy, validity-reliability.

<sup>1</sup>Öğr. Gör. Bayburt Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı, Bayburt, Türkiye

E-mail: azoc-1987@hotmail.com, Tel: 0 506 720 72 64, ORCID: 0000-0002-2567-1930

<sup>2</sup>Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD. Anesteziyoloji Klinik Araştırma ve Uygulama Ofisi, Erzurum, Türkiye.

E-mail: zynp\_krmnzl@hotmail.com, Tel: 04422312314, ORCID: 0000-0001-8896-5461

Geliş Tarihi: 08 Temmuz 2019, Kabul Tarihi: 25 Ocak 2021

**Atıf/Citation:** Günaydın A, Karaman Özlü Z. Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):65-74. DOI: 10.31125/hunhemsire.907852

## GİRİŞ

Meme kanseri, tüm dünyada kadın sağlığını tehdit eden ve vücutta önemli değişikliklere neden olabilecek kanser türlerinin en başında gelmektedir<sup>1,2</sup>. Meme kanseri, hem hastalar hem de hasta yakınları üzerinde sosyal, fiziksel ve ruhsal açıdan problemler ortaya çıkaran, bunun yanında geç teşhis edilmesi durumunda tedavi edilmesi zor bir hastalık olarak değerlendirilmektedir<sup>3</sup>. Dünya Sağlık Örgütü, 2002 yılında 10 milyon olan kanser vaka sayısının 2025 yılına kadar 15 milyon olacağını (%60'ı gelişmiş ülkelerde ortaya çıkacak şekilde) tahmin edildiğini bildirmektedir<sup>4</sup>. Aynı verilere göre kadınlarda görülebilecek kanserlerin ise %30'unun meme kanseri olacağı hesaplanmaktadır<sup>5</sup>. Buna rağmen, tanı ve tedavideki gelişmelere paralel olarak meme kanseri sonrasında sağ kalım süresi önceki yıllara göre daha uzun olmaktadır<sup>6</sup>.

Meme kanserinin tedavi yöntemlerinden biri olan mastektomi ameliyatı, kadınların beden imajının bozulmasına neden olan girişimlerden biridir<sup>1</sup>. Mastektomi, meme kanserinin fiziksel kusurla sonuçlanan birinci basamak tedavilerinden biridir<sup>7</sup>. Meme kanserli hastaların mastektomi sonrasında hayatlarını olumlu yönde etkileyecek bazı girişimler bulunmaktadır. Bunlardan birisi de mastektomi sonrası rekonstrüksiyondur<sup>8</sup>. Kanser veya benzeri nedenlerle alınmış memenin yerine yenisinin yapılmasına "meme rekonstrüksiyonu" denir. Mastektomi sonrası rekonstrüksiyon genellikle total mastektomi uygulanmış olan hastalara yapılmaktadır<sup>9</sup>. Meme rekonstrüksiyonu, günümüzde hastanın psikososyal iyilik hali açısından önemli olan ameliyatlarda ilk sırayı almaktadır. Artık gelişen teknik ve teknolojiler sayesinde diğer memeyle çok benzeyen rekonstrüksiyonlar yapmak mümkündür. Çoğu hastada mastektomi sonrası hemen rekonstrüksiyon yapılabilmektedir. İki ameliyatın aynı seansta yapılması hem hastanın tek ameliyat ile operasyonu atlatmasına hem de alınan meme dokusunun yeri boş kalmayacağından psikolojik iyilik halinin korunmasına destek olur<sup>10</sup>.

### Araştırmanın Amacı

Son yıllarda mastektomiden kaynaklanan psikolojik sorunları azaltmak amacıyla yapılan meme rekonstrüksiyonu sayısı önemli ölçüde artmıştır. Bu artışa paralel olarak literatürde meme kanseri olan hastaların mastektomi sonrası rekonstrüksiyona eğilimlerini ölçen bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu doğrultuda, mastektomi olan hastaların meme rekonstrüksiyonuna eğilimlerini ölçmeyi amaçlayan Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği'nin (MSMYŞEÖ) Türkçeye uyarlanması ve Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak Türk toplumuna kazandırılması amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Araştırma, ölçeğin Türkçe'ye uyarlanarak Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla metodolojik araştırma modeline uygun olarak yapıldı.

### Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erzurum ilinde bulunan, üniversite ve eğitim-araştırma hastaneleri olan toplam 2 hastanede, Nisan 2016-Eylül 2018 tarihleri arasında mastektomi olup ameliyatının üzerinden 6 ay geçen ve kemoterapi ünitelerinde tedavisi devam etmekte olan hastalar oluşturmuştur. Bu tarihler arasında belirtilen evrenden araştırmaya katılma ölçütlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 118 yetişkin hasta örneklem olarak tespit edilmiştir. Çalışma örnekleminin; 21 madde sayısına göre 105-210 arasında olması beklenir<sup>11,12</sup>. Çalışma analizi esnasında, geçersiz sayılabilecek soru formlarının da olabileceği düşünülerek hesaplanan sayının biraz üstünde katılımcıya ulaştırılması hedeflenir. Bu doğrultuda çalışma örneklemini, atıf yapılan kaynaklar doğrultusunda "örneklem, madde sayısının 5 katı alınarak 105 olarak hesaplanmış, geçersiz olabilecek soru formları da göz önünde bulundurularak çalışma örnekleminde araştırmaya alınma kriterlerine uyan (18 yaşından büyük olan, Bilişsel ve mental bozukluğu olmayan, iletişime ve işbirliğine gönüllü ve araştırmaya katılmayı kabul eden ve Mastektomi ameliyatının üzerinden 6 ay geçmiş hastalar (ölçeğin orijinal versiyonunun kullanım yönergesinde ölçeğin ameliyattan 6 ay sonra uygulanması önerilmiştir<sup>7</sup>.) 118 katılımcı dahil edilmiştir.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu" ve "Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği" ile toplandı.

### Kişisel Bilgi Formu

Bu form literatür taraması<sup>13-16</sup> yapılarak araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Hastanın tanıtıcı ve hastalığına ait özelliklerini (hastanın yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve mesleği, evli ise eşin yaşı, çalışma durumu ve mesleği, aylık ortalama gelir düzeyi, sürekli yaşadığı yer, alışkanlıkları, çocuk sayısı, meme ca tanısı aldığı yaş, tanıdan ne kadar süre sonra mastektomi olduğu, mastektomi ameliyat tarihi, ameliyattan bu yana geçen süre, mastektomi sonrası uygulanan tedaviler, yapılan ameliyatın sonucundan memnuniyet durumu, ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar) sorgulayan 20 sorudan oluşmaktadır.

### Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği (MSMYŞEÖ)/Questionnaire of Tendency to Breast Reconstruction After Mastectomy: QTBRAM)

Ölçek, mastektomi olmuş hastaların memenin yeniden şekillendirilmesine yönelik eğilimlerini değerlendirmek amacıyla 2012 yılında Salehi ve ark.<sup>17</sup> tarafından Farsça Dili'nde geliştirilmiş ve sonra İngilizceye çevrilerek yayınlanmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşan, maddelerin her birinde "katılıyorum" ve "katılmıyorum" şeklinde iki likert bulunan ve 4 alt boyuttan oluşan bir ölçektir. Birinci alt boyut olan "Ana Faktörler" boyutunda 11 madde, ikinci alt boyut olan "İkinci Faktörler" boyutunda 3 madde, üçüncü alt boyut olan "Minör Bariyerler" boyutunda 4 madde ve dördüncü alt boyut olan "Korkuya Neden Olan Faktörler" boyutunda ise 3 madde bulunmaktadır. Her bir maddede 'katılıyorum' ifadesi 1 puan, 'katılmıyorum' ifadesi ise 2

puan şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte her bir maddenin puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı (en düşük:21, en yüksek:42) oluşmaktadır. Ölçeği geliştiren araştırmacılar, ölçekten alınan puan arttıkça rekonstrüsyona olan eğilimin de arttığını belirtmektedir<sup>17</sup>.

### Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılan 118 hastanın özelliklerini tanımlamak için Kişisel Bilgi Formu kullanıldı. Hastalar kemoterapi ünitesine geldiğinde, hastaların ilaçlarının ve kemoterapi alacağı odanın hazırlanması işlemleri sırasında bir bekleme süresi oluşmaktadır. Veriler, bu bekleme süresinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile “Kişisel Bilgi Formu” ve “Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği” uygulanarak toplandı. Hasta ile görüşme öncesi, araştırmacının tanımı, amacı ve hedefleri, araştırmadan sağlanacak yararlar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapıp, sözlü onamları alındı. Veriler hastalar ile yüz yüze görüşülerek, araştırmacı tarafından bekleme odasında toplandı. Hastaların formları doldurması sağlandı ve formlardaki maddeler yanıtlanıncaya kadar araştırmacı hastaların yakınlarında yer alarak cevap vermekte zorlandıkları maddelerde yardımcı oldu. Kişisel Bilgi Formu ve ölçeğin uygulanması yaklaşık olarak 8-10 dakika sürdü. Hastalara ölçek 1 ay sonra telefon ile iletişim kurularak tekrar uygulandı.

Araştırmaya katılan 118 hastaya MSMYŞEÖ uygulanarak veriler toplandı.

Ölçek geçerliliğinin sağlanmasında; ilk olarak dil geçerliliğini değerlendirmek için İngilizce'den Türkçe'ye ve Türkçe'den İngilizce'ye çeviri-geri çeviri yöntemi kullanıldı. Bu amaçla ölçek, araştırmacı ve üç öğretim üyesi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrildi. Çeviriler, araştırmacı ve danışmanı tarafından kontrol edilerek tek form haline getirildi. Daha sonra Türkçe'ye çevrilen bu formların her iki kültürü yakından tanıyan, Türkçe ve İngilizce'yi iyi bilen İngilizce dil bilimci tarafından geri çevirisi yapıldı. Orjinal ölçek ile Türkçe'ye çevrilen ölçek karşılaştırılıp ölçeğin ifadelerinde anlam değişikliği olup olmadığı belirlendi. Her iki ölçekte bulunan ve her maddeyi en iyi ifade eden çeviriler seçilip, öneriler doğrultusunda 12 uzmanın görüşüne sunuldu. Çeviri işleminden sonra ölçek maddelerinin hastalar tarafından anlaşılabilirliğini saptamak için 10 hastaya ön uygulama yapıldı ve soruların anlaşılabilirliği yönünden görüş bildirmeleri istendi. Ön uygulama araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalara aynı yöntemle ve aynı formlar ile uygulandı, fakat bu hastalardan toplanan veriler araştırma kapsamına alınmadı. Ön uygulama sonrasında gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak ölçek uygulanmaya başlandı. Çeviri süreci tamamlandıktan sonra ikinci olarak maddelerin, dil ve kültür eş değeri ile içerik geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesi için içerik geçerlilik indeksi (Content Validity Index-CVI) kullanıldı. Bu doğrultuda çeviri işleminden sonra kapsam geçerliliğini sağlamak için bu alanda uzman kişilerin görüşüne sunuldu. Uzman kişilerden ölçekteki her bir ifadeyi “4=Tümüyle uygun”, “3=Oldukça uygun”, “2=Uygun ancak ifadelerde küçük değişiklikler yapılması gerekli”, “1=Uygun değil” ifadelerinden uygun olanı seçip, her bir ölçek maddesini 1-4

arasında puanlayarak değerlendirmeleri istendi. Bu değerlendirme için Davis Tekniği kullanıldı.

MSMYŞEÖ'nün faktör yapısını değerlendirmeden önce örneklemin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için örneklem büyüklüğü ölçüm tekniği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), maddeler arası korelasyon matrisinin birim matrisinden farklı olup olmadığını ve faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek ve beraberinde değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediklerini ölçmek için de Bartlett's Test of Sphericity (BTS) testleri uygulandı. Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesinde Açıklayıcı Faktör Analizi, Temel Bileşenler Analizi ve Varimax rotasyon yöntemleri kullanıldı. Analizde orijinal ölçekte olduğu gibi veri direkt oblimum yöntemiyle döndürülerek incelendi. Ölçeğin güvenilirliğinin sağlanmasında; ölçek maddelerinin iç tutarlılık ve homojenliğinin belirlenmesi için Cronbach Alfa Katsayısı ve Madde Toplam Puan Korelasyonları değerlendirildi. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin belirlenmesi için de test-tekrar test yöntemi kullanıldı ve Pearson momentler çarpımı sonuçlarına bakıldı. Bu araştırmada, ölçek 118 gönüllü hastaya bir ay arayla iki kez uygulandı.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) paket programında yapıldı. Veriler kodlanarak, veri tabanı oluşturuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluğu kontrol edilerek, parametrik ve non-parametrik analizlerle istatistiksel değerlendirmeleri yapıldı. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanıldı (Tablo 1).

**Tablo 1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler**

Araştırma grubunun özelliklerini tanımlama	% Dağılımı Frekans Dağılımı	
Ölçeğin Geçerlilik Analizinde Kullanılan Yöntemler	Dil geçerliliği	İngilizce'den Türkçe'ye ve Türkçe'den İngilizce'ye çeviri
	İçerik/Kapsam geçerliliği	Uzman Görüşü, Davis Tekniği (Kapsam Geçerlilik İndeksi)
Ölçeğin Geçerlilik Analizinde Kullanılan Yöntemler	Örneklem büyüklüğünün uygunluğu Veri setinin faktör analizine uygunluğu	Bartlett's Testleri Kaiser-Meyer-Olkin İndeksi (KMO)
	Ölçeğin Yapı Geçerliliği	Açıklayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis) Temel Bileşenler Analizi (Principal Component) Varimax Rotasyon
Ölçeğin Güvenlilik Analizinde Kullanılan Yöntemler	İç tutarlılık ve homojenlik	Cronbach Alfa Katsayısı Madde-Toplam Puan Korelasyonu
	Ölçeğin zamana karşı değişmezliği (Paralel Eş Değer Form Güvenilirliği)	Test-tekrar-test

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 18.03.2016 tarih ve 2016/03/7 sayılı onay alındı. Araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu, ilgili hastanelere sunularak yazılı uygulama izni alındı. Araştırmaya katılacak hastalara araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıma amacı, yöntemi ve araştırma için ayrımları istenen zaman konusunda bilgiler verildi. Katılımcılardan sözlü olarak araştırmaya gönüllü olarak katılma rızası alındı. Çalışma protokolü Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü. Araştırmada kullanılan Salehi ve ark.<sup>17</sup> tarafından 2012 yılında geliştirilen MSMYŞEÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması konusunda ölçeği geliştiren kişilerden e-posta aracılığıyla izin alındı.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir bölgede yapılmış olması ve testin tekrarının telefon aracılığı ile gerçekleştirilmiş olması araştırmanın sınırlılığıdır.

### BULGULAR

Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanarak Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (Tablo 2), hastaların %47.5'inin, eşlerinin %43.9'unun ilk-ortaöğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu, %90.7'sinin evli, %82.2'sinin ev hanımı, eşlerinin %27.1'inin memur olduğu, %48.3'ünün düşük gelir düzeyine sahip olduğu, %54.2'sinin şehirde ikamet ettiği saptandı. Hastaların yaş ortalamalarının 46.35±11.57, eşlerinin yaş ortalamalarının 49.48±10.38 ve ortalama çocuk sayılarının 3.00±1.68 olduğu belirlendi.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, hastaların %28.8'inin Kemoterapi-radyoterapi tedavisi aldığı, %56.8'inin ameliyat sürecinden memnun olduğu, yalnızca hastaların %5.9'unda ameliyat sonrası komplikasyon geliştiği saptandı. Hastaların meme kanseri tanısı alma yaş ortalamasının 44.41±11.80, tanı ile mastektomi ameliyatları arasında geçen sürenin de 5.53±7.13 olduğu tespit edildi.

**Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıklarına Ait Özelliklerinin Dağılımı (n=118)**

Özellikler	n	%	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	27	22.9
	İlk-ortaöğretim	56	47.5
	Lise	14	11.8
	Lisans ve üzeri	21	17.8
Medeni Durum	Evli	107	90.7
	Bekâr	11	9.3
Eş Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	5	4.7
	İlk-ortaöğretim	47	43.9
	Lise	37	34.6
	Lisans ve üzeri	18	16.8

**Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıklarına Ait Özelliklerinin Dağılımı (n=118) (devamı)**

Özellik	n	%	
Eş Mesleği	Memur	29	27.1
	Çiftçi	7	6.5
	İşçi	20	18.7
	Emekli	17	15.9
	Çalışmıyor	15	14.0
	Serbest meslek	19	17.8
Kendi Mesleği	Memur	16	13.6
	Ev hanımı	97	82.2
	Emekli	5	4.2
Gelir Düzeyi	Düşük	57	48.3
	Orta	50	42.4
	Yüksek	11	9.3
Mastektomi Sonrası Uygulanan Tedaviler	Kemoterapi	23	19.5
	Radyoterapi	3	2.5
	Hormonal tedavi	7	5.9
	Hiçbiri	1	0.8
	Radyoterapi-hormonal tedavi	8	6.8
	Kemoterapi-radyoterapi-hormonal tedavi	33	28.0
	Kemoterapi-hormonal tedavi	9	7.6
Kemoterapi-radyoterapi	34	28.8	
Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişme Durumu	Evet	111	94.1
	Hayır	7	5.9
Sürekli Yaşanan Yer	Şehir	64	54.2
	İlçe-kasaba	36	30.5
	Köy	18	15.3
Ameliyattan Memnuniyet	Çok memnunum	29	24.6
	Memnunum	67	56.8
	Kararsızım	17	14.4
	Pek memnun değilim	5	4.2

**Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıklarına Ait Özelliklerinin Dağılımı (n=118) (devamı)**

Özellikler		n	%
Alışkanlıklar	Sigara	23	19.5
	Yok	95	80.5
	Min-Maks	X	SS
Yaş	27-80	46.35	11.57
Eş yaş	29-80	49.48	10.38
Çocuk sayısı	0-7	3.00	1.68
Meme Kanseri Tanısı Alma Yaşı	25-78	44.41	11.80
Tanı ile Mastektomi Arasında Geçen Süre (Ay)	1-48	5.53	7.13

Bu çalışmada KGÖ/KGİ sonucunun 0.8 ile 1.0 arasında olduğu belirlendi. Dolayısıyla kapsam/içerik geçerliliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmadı (Tablo 3).

**Tablo 3. Ölçek Maddelerine Ait KGÖ/KGİ Sonuçları (n=118)**

Maddeler	KGİ Skoru
1. Mememin yeniden şekillendirilmesinin görüntümü ve güzelliğimi etkileyeceğini düşünüyorum.	1.0
2. Mememin yeniden şekillendirilmesinden sonra herhangi bir elbiseyi giyebilirim.	1.0
3. Mememin yeniden şekillendirilmesi ruh halimi düzeltebilir.	1.0
4. Mememin yeniden şekillendirilmesine karar vermemde yaşam etkilidir.	1.0
5. Ailemin yaşam koşulları mememin yeniden şekillendirilmesine olan eğilimimi etkileyebilir.	1.0
6. Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili eşimin görüşü, eğilimimi etkileyebilir.	1.0
7. Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili ailemin görüşü, eğilimimi etkileyebilir.	1.0
8. Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili bilgi eksikliği, eğilimimi etkileyebilir.	1.0
9. Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili doktorun görüşü, eğilimimi etkileyebilir.	1.0
10. Mememin yeniden şekillendirilmesinin maliyetinin yüksek olduğunu düşünüyorum.	1.0
11. Sosyal güvencem mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili maliyetin bir kısmını karşılarsa, yeniden şekillendirme yaptırabilirim.	1.0
12. Meme eksikliğini düşünmüyorum.	0.83
13. Başkalarının yanında eksikliğini hissetmem, eğilimimi etkiler.	1.0
14. Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili arkadaşlarımın görüşü, eğilimimi etkiler.	1.0
15. Mememin yeniden şekillendirmesini yaptırmamamın nedeni, harici bir protez kullanmamdır.	0.91
16. Meme kanserinin yol açtığı ruhsal sorunlar, yeniden şekillendirmeye olan eğilimimi etkiler.	1.0
17. Meme kanseri tedavisinin öncelikli olduğunu düşünüyorum.	1.0
18. Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili hizmet veren hastanelere erişimdeki güçlükler eğilimimi olumsuz etkiler.	0.91
19. Kanserin tekrar etme korkusu eğilimimi etkiler.	1.0
20. Mememin yeniden şekillendirilmesi ameliyatına bağlı komplikasyon korkusu eğilimimi etkiler.	1.0
21. Tekrar ameliyat olma korkusu eğilimimi etkiler.	1.0

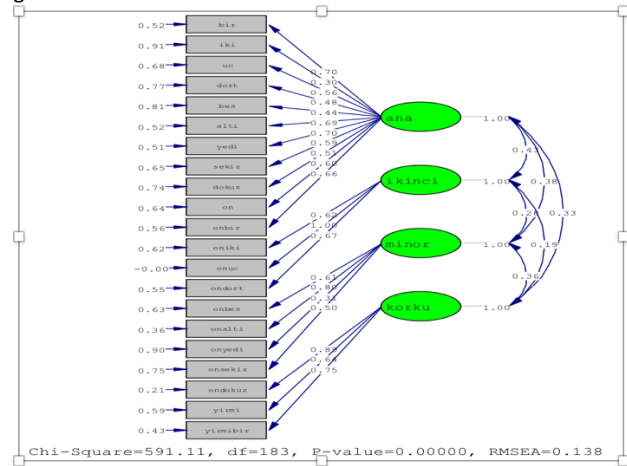
Ölçek maddelerine ait KMO ve Bartlett's Testi değerleri hesaplandığında; KMO değeri 0.615 olarak saptanmış ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett's testi sonuçları da ( $\chi^2 = 1286.757$ ,  $p = 0.000$ ) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Ölçeğe ait madde toplam korelasyonları ve Cronbach alpha kat sayıları Tablo 4'de sunulmuştur. Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.840 olup, Ana Faktörler alt boyutu için 0.835, İkinci Faktörler alt boyutu için 0.828, Minör Bariyerler alt boyutu için 0.631 ve Korkuya Neden Olan Faktörler alt boyutu için 0.829'dur. Ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyon değerleri pozitif değerlidir ve hiçbir maddenin silinmesi ölçek Cronbach  $\alpha$  katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmamaktadır.

Analiz sonucunda orijinal yapıya benzer olarak ölçeğin dört alt boyuttan oluştuğu saptandı. Ölçeğe ait bütün maddelerin faktör yükleri 0.40'ın üzerindedir ve açıklanan varyans Ana Faktörler alt boyutu için 20.26, İkinci Faktörler alt boyutu için 13.39, Minör Bariyerler alt boyutu için 12.27, Korkuya Neden Olan Faktörler alt boyutu için 10.89 ve toplam Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği puanı için 56.809'dur. Bu nedenle bu aşamada ölçekten hiçbir madde çıkarılmadı ve 4 alt boyutlu yapı kabul edildi (Tablo 5).

Şekil 1'de Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeğine yönelik alt boyutlar ve maddelere ait faktör yükleri PATH diyagramı şeklinde sunuldu. Şekil 1'de görüldüğü gibi hiçbir modifikasyon uygulanmadan model orijinal yapısında olduğu şekli ile kabul edildi. Modele ait faktör yükleri 0.48 ile 0.75 arasında değişmektedir ve tüm maddelere ait t değeri 1.96'nın üzerindedir.

Test-Tekrar Test Sonuçlarına göre; ölçeğin test-tekerrar test ölçümleri arasında  $r=0.777$  düzeyinde pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). İki ölçüm arasındaki korelasyon değeri istenilen düzeydedir. Bu bulgu bir ay arayla uygulanan ölçeğin birinci ve ikinci ölçüm sonuçlarının benzer olduğunu göstermektedir.

**Şekil 1. Ölçeğin Türkçe Versiyon PATH Diyagramı**

**Tablo 4. Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach  $\alpha$  Kat Sayıları (n=118)**

Maddeler	n	$\bar{X}$	SS	Madde toplam korelasyonu	Madde ölçekten çıkarıldığında Cronbach $\alpha$
Mememin yeniden şekillendirilmesinin görüntümü ve güzelliğimi etkileyeceğini düşünüyorum. (1)	118	1.54	0.50	0.553	0.829
Mememin yeniden şekillendirilmesinden sonra herhangi bir elbiseyi giyebilirim. (2)	118	1.13	0.34	0.233	0.842
Mememin yeniden şekillendirilmesi ruh halimi düzeltebilir. (3)	118	1.29	0.46	0.502	0.832
Mememin yeniden şekillendirilmesine karar vermemde yaşım etkilidir. (4)	118	1.35	0.48	0.414	0.836
Ailemin yaşam koşulları mememin yeniden şekillendirilmesine olan eğilimimi etkileyebilir. (5)	118	1.46	0.50	0.345	0.839
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili eşimin görüşü, eğilimimi etkileyebilir. (6)	118	1.53	0.50	0.523	0.831
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili ailemin görüşü, eğilimimi etkileyebilir. (7)	118	1.60	0.49	0.552	0.829
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili bilgi eksikliği, eğilimimi etkileyebilir. (8)	118	1.45	0.50	0.566	0.829
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili doktorun görüşü, eğilimimi etkileyebilir. (9)	118	1.37	0.49	0.443	0.834
Mememin yeniden şekillendirilmesinin maliyetinin yüksek olduğunu düşünüyorum. (10)	118	1.25	0.44	0.571	0.829
Sosyal güvencem mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili maliyetin bir kısmını karşılasa, yeniden şekillendirme yaptırabilirim. (11)	118	1.55	0.50	0.514	0.831
Meme eksikliğini düşünmüyorum. (12)	118	1.74	0.44	0.269	0.842
Başkalarının yanında eksikliğini hissetmem, eğilimimi etkiler. (13)	118	1.58	0.50	0.498	0.832
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili arkadaşlarımın görüşü, eğilimimi etkiler. (14)	118	1.82	0.38	0.361	0.838
Mememin yeniden şekillendirmesini yaptırmamamın nedeni, harici bir protez kullanmamdır. (15)	118	1.55	0.50	0.260	0.843
Meme kanserinin yol açtığı ruhsal sorunlar, yeniden şekillendirmeye olan eğilimimi etkiler. (16)	118	1.49	0.50	0.470	0.833
Meme kanseri tedavisinin öncelikli olduğunu düşünüyorum. (17)	118	1.06	0.24	0.165	0.843
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili hizmet veren hastanelere erişimdeki güçlükler eğilimimi olumsuz etkiler. (18)	118	1.40	0,49	0,229	0,844
Kanserin tekrar etme korkusu eğilimimi etkiler. (19)	118	1.16	0.37	0.441	0.835
Mememin yeniden şekillendirilmesi ameliyatına bağlı komplikasyon korkusu eğilimimi etkiler. (20)	118	1.16	0.37	0.309	0.840
Tekrar ameliyat olma korkusu eğilimimi etkiler. (21)	118	1.15	0.36	0.355	0.838
<b>Alt Boyutlar</b>	<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>				
Ana Faktörler	<b>0.835</b>				
İkinci Faktörler	<b>0.828</b>				
Minör Bariyerler	<b>0.631</b>				
Korkuya Neden Olan Faktör	<b>0.829</b>				
<b>Toplam</b>	<b>0.840</b>				



Tablo 5. Ölçeğe Yönelik Faktör Analizi Bulguları (n=118)

Maddeler	Faktör/Alt Boyut			
	1	2	3	4
Mememin yeniden şekillendirilmesinin görüntümü ve güzelliğimi etkileyeceğini düşünüyorum. (1)	<b>0.630</b>	0.234	0.305	-0.076
Mememin yeniden şekillendirilmesinden sonra herhangi bir elbiseyi giyebilirim. (2)	<b>0.438</b>	0.241	-0.318	-0.074
Mememin yeniden şekillendirilmesi ruh halimi düzeltebilir. (3)	<b>0.629</b>	0.167	0.159	-0.073
Mememin yeniden şekillendirilmesine karar vermemde yaşım etkilidir. (4)	<b>0.524</b>	-0.112	-0.172	0.437
Ailemin yaşam koşulları mememin yeniden şekillendirilmesine olan eğilimimi etkileyebilir. (5)	<b>0.577</b>	-0.292	-0.207	0.37
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili eşimin görüşü, eğilimimi etkileyebilir. (6)	<b>0.803</b>	-0.035	-0.08	0.042
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili ailemin görüşü, eğilimimi etkileyebilir. (7)	<b>0.753</b>	-0.003	-0.117	0.202
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili bilgi eksikliği, eğilimimi etkileyebilir. (8)	<b>0.457</b>	0.061	0.362	0.378
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili doktorun görüşü, eğilimimi etkileyebilir. (9)	<b>0.491</b>	0.156	0.126	0.139
Mememin yeniden şekillendirilmesinin maliyetinin yüksek olduğunu düşünüyorum. (10)	<b>0.574</b>	0.183	0.211	0.152
Sosyal güvencem mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili maliyetin bir kısmını karşılarsa, yeniden şekillendirme yaptırabilirim. (11)	<b>0.566</b>	0.363	0.332	-0.166
Meme eksikliğini düşünmüyorum. (12)	0.049	<b>0.876</b>	-0.015	0.011
Başkalarının yanında eksikliğini hissetmem, eğilimimi etkiler. (13)	0.398	<b>0.736</b>	0.073	-0.055
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili arkadaşlarımla görüşüm, eğilimimi etkiler. (14)	0.063	<b>0.843</b>	0.012	0.216
Mememin yeniden şekillendirilmesini yaptırmamamın nedeni, harici bir protez kullanmamdır. (15)	0.01	-0.135	<b>0.797</b>	0.251
Meme kanserinin yol açtığı ruhsal sorunlar, yeniden şekillendirmeye olan eğilimimi etkiler. (16)	0.383	0.122	<b>0.516</b>	0.091
Meme kanseri tedavisinin öncelikli olduğunu düşünüyorum. (17)	0.036	0.266	<b>0.421</b>	-0.178
Mememin yeniden şekillendirilmesi ile ilgili hizmet veren hastanelere erişimdeki güçlükler eğilimimi olumsuz etkiler. (18)	-0.018	-0.008	<b>0.724</b>	0.162
Kanserin tekrar etme korkusu eğilimimi etkiler. (19)	0.172	0.133	0.212	<b>0.679</b>
Mememin yeniden şekillendirilmesi ameliyatına bağlı komplikasyon korkusu eğilimimi etkiler. (20)	-0.025	0.05	0.134	<b>0.859</b>
Tekrar ameliyat olma korkusu eğilimimi etkiler. (21)	0.076	-0.018	0.052	<b>0.913</b>
<b>Açıklanan Varyans (%)</b>	20.26	13.39	12.27	10.89
<b>Toplam Açıklanan Varyans (%)</b>	<b>56.809</b>			

\*Varimax Rotasyon uygulanmıştır, 1: Ana Faktörler, 2: İkinci Faktörler, 3: Minör Bariyerler, 4: Korkuya Neden Olan Faktörlerdir.

## TARTIŞMA

Türkiye’de mastektomi olmuş hastaların mastektomi sonrası rekonstrüksiyona eğilimlerini değerlendiren spesifik bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu amaçla MSMYŞEÖ’ nün Türkçeye uyarlanması ve Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapıldı ve 21 madde ile 4 faktörden oluşan “MSMYŞEÖ” nün geçerlilik analizinde; dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve güvenilirlik analizinde ise iç tutarlılık analizi ve test-tekrar test yöntemine ilişkin bulgular tartışıldı.

Bilimsel çalışmalarda kullanılan bütün ölçme araçlarının gelecekte yapılacak olan araştırmalarda kullanılması için geçerli ve güvenilir olması gerekir. Eğer bir ölçme aracının geçerlilik ve güvenilirliği istenilen düzeyde olmazsa ölçülmeye çalışılan özelliklerin ve bilimsel araştırmalardan elde edilen sonuçların da geçerli ve güvenilir olacağı söylenemez. Bu nedenle ölçme araçlarının geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerinin literatürde belirtilen sınırlar içerisinde olması gerekir<sup>18</sup>.

Ölçek uyarlama çalışmalarında ilk olarak yapılması gereken şey orijinal ölçeğin, uyarlanacak olan toplumun kültürüne yönelik dil çevirisinin yapılmasıdır<sup>19</sup>. Çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve psikolinguistik (dilsel) farklılıklardan ileri gelmektedir. Bir ölçek uyarlamada aradaki farkı en aza indirebilmek için ölçek maddeleri titizlikle incelenmeli, çevrilen dilde anlamlı olması için gerekli dönüştürmeler yapılmalıdır<sup>19</sup>.

“MSMYŞEÖ” nün dil uyarlamasında, kavramsallaştırma ve anlatım farklılıklarının en aza indirebilmek için dünyada en çok uygulanan yöntem olan çeviri-geri çeviri yöntemi kullanıldı<sup>20,21</sup>. Bir ölçeği başka bir dile çevirmek için ardışıklık yaklaşımı önemlidir. Bu yaklaşıma göre, iki bağımsız çevirmenin ölçeği hedef dile, bir diğer bağımsız çevirmenin de ölçeği orijinal dile çevirmesi gereklidir. Daha sonra taslak ölçek araştırmacı tarafından orijinal ölçekle karşılaştırılmalı ve pilot çalışma ile ön uygulama yapılmalıdır<sup>20</sup>. Bu araştırmada dil uyarlama aşamasında benzer süreçler uygulandı. Bu çalışmalar sonucunda, MSMYŞEÖ’nün Türkçe Formu’nun dil geçerliliği yönünden uygun bir ölçme aracı olduğu söylenebilmektedir.

Geçerlilik, testte ölçülmek istenen özelliğin ne derece doğru ölçüldüğü ile ilgili bir kavramdır. Günümüzde kullanılmakta olan çok sayıda geçerlilik tekniği bulunmaktadır. Kullanılmakta olan teknikler içinde, kapsam/içerik geçerliliği ve yapı geçerliliği, bir ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için en çok tercih edilen tekniklerdendir<sup>18</sup>. Bu araştırmada Kapsam geçerliliğini değerlendirmek için Davis tekniği kullanılarak konuyla ilgili uzmanların görüşü alındı. Form üzerinde, uzmandan beklentiler açık bir şekilde belirtildi. Uzmanlardan; ölçekteki maddelerin hem Türkçe hem İngilizce açısından anlaşılır olup olmadığı, kültürel yapıya uygunluğu ve maddelerin ölçmesi planlanan kavramı karşılama durumu değerlendirilerek önerilerde bulunmaları istendi. Literatürde, kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesinde, uzman sayısının 3-20 arasında ve Kapsam Geçerlilik Ölçütü (KGÖ)/Kapsam Geçerlilik İndeks (KGİ) sonucununun 0.80 ve üzerinde olması gerektiği

bildirilmektedir<sup>20,22</sup>. Bu araştırmada, 12 uzman görüşüne başvurularak ölçek hakkında görüş alınması, literatürle uygunluk göstermektedir. Bu çalışmada, MSMYŞEÖ’ye ait bütün maddelerin KGİ skorları 0.83-1.0 arasında, ölçeğe ait Kapsam Geçerlilik İndeksi ise 0.98 olarak bulundu (Tablo 3). Salehi ve arkadaşlarının geliştirdiği Orjinal MSMYŞEÖ’nün içerik geçerliliği ise Lawshe yöntemiyle 0.99’dan fazla olduğu belirtilmiştir<sup>17</sup>. Dolayısıyla kapsam/içerik geçerliliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmadan, ölçeğin uygun bir ölçme aracı olduğu belirlendi.

Yapı geçerliliği, ölçme aracının ölçmeye çalıştığı teorik yapıyı ölçebilme derecesi olarak tanımlanmaktadır. Ölçme aracını oluşturan maddelerin birbirine benzer nitelikte ve homojen yapıda olması beklenir. Yapı geçerliliğini istatistiksel olarak değerlendirmenin en iyi yolu faktör analizidir<sup>18</sup>. Faktör analizi, ölçek maddelerinin hangi alt boyutlar altında toplanacağını belirlemek amacı ile yapılan bir ölçme tekniğidir<sup>23</sup>. Faktör analizi yapmadan önce verilerin yeterli sayıda ve faktör analizine uygun olduğunun değerlendirilmesi gerekmektedir<sup>24</sup>. KMO değeri 0 ile 1 arasında değer alır. Bu değer 1 e yakın olması sonucun iyi olduğunu gösterir. MSMYŞEÖ’nün Türkçe’ye uyarlama çalışmasında KMO değeri 0.615 olarak bulundu (Tablo 4). Salehi ve arkadaşlarının geliştirdiği Orjinal MSMYŞEÖ’nün KMO değerinin 0.85 olarak bulunduğu belirtilmiştir<sup>17</sup>. Bu değer, temel bileşenler analizi için ölçeğin uygun olduğunu göstermektedir. Ölçek uyarlama çalışmalarında faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemede kullanılan bir diğer test de Bartlett’s testidir<sup>18</sup>. MSMYŞEÖ’nün Bartlett’s testi sonucuna göre  $X^2=1286.757$  ve  $p=0.000$  olarak bulundu. Salehi ve arkadaşlarının geliştirdiği Orjinal MSMYŞEÖ’nün Bartlett’s testi ile ki kare değerinin 1296 ve p değerinin 0.231’den küçük olduğu belirtilmiştir<sup>17</sup>. Bartlett’s testi sonuçlarına göre  $p=0.000$  olması da verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek yeni değişkenler (faktör, boyutlar) oluşturmayı amaçlayan çok değişkenli bir istatistiksel ölçüm yöntemidir. Güvenilirliği test edilen ve güvenilir olduğu belirlenen ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi gerekmektedir<sup>25</sup>. Geçerli ve güvenilir olan MSMYŞEÖ’nün yapı geçerliliğini belirlemek için açılımcı faktör analizi kullanıldı. Açılımcı faktör analizi; bir ölçme aracında yer alan değişkenlerin belirli sayıda gruplara ayrılarak kaç alt başlık altında toplanabileceği ve aralarında nasıl bir ilişki olduğunun belirlendiği yöntemdir. Açılımcı faktör analizi ile ölçme aracında yer alan maddelerin belli alt faktörler veya alt boyutlarda toplanması beklenir<sup>12</sup>. Açılımcı faktör analizinde; maddelerin faktörlerle olan ilişkisini ve kaç alt boyuttan oluştuğunu belirlemek amacıyla maddelerin faktör yükleri matrisine bakıldı. Literatürde faktör yüklerinin 0.30 ve üzeri olması istenmektedir<sup>25</sup>. Yapılan çalışmada MSMYŞEÖ’nün, orijinal yapıya benzerlik gösterdiği için bu aşamada ölçekten hiçbir madde çıkarılmadı ve 4 alt boyutlu yapı orijinal ölçekte olduğu gibi kabul edildi.

Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında ölçeğin her bir maddesinin iç tutarlılık ve homojenliğinin belirlenmesinde

kullanılan analiz yöntemleri Cronbach alpha katsayısı ve madde toplam puan korelasyon katsayılarıdır. Bu istatistiksel yöntemlerin kullanılmasında amaç ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle uyum gösterip göstermediğini değerlendirmektir<sup>12,26</sup>. Cronbach Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında değerler alır. Bu değer 0.80 ile 1 arasında olması ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğunu gösterir<sup>12,27</sup>. Tablo 5’da da görüldüğü gibi ölçeğe ait toplam KR-20 katsayısı 0.842 olup, Ana Faktörler alt boyutu için 0.835, İkinci Faktörler alt boyutu için 0.828, Minör Bariyerler alt boyutu için 0.631 ve Korkuya Neden Olan Faktörler alt boyutu için Cronbach Alpha katsayısı 0.829 bulundu (Tablo 4). Bu bulgular MSMYŞEÖ’nün güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir. Salehi ve arkadaşlarının geliştirdiği Orjinal MSMYŞEÖ’nün Cronbach Alpha katsayısının ise 0.8 olarak bulunduğu belirtilmiştir<sup>17</sup>. Ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyon değerleri pozitif değerlidir ve hiçbir maddenin silinmesi, ölçek KR-20 katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmamaktadır. Bu nedenle bu aşamada da ölçekten hiçbir madde çıkarılmadı. Bu bulgular MSMYŞEÖ’nün mastektomi olmuş hastaların memenin yeniden şekillendirilmesine olan eğilimlerinin değerlendirilmesinde güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.

Zamana karşı değişmezlik ölçütünde farklı zaman dilimlerinde uygulanan ölçeğin tekrarlı ölçüm sonuçlarının benzer olması değerlendirilir<sup>27</sup>. Literatürde test-tekrar test için en az 30 bireye ulaşılması gerektiği belirtilmektedir<sup>12</sup>. MSMYŞEÖ’nün test-tekrar test ölçümleri arasında  $r=0.777$  düzeyinde pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Bu sonuçlara göre iki ölçüm arasındaki korelasyon değerinin istenilen düzeyde olduğu görüldü. Bu bulgular ölçeğin birinci ve ikinci ölçüm sonuçlarının benzer olduğunu gösterdi. Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesine yönelik yapılan analizlerden elde edilen bulgular MSMYŞEÖ’nün güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlanması ve Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik açısından incelenmesi amacıyla yapıldı. Bu çalışma sonucunda; ölçeğin yetişkin hastaların mastektomi sonrası memenin yeniden şekillendirilmesine eğilimlerini ölçmek için Türk toplumunda kullanılabileceği, geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu ve ölçek maddelerinin Türk kültürüyle uyumlu olduğu bulundu. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda MSMYŞEÖ’nün; mastektomi olmuş hastaların meme rekonstrüksiyonuna eğilimlerinin belirlenmesinde veri toplama aracı olarak kullanılması önerilebilir.

**Etik Kurul Onayı** (Kurul adı, tarih ve sayı no) Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan alınmıştır. (Karar No: 2016/03/7, Karar Tarihi: 18.03.2016).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Katılımcılardan araştırmaya katılmak için sözlü onam alınmıştır.

## Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: ZKÖ, AG

Veri Toplama: AG

Veri Analizi: ZKÖ, AG

Makale Yazımı: ZKÖ, AG

**Teşekkür:** Araştırmaya katılan bütün katılımcılara teşekkür ederiz. Bu çalışma bir yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Atatürk University Faculty of Health Sciences Ethics Committee (Decision number: 2016/03/7).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Verbal consent was obtained from the participants to participate in the study.

## Author contributions:

Study design: ZKO, AG

Data collection: AG

Data analysis: ZKO, AG

Drafting manuscript: ZKO, AG

**Acknowledgement:** We would like to thank all participants who participated in the study. This work was produced from a master's thesis.

## KAYNAKLAR

1. Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. Uluslararası İnsan Bilimleri Derg. 2004;1(1):3-4.
2. Vahabi M. Breast Cancer Screening Methods: A Review Of The Evidence. Health Care Women Int. 2003;24(9):773-93.
3. Akdeniz EB. Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012;3(2):53-60.
4. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Guidelines for management of breast cancer. [Internet]. 2006 [Erişim Tarihi 25 Ekim 2017]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119806>
5. Açıkgöz A, Çımrın D, Ergör G. Meme, prostat, kolorektal ve akciğer kanserlerinde çevresel risk faktörleri ve risk düzeylerinin belirlenmesi: Olgu-kontrol çalışması. Cukurova Med J. 2018;43(2):411-21.
6. İrdesel J. Postmenopozal Meme Kanserinde Osteoporozu Genel Yaklaşım. Türk Fiz. Tıp Rehab. Derg. 2005;51(1):25-32.
7. Homaei Shandiz F, Najaf Najafi M, Abbasi Shaye Z, Salehi M, Salehi M. Tendency to breast reconstruction after breast mastectomy among Iranian women with breast cancer. Med J Islam Repub Iran. 2015;29:224.
8. Hershman DL, Richards CA, Kalinsky K. Influence of health insurance, hospital factors and physician volume on receipt of immediate post-mastectomy reconstruction in women with invasive and non-invasive breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2012;136(2):535-45.
9. Aydın Y. Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahi. İstanbul: İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp

- Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyum Dizisi. 2006;54: 127-42.
10. Yeter K, Savcı A, Sayiner FD. Meme Kanserinde Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(2):65-68.
  11. Aydınтуğ S. Meme Kanserinde Erken Tanı. TTB Sted. 2004;13(6):226-28.
  12. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 4th ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2010.
  13. Okanlı A, Ekinci M. Meme Kanseri Hastası ve Eşlerinin Yaşam Doymaları, Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması. New Symposium Journal. 2008;46(1):9-14.
  14. Çam O, Babacan-Gümüş A. Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(3):52-60.
  15. Çeler HG, Özyurt BC, Elbi H, Özcan F. Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2018;18(2):164-74.
  16. Denizgil T, Sönmez İ. Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması. Yeni Symposium. 2015;53(3):17-25.
  17. Homaei Shandiz F, Najaf Najafi M, Salehi M, Salehi M. Development and Validation of a Questionnaire to Assess the Attitudes of Mastectomy Patients about Breast Reconstruction. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2014;16(90):16-24.
  18. Seçer İ. SPSS ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi. 2nd ed. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015.
  19. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. 2nd ed. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 2009.
  20. Gözüm S, Aksayan S. Kültürler arası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelik Araştırma Dergisi. 2002;4(1):9-14.
  21. Özgüven İ. Psikolojik Testler. 1st ed. Ankara: DREM Yayınları; 2004.
  22. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin MN. Hemşirelikte Araştırma, Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.
  23. Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003;5(1):3-14.
  24. Akgül A. İstatistiksel Analiz Teknikleri. 3st ed. Ankara: Emek Ofset; 2003.
  25. Büyüköztürk Ş. Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2002;32:470-83.
  26. Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik. 1st ed. Ankara: Detay Yayıncılık; 2002.
  27. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu ON, Erefe İ, Görak G, ve ark. Hemşirelikte Araştırma: İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset; 2002.

## Araştırma makalesi

## Research article

Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlariinin ve Etkileyen  
Faktörlerin Belirlenmesi**Banu ÇEVİK<sup>1</sup>, Ziyafet UĞURLU<sup>2</sup>, Aysel ABBASOĞLU<sup>3</sup>, Azize KARAHAN<sup>4</sup>, Çiğdem SALTAN<sup>5</sup>**

## 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

<sup>1</sup>Dr. 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

<sup>2</sup>Dr. 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

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

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

<sup>5</sup>Hemşire, 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 Uyumlariinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):75-84. 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<sup>1,2</sup>. Amerikan Kanser Birliği'nin (American Cancer Society-ACS) 2016 raporuna göre; kolorektal kanserler kadın ve erkeklerde en sık görülen 3. kanserdir<sup>3</sup>. Türkiye kanser istatistikleri 2014 verilerine göre, kolorektal kanser; en çok görülen 10 kanser türü arasında erkek ve kadınlarda 3. sırada yer almaktadır<sup>4</sup>. 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 belirtilmektedir<sup>4</sup>. Ülkemizde hastane kayıt sistemlerinin eksikliği ve stomaterapi ünitelerinin yaygın olmaması gibi nedenlerle, bağırsak stoması açılan birey sayısı tam olarak bilinmemektedir<sup>5</sup>.

Ostomi, çeşitli hastalıklar sonucunda, atık maddelerin beden dışına atılabilmesi amacıyla vücut üzerinde cerrahi olarak açıklık ya da ağız anlamına gelen 'stoma' oluşturulması işlemidir<sup>1,4,7,8</sup>. 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<sup>1,7</sup>. Bağırsak stoması açılmasının temel amacı; patolojik durumun ortadan kaldırılması, yaşam süresinin uzatılması, yaşam kalitesi artarak bireylerin üretken bir yaşama dönemlerine yardımcı olmaktır<sup>7</sup>. Cerrahide en sık uygulanan ostomi çeşitleri kolostomi, ileostomi olup, geçici ve kalıcı olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilmektedir<sup>1,2</sup>.

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<sup>1,6,8,9</sup>. 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<sup>5,6,9,10</sup>. 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<sup>6,8-10</sup>. 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 saptanmıştır<sup>10</sup>.

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, stoma bakımına, sosyal yaşama ve cinsel yaşama ilişkin sorunlarına ve

stomaya uyum sağlamaya yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi ile ilgili yapılmış çalışmalar sınırlı sayıdadır<sup>6,10-15</sup>. 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 yapabilen 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<sup>1,11-13</sup> hazırlanan soru formu ve Simmons ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen<sup>12</sup> Ostomi Uyum Ölçeği (OUÖ-23) ile toplanmıştır.

#### Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formunda; hastaların tanıttıcı 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 yapabilme 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 ölçeğidir<sup>12</sup>. Karadağ ve arkadaşları tarafından (2011) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır<sup>13</sup>. 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<sup>12,13</sup>. 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 belirlenmiştir<sup>13</sup>. 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  $\chi^2$  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	%
<b>Yaş</b>		
25-44 yaş	13	18.3
45-64 yaş	38	53.5
65 yaş ve üzeri	20	28.2
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	16	22.5
Erkek	55	77.5
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	53	74.6
Bekâr	18	25.4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuma yazma biliyor	4	5.6
İlkokul	6	8.5
Lise	37	52.1
Üniversite	24	33.8
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	9	12.7
Çalışmıyor	62	87.3
<b>Yaşadığı yer</b>		
Köy/ kasaba	4	5.6
İlçe	11	15.5
İl merkezi	56	78.9
<b>Ekonomik durum</b>		
Düşük	13	18.3
Orta	46	64.8
İyi	12	16.9
<b>Tedavi masraflarını karşılama durumu</b>		
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	%
<b>Stoma açılma nedeni</b>		
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
<b>Stoma tipi</b>		
Kolostomi	48	67.6
İleostomi	23	32.4
<b>Stomanın özelliği</b>		
Geçici stoma	51	71.8
Kalıcı stoma	20	28.2
<b>Stoma açılma süresi</b>		
1 yıldan az süre	49	69.0
1 yıldan fazla süre	22	31.0
<b>Stoma açılmadan önce stoma bölgesinin işaretleme durumu</b>		
Evet, işaretleme yapıldı	13	18.3
Hayır, işaretleme yapılmadı	58	81.7
<b>Stoma açılması hakkında bilgi verilme durumu</b>		
Evet, planlı stoma açıldı	44	62.0
Hayır, bilgi verilmedi	27	38.0
<b>Stoma bakımını yapan kişi</b>		
Kendisi	17	23.9
Yardımla kendisi	19	26.8
Yakını	35	49.3
<b>Stoma bakımı konusunda eğitimi kimden aldığı</b>		
Doktor	9	12.7
Hemşire	40	56.3
Firma yetkilisi	22	31.0
<b>Stoma konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu</b>		
Yeterli	52	73.2
Kısmen yeterli	11	15.5
Yetersiz	8	11.3
<b>Stoma bakımı hakkında taburculuk eğitimi alma durumu</b>		
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
<b>Stomaya ilişkin yaşanan sorunlar *(n=54)</b>		
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  $26.54 \pm 5.34$ , kaygı/endişe alt boyut puan ortalamasının  $11.48 \pm 1.18$ , sosyal uyum alt boyut puan ortalamasının  $9.32 \pm 2.08$ , öfke alt boyut puan ortalamasının  $5.35 \pm 1.76$  olduğu ve genel Ostomi Uyum Ölçeği puan ortalamasının  $57.97 \pm 5.52$  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	$26.5 \pm 5.34$ (min:5- maks:30)	0-36
Kaygı/endişe	$11.4 \pm 1.18$ (min:5- maks:19)	0-20
Sosyal Uyum	$9.32 \pm 2.08$ (min: 3- maks:15)	0-16
Öfke	$5.35 \pm 1.76$ (min:4- maks:16)	0-20
OUÖ-23	$57.9 \pm 5.52$ (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 ortalaması ilköğretim mezunları 28.25, lise mezunları 34.15 üniversite mezunları 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 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 uyumluluğu 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, 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.

## TARTIŞMA

Bağırsak stoması açılma nedenleri olarak literatürde Divertikülit, crohn's hastalığı, ülseratif kolit, kolorektal kanserler belirtilmekte olup en sık ostomi açılma sebebi kolorektal kanserlerdir<sup>2,16</sup>. Ostomi cerrahisi her yaşta bireye uygulanabilmektedir<sup>16</sup>

Araştırmada hastaların yaş ortalaması  $56.62\pm13.39$ '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<sup>13,14,17,18</sup>. Simmons ve ark. (2011) çalışmasında stoması olan hastaların 17-80 yaş grubu arasında ve yaş ortalamasının  $64.03\pm11.83$  olduğu belirtilmiştir. Özyayın ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada hastaların %66.6'sının ostomi açılma nedeni tümöre bağlı kolon obstrüksiyonu olarak

bildirilmiştir<sup>17</sup>. Karabulut ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada hastalara ostomi açılma nedeninin çoğunlukla kolorektal tümör olduğunu bildirmiştir<sup>5</sup>. 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<sup>2,4,6,15,19,20</sup>. 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 kalkmaktadır<sup>20-22</sup>. 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 belirtilmiştir<sup>20</sup>.

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.
<b>Eğitim durumu</b>										
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		<b>0.027</b>		<b>0.037</b>		0.754		0.082	
<b>Çalışma durumu</b>										
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		<b>0.014</b>		<b>0.026</b>		0.955		0.900	
<b>Yaşadığı yer</b>										
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	<b>0.022</b>		<b>0.015</b>		0.383		0.748		0.075	
<b>Ameliyat öncesi dönemde bağırsak stoması açılacağına ilişkin söyleme durumu</b>										
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	<b>0.017</b>		0.311		0.067		0.068		<b>0.001</b>	
<b>Bağırsak stoması nedeni ile sorun yaşama durumu</b>										
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	<b>0.010</b>		0.311		0.067		0.068		0.092	
<b>Stoma bakımı</b>										
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		<b>0.003</b>		<b>0.026</b>		0.707	

\*Mann-whitney U testi, \*\* Kruskal Wallis testi, p&lt;.0.05

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 belirtmiştir<sup>4</sup>. 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 belirtmişlerdir<sup>19</sup>. Araştırmada hastalara bakımı üstlenmek istememe engelleri sorulmuştur. 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<sup>22,23</sup>.

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 belirtmişlerdir<sup>21</sup>. Özaydın ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada en sık görülen komplikasyonlar peristomal cilt irritasyonu (%63) ve ostomi çevresi enfeksiyonu (%25) olarak bildirilmiştir<sup>17</sup>. McKenna ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada ameliyat öncesi dönemde stoma alanı işaretlenmeyen hastalarda sızıntı ve peristomal cilt irritasyonunun daha sık görüldüğü belirtilmiştir<sup>8</sup>.

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<sup>14,24</sup>. 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 uygulanmıştır<sup>23</sup>. Çalışmada ostomi uyum ölçeği genel puan ortalaması ilk birinci ayda 48.63±13.75 ve altıncı ayda 50.59±13.89 olduğu belirtilmiştir<sup>23</sup>. 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 belirtmiştir<sup>23</sup>. Riemenschneider (2015) ostomili bireylerin ostomiye uyumlarını belirlemek için yaptığı çalışmada; hastaların cinsiyet, yaş, iş durumu ostominin tipi ve tıbbi tanısı ile uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir<sup>24</sup>. 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<sup>10,25,26</sup>. 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 belirtilmektedir<sup>22</sup>. 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 puanı 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 belirtilmiştir<sup>24</sup>. 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 yapıyor 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 yapılıyor olması önemli bir eksikliktir. Oysa ki, stoma bölgesinin işaretlenmesi sadece hastanın doktoru tarafından değil, stoma hemşiresi tarafında da yapılabilir. Bu sonuç ameliyat öncesi süreçte çalışmanın yapıldığı kurumda stoma konusunda hastalara verilen eğitim etkinliğininin 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 sağlamlasını 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 algılansa da, hastaların eğitim düzeylerin 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<sup>5,10,14,25</sup>.

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, stomayı kabullenememe (şok yaşama) sorunlarını yaşadıkları belirtilmiştir<sup>27</sup>. 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 artıkça kabullenmenin ve uyumun daha iyi olduğu belirtilmektedir. Simmons ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011) stomaya uyumun yaşla birlikte artış gösterdiği belirtilmektedir<sup>22</sup>. Simmons ve ark. (2007) arkadaşlarının bir çalışmasında kalıcı stoması olan hastaların psikososyal uyumları artıkça yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu belirtmişlerdir<sup>12</sup>. 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 düzenlenmez. 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, (TUİK). [Internet]. 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. 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.
12. 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.
13. Karadağ A, Baykara GZ, Korkut H, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Ulus Cerrahi Derg*. 2011;27(4):206-11.
14. Notter J, Chalmers F. Living with A Colostomy: A Pilot Study. *Gastroenterol Nurs*.2013;10(6):18-24.
15. Perez-Merino R. Improving Colorectal Cancer Patients' Quality of Life After Ostomy Formation. *Gastroenterol Nurs* 2014;12(9):42-7..
16. 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.
17. Özyayın İ, Taşkın AK, İskender A. Ostomi ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi. *JCEI*. 2013;4(1):63-66.
18. 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.
19. 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.
20. 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.

21. 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
22. 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.
23. 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.
24. Riemenschneider, K. Uncertainty and Adaptation Among Adults Living with Incontinent Ostomies. 2015 ;42(4):361-367.
25. 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.
26. 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.
27. Kara F, Aslan Eti F. Stomalı bireylerin evde ilk gün deneyimlerinin incelenmesi, *Turk J Colorectal Dis*.2017;27:117-124.

**Düzeltilme**

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nin 2020 Eylül/Aralık 3. sayısında yayınlanan "Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlularının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı makalenin metin içi kaynak gösteriminin yeniden düzenlendiği son hali, 2021 Ocak/Nisan 1. sayısında yayınlanmıştır.

## Derleme makale

## Review article

# Ameliyat Kaynaklı Basınç Yaralanmalarını Önlemede Etkili Kanıt Temelli Girişimler



Didem KANDEMİR<sup>1</sup>, Serpil YÜKSEL<sup>2</sup>

## ÖZ

Cerrahi girişim geçiren hastalar, basınç yaralanmaları açısından yüksek risk altındadır. Özellikle uzun süren cerrahi girişimler sırasında basıncın etkisiyle dokuda oluşan değişim, ameliyat sonrası 3-7. günlerde ciddi basınç yaralanmaları ile sonuçlanabilmektedir. Bu derlemede, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlemede etkili kanıt temelli girişimleri literatür ışığında tartışmak amaçlandı. Derlemede, elektronik veri tabanları taranarak elde edilen, 2006-2020 yılları arasında yayınlanmış, tam metnine ulaşılabilen, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmaları ile ilgili çalışma ve rehberler incelendi. Ameliyat sırasında basınç yaralanması oluşma sıklığı %1.3-51 arasında değişmekte olup, tüm hastane kaynaklı basınç yaralanmalarının %45'ini oluşturmaktadır. Ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlemede etkili kanıt temelli girişimler; risk değerlendirmesi, pozisyon verme, koruyucu örtü ve destek yüzey kullanımı başlıkları altında ele alınmıştır. Bu yaralanmaları önlemek amacıyla öncelikle uzun ameliyat süresi, hipotermi ve hipotansif ataklar gibi basınç yaralanması riskini artıran faktörler belirlenmelidir. Ameliyat masasında, basıncı dağıtan destek yüzeyler kullanılmalıdır. Ameliyat sırasında hastaya basınç yaralanması riskini azaltacak şekilde pozisyon verilmeli ve topuklar elevasyona alınmalıdır. Gerekirse, topuk süspansiyon cihazları kullanılmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde mutlaka ameliyat sırasında verilen pozisyonun farklı bir pozisyon verilmelidir. Sonuç olarak, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlemede, bireysel ve cerrahi girişim ilişkili risk faktörlerinin dikkatle değerlendirilmesi ve önleme girişimlerinin bu faktörler ve kanıt temelli girişimler dikkate alınarak planlanması önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Ameliyathane, ameliyat sonrası, basınç yaralanması, kanıta dayalı uygulamalar, önleme

## ABSTRACT

### Effective Evidence-Based Practices in Preventing Intraoperatively Acquired Pressure Ulcers

Patients undergoing surgery are at high risk for pressure injuries. Especially during long-term surgical interventions, the change in tissue caused by pressure may result in serious pressure injuries in the 3-7. days after surgery. In this review, it was aimed to discuss evidence-based interventions that are effective in preventing intraoperatively acquired pressure in the light of the literature. In the review, studies and guides on intraoperatively acquired pressure ulcers, which were obtained by scanning electronic databases, published between 2006-2020, and whose full text was available, were examined. The incidence of intraoperatively acquired pressure ulcers varies between 1.3-51%, and this ratio constitutes 45% of all hospital-acquired pressure ulcers. Effective evidence-based interventions in preventing intraoperatively acquired pressure ulcers were discussed under the titles of risk assessment, positioning, use of prophylactic dressing, and support surface. In order to prevent these injuries, factors that increase the risk of pressure injuries such as long operation time, hypothermia, and hypotensive attacks should be determined. On the operating table, pressure redistributing mattresses should be used. During the operation, the patient should be positioned in a way that reduces the risk of pressure injury, and the heels should be elevated. If necessary, heel suspension devices should be used. In the postoperative period, a different position should be given from the position given during the operation. In conclusion, in preventing surgical pressure injuries, it is important to carefully evaluate individual and surgical intervention-related risk factors and plan prevention interventions by considering these factors and evidence-based interventions.

**Keywords:** Evidence-based practice, intraoperative, operating room, pressure injury, prevention

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye, E-mail: didem\_ztrk@hotmail.com, Tel: 02166261050- 2162, ORCID: 0000-0003-2690-2179

<sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya, Türkiye, E-mail: yukselserpil1977@gmail.com, Tel: 03323204049- 2029, ORCID: 0000-0001-6881-8288

Geliş Tarihi: 11 Temmuz 2019, Kabul Tarihi: 14 Eylül 2020

\*Bu çalışma, 15-17 Kasım 2018 tarihlerinde Sakarya, Türkiye'de gerçekleştirilen 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Atıf/Citation:** Kandemir D, Yüksel S. Ameliyat Kaynaklı Basınç Yaralanmalarını Önlemede Etkili Kanıt Temelli Girişimler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):85-92. DOI: 10.31125/hunhemsire.907916

## GİRİŞ

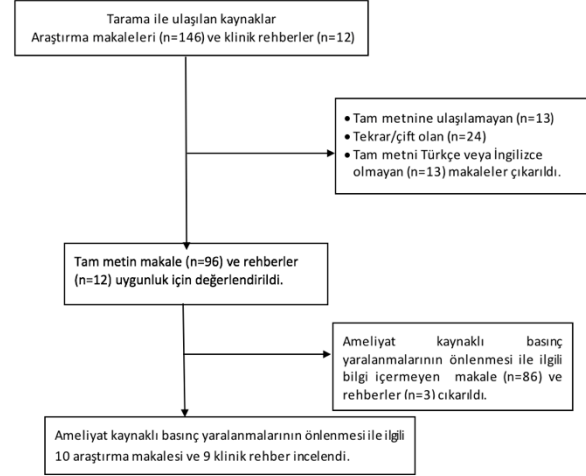
Hastanede tedavi ve bakım uygulanan hastalar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ve klinikler gibi farklı bakım ortamlarında basınç yaralanması riski ile karşı karşıya kalmaktadır<sup>1-4</sup>. Ulusal Basınç Yaralanması Danışma Paneli (National Pressure Injury Advisory Panel-NPIAP) basınç yaralanmalarını, genellikle bir kemik çıkıntısı üzerinde veya bir tıbbi araç ya da başka bir araçla ilişkili olarak deride veya derin dokularda oluşan lokalize hasar olarak tanımlanmıştır<sup>3</sup>. Cerrahi tedavi geçiren hastada, birkaç saatlik ameliyat sürecinde ve ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde oluşan basınç yaralanmaları, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmaları olarak adlandırılmaktadır<sup>5</sup>. Literatürde, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası ilk saatte<sup>6</sup>, ilk 72 saat içinde<sup>7</sup> veya ilk 6 gün içinde<sup>8</sup> oluşan yaralanmalar olarak tanımlayan çalışmalar da bulunmaktadır. Ameliyat kaynaklı basınç yaralanması insidansının %1.3-51 arasında değiştiği<sup>5-7,9-14</sup> ve bu oranın tüm hastane kaynaklı basınç yaralanmalarının %45'ini oluşturduğu belirlenmiştir<sup>14</sup>. 17 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede, 10 ülkenin ameliyat kaynaklı basınç yaralanması insidansının %0.3-57.4 aralığında değiştiği, ortalamasının %15 olduğu belirtilmiştir<sup>15</sup>. Chen ve ark.(2017)<sup>12</sup>, ameliyat sonrası erken dönemde hastaların %19.8'inde basınç yaralanması oluştuğunu ve bu yaralanmaların %24.5'inin ameliyat sonrası ilk gün, %20.8'inin ise ikinci gün oluştuğunu belirlemiştir. Kim ve ark. (2018)<sup>11</sup> da hastaların %37.2'sinde ameliyat sonrası erken dönemde basınç yaralanması oluştuğunu bildirmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda oranının %40.4<sup>16</sup> ve %54.8<sup>8</sup> olduğu saptanmıştır. Ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarının cerrahi tedavi geçiren hastaları ciddi oranda etkilediğini gösteren bu bulgular, uluslararası sağlık bakım kalitesinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilen<sup>3,9,14,17,18</sup> bu yaralanmaların oluşumunda rol alan risk faktörlerinin belirlenmesinin ve bu faktörlerin kontrolüne yönelik girişimlerin planlanmasının önemine dikkati çekmektedir.

## Amaç

Bu derlemede, 2006-2020 yılları arasında yayınlanmış araştırma makaleleri ve rehberler doğrultusunda, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlemede etkili kanıt temelli girişimleri incelemek amaçlandı.

Literatür taraması, PubMed, ScienceDirect, Scopus, CINAHL Plus, Cochrane, EbscoHost Dynamed, EbscoHost Health Source, Ovid LWW Journals, Springer Link, Google Scholar ve ULAKBİM elektronik veri tabanlarında yapıldı. Taramada, "basınç ülseri/yaralanması (pressure ulcer/injury)", "ameliyat kaynaklı basınç ülseri/yaralanması (intraoperative pressure ulcer/injury)", "basınç ülserlerinin/yaralanmalarının önlenmesi (prevention of pressure ulcers/injuries)", "cerrahi hastası (surgical patient)", "kanıt temelli girişimler (evidence-based initiatives)" ve klinik rehberler (clinical guidelines) anahtar kelimeleri kullanıldı. Tam metnine ulaşılabilen Türkçe ve İngilizce araştırma makaleleri ve rehberler incelendi. Tarama sonunda 146 İngilizce makaleye ve 12 İngilizce klinik

rehbere ulaşıldı. Ameliyathane kaynaklı basınç yaralanmalarının önlenmesi ile ilgili kanıt temelli bilgi içermeyen 86 makale ve üç rehber, tam metnine ulaşılabilen 13 makale, çift/tekrarlı olan 24 makale ve tam metni Türkçe veya İngilizce olmayan 13 makale çalışmaya dahil edilmedi. Derlemede, 10 araştırma makalesinde ve 9 klinik rehberde yer alan kanıt temelli girişimler incelendi (Şekil 1).



Şekil 1. Derleme için makale ve rehberlerin seçimini gösteren akış şeması

## Ameliyat Kaynaklı Basınç Yaralanmalarında Oluşan Fiziopatolojik Değişiklikler

Ameliyat sırasında, uzun süreli basınca, nem, sürtünme ve yırtılma (makaslama-shearing) kuvveti gibi faktörlerin eşlik etmesi, özellikle sakral bölge, gluteal bölge ve topuklarda, basınç yaralanması riskini artırmaktadır<sup>10,18-20</sup>. Diğer basınç yaralanmalarında olduğu gibi ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarında da en önemli etken basınçtır<sup>1,4,21</sup>. Basınca eşlik eden nem ve sürtünme kuvveti, derinin epidermis ve dermis tabakasının soyulmasına neden olmakta, dokular arasında oluşan yırtılma kuvveti ise kan damarlarının sıkışmasına neden olarak dokunun beslenmesini bozmakta, iskemi ve nekroz oluşum sürecini hızlandırmaktadır<sup>1,4,19-22</sup>. Kitamura ve ark. (2019)<sup>21</sup>, ameliyat sırasında basınç altında kalan bölgelerin subkutan dokusunda ödem oluştuğunu ve kas tabakasının incelendiğini saptamış ve bu bölgelerde basınç yaralanması oluştuğunu belirlemiştir. Ameliyat sırasında dokuya uygulanan basınç 32 mmHg üzerine çıktığında kapiller dolaşım bozulmakta, basınç altında kalan deride sırasıyla kızarıklık, endürasyon ve bül; subkutan doku, kas ve kemiklerde ise iskemi ve nekroz oluşmaktadır<sup>1,3,15</sup>. Basıncın yoğunluğu dışında, süresi ve şiddeti de basınç yaralanması oluşumunu etkilemektedir. Dokuya 2 saat süreyle uygulanan basınç küçük iskemik değişikliklere neden olurken, aynı basınç 6 saat uygulandığında kaslarda ciddi hasar oluşmaktadır<sup>9,23</sup>. Basınç kaynaklı iskemiden en çok etkilenen doku kas dokusudur<sup>21</sup>. Bu nedenle ameliyat sırasında oluşan basınç, derinin iç tabakalarına ve deri altı dokulara daha fazla etki etmekte; dokuda oluşan hasar,



deriden önce subkutan doku veya kasta başlamakta ve kemik dokuya kadar hızla ilerleyerek, ameliyat sonrası ilk 3-7 gün içinde cerrahi tedavi gerektirecek ciddiyyete basınç yaralanmalarına neden olmaktadır<sup>1,9,10,14,19</sup>.

**Ameliyat Kaynaklı Basınç Yaralanması Risk Faktörleri**  
Ameliyat sırasında hastaların hareketsiz olması, ameliyat masasının yüzeyinin sert olması ve uygulanan anestetik ajanlar nedeniyle hastanın basınç ve yırtılma kuvvetlerinden kaynaklanan ağrıyı hissedememesi ve pozisyonunu değiştirememesi, ameliyat kaynaklı basınç yaralanması riskini artırmaktadır<sup>3,24,25</sup>. Bu derlemede, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarının oluşumunda rol alan faktörler,<sup>1,26</sup> ameliyat öncesi, sırası ve sonrası faktörler olarak üç başlık altında ele alınmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Ameliyat Kaynaklı Basınç Yaralanması Risk Faktörleri**

Ameliyat Öncesi Risk Faktörleri	Ameliyat Sırası Risk Faktörleri	Ameliyat Sonrası Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none"> <li>• İleri yaş</li> <li>• Sigara içme</li> <li>• Hipoalbuminemi</li> <li>• Hipoproteinemi</li> <li>• Kas kütlelerinin azalması</li> <li>• Fazla kilo/obezite</li> <li>• Düşük beden kitle indeksi</li> <li>• Dehidratasyon</li> <li>• Eşlik eden hastalıklar               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diyabetes Mellitus</li> <li>- Hipertansiyon</li> <li>- Solunum hastalıkları</li> <li>- Kardiyovasküler hastalıklar</li> <li>- Anemi</li> <li>- Nörolojik hastalıklar</li> </ul> </li> <li>• Hemogloblin düşüklüğü</li> <li>• Fiziksel harekette azalma</li> <li>• Hareketsizlik/immobilite</li> <li>• Hipotansif ataklar</li> <li>• Braden risk puanının düşük olması</li> <li>• Ameliyat için bekleme süresinin uzun olması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ameliyatın tipi</li> <li>• Hipotermi</li> <li>• Anestezi uygulaması</li> <li>• Anestetik ajanların kullanımı</li> <li>• Hemodinamik değişiklikler               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipotansif ataklar</li> <li>- Ekstrakorporal dolaşım</li> <li>- Kan kaybı</li> <li>- Periferik kan akımında azalma</li> </ul> </li> <li>• Ameliyat süresi</li> <li>• Ameliyat sırasında verilen pozisyon</li> <li>• Isıtma araçlarının kullanımı</li> <li>• Derinin sürtünmesi</li> <li>• Dokularda yırtılma/shearing oluşumu</li> <li>• Uygulanan basıncın şiddeti (&gt;32mmHg) ve süresi</li> <li>• Nem /ıslaklık/inkontinas oluşumu</li> <li>• Duyusal algının bozulması/duyusal kayıp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normotermi sağlanamaması</li> <li>• Verilen pozisyon</li> <li>• Mobilizasyonun ve ambulasyonun gecikmesi</li> <li>• Yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalış süresinin uzun olması</li> <li>• Cerrahi alanın basınç altında kalması</li> <li>• Yatak başı elevasyon derecesi</li> <li>• Yetersiz beslenme</li> <li>• Islaklık ve nem gibi çevresel faktörler</li> </ul>

### Ameliyat Öncesi Risk Faktörleri

Dokunun basıncı toleransını etkileyen bu faktörler; ileri yaş,<sup>1, 24,25,27</sup> sigara içme,<sup>1</sup> ilaç kullanımı (kortikosteroidler, vazopressörler vb.),<sup>24,26,28</sup> eşlik eden kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, solunum hastalıkları, nörolojik hastalıklar, Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon (HT), kanser vb.),<sup>1,9,13,19,24-27</sup> yetersiz beslenme,<sup>27</sup> albumin (<3 mg/dl),<sup>11</sup> hipotansiyon,<sup>12,29</sup> beden kitle indeksinin (BKİ) düşük (<19 kg/m<sup>2</sup>)<sup>17,24,28,30</sup> veya yüksek (≥30 kg/m<sup>2</sup>) olması,<sup>5,17</sup> derinin ödemli olması,<sup>31</sup> terleme,<sup>32</sup>

hipertermi,<sup>10,27,32</sup> hipotermi,<sup>9</sup> ve Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anesthesiologists-ASA) risk sınıflamasının 4 veya 5 olmasıdır<sup>24</sup>. Retrospektif bir çalışmada, ameliyat öncesi dönemde derinin basınç altında kalmasının ve hastanın fiziksel aktivitesinin yetersiz olmasının, ameliyat kaynaklı basınç yaralanması riskini sırasıyla 2.3 ve 1.39 kat artırdığı belirlenmiştir<sup>31</sup>. 14 çalışmanın dahil edildiği bir metaanaliz çalışmasında, kardiyovasküler sistem hastalığı, solunum sistemi hastalığı, DM'ü olan ve hemoglobin düzeyi düşük olan cerrahi girişim planlanan hastalarda basınç yaralanması riskinin yüksek olduğu saptanmıştır<sup>26</sup>.

### Ameliyat Sırası Risk Faktörleri

Fiziksel ve çevresel faktörleri içeren ve önlenabilir risk faktörleri olarak kabul edilen bu faktörler; ameliyatın tipi,<sup>1,9,12,13,19,30</sup> ameliyat süresi,<sup>5,9,10,13,19,26,28,30</sup> ameliyat süresince korunan pozisyon (supine pozisyonu,<sup>18,19,33</sup> prone pozisyonu<sup>13,23,30,34</sup>), pozisyon vermek<sup>23</sup> ve vücut sıcaklığını yükseltmek amacıyla kullanılan araç-gereçler<sup>1</sup>, uygulanan anestetik ajanlar,<sup>29</sup> kan kaybı,<sup>11,29,30</sup> hipotermi,<sup>1,9</sup> hipertermi (>38.1°C),<sup>32</sup> hipotansif ataklar,<sup>12,24,29</sup> nem, basınç, sürtünme ve yırtılma kuvveti olarak sıralanmaktadır<sup>1,2,29</sup>. Yapılan çalışmalarda, ameliyat süresindeki bir saatlik artışın ameliyat kaynaklı basınç yaralanması riskini 2.85 kat artırdığı<sup>5</sup> ve uzun ameliyat süresinin, basınç yaralanması riskini artıran bağımsız bir risk faktörü olduğu,<sup>5,26,28,34</sup> altı saat ve daha uzun süren ameliyatlarda riskin çok yüksek olduğu,<sup>30</sup> iki saatten uzun süren ameliyatlarda, hipotermi, DM ve kardiyovasküler hastalığın basınç yaralanması riskini artırdığı belirlenmiştir<sup>9</sup>. Servikal miyelopati, disk hernisi, spondilolistezis ve spinal stenoz gibi nedenlerle omurga cerrahisi uygulanan hastalar ile yapılan bir çalışmada, ameliyat süresi beş saat ve daha uzun olanlarda basınç yaralanması oluşma oranının 8.12 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>13</sup>. Retrospektif bir çalışmada da, 4 saat ve uzun süreli ameliyatlarda doku perfüzyonunu etkileyen hastalıkların varlığı (DM, HT vb.), ameliyat tipi (abdominal, torasik ve ortopedik cerrahi) ve supine pozisyonunun ameliyat kaynaklı basınç yaralanması riskini artırdığı bildirilmiştir<sup>19</sup>. Farklı olarak Xiong ve ark. (2018)<sup>31</sup>, ameliyat süresinin basınç yaralanması riskini artırmadığını, ameliyat sırasında verilen pozisyonların ve ekstra uygulanan basıncın, ameliyat kaynaklı basınç yaralanması riskini artıran bağımsız risk faktörleri olduğunu saptamıştır.

### Ameliyat Sırasında Oluşan Basınç Yaralanmalarını Önlemede Etkili Kanıt Temelli Girişimler

Basınç yaralanmalarını önlemek amacıyla yayınlanmış olan klinik rehberlerin<sup>1,3,4,17,20,22,27,35,36</sup> sadece bazılarında, risk değerlendirmesi,<sup>3,27,35</sup> pozisyon verme,<sup>3,22,27,35</sup> koruyucu pansuman ve destek yüzey kullanımının,<sup>3,27,35</sup> ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlemedeki etkisine ilişkin kanıt temelli önerilerin, kanıt güçleri (KG)<sup>3,27,35</sup> veya kanıt düzeyleri (KD)<sup>22</sup> ile birlikte sınırlı olarak sunulduğu saptanmıştır. Literatürde, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik girişimleri kapsamlı olarak ele alan klinik rehberlere rastlanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Ameliyat Kaynaklı Basınç Yaralanmalarının Önlenmesi ile İlgili Araştırmalar

Araştırma	Araştırma Tipi ve Örneklem	Araştırma Sonuçları
<b>Pozisyon verme</b>		
Goodwin ve ark. (2011) <sup>23</sup>	Retrospektif, 66 sakral neoplazm hastası	Ameliyat sırasında, Mayfield kelepçe ile hastanın kafasının ve yüzünün ameliyat masasına temasının engellenmesinin yüz bölgesinde oluşabilecek yaralanmaları önlemede etkin olduğu saptanmıştır.
Malkoun ve ark. (2012) <sup>37</sup>	Prospektif kohort çalışması, 116 vasküler cerrahi hastası	Ameliyat sırasında topukları yüksekte tutan cihazların, viskoelastik jel örtü ve bloklara göre topuklardaki basıncı azaltmada daha etkin olduğunu belirlemiştir.
Guo ve ark. (2019) <sup>38</sup>	Randomize kontrollü çalışma, 104 genel cerrahi hastası (Deney=52, Kontrol=52)	Normal supine pozisyonu ile kıyaslandığında eğrisel (curvilinear) supine pozisyonunun, sakrum ve topuklarda basınç yaralanması oluşumunu anlamlı olarak azalttığını saptamıştır.
<b>Koruyucu örtü (pansuman) kullanımı</b>		
Riemenschneider (2018) <sup>14</sup>	Ön test-son test düzenli kontrol gruplu çalışma, 81 vasküler cerrahi hastası (Deney=44, Kontrol=37)	Ameliyat sırasında hastaların sakrum bölgesine uygulanan beş katmanlı silikon köpük örtünün sakral basınç yaralanmalarını önlemede etkin olduğunu saptamıştır.
Yoshimura ve ark. (2018) <sup>34</sup>	Prospektif, çapraz kontrollü klinik çalışma, Prone pozisyonunda spinal cerrahi uygulanan 100 hasta	Poliüretan film örtüler ile kıyaslandığında hastaların göğüs bölgesine uygulanan yumuşak silikon köpük örtülerin, göğüs bölgesinde basınç yaralanması oluşma oranını anlamlı oranda azalttığını belirlemiştir.
Haleem ve ark. (2020) <sup>38</sup>	Prospektif çalışma, 12 spinal cerrahi hastası	Prone pozisyonu verilen hastaların yüz bölgesindeki kemik çıkıntılarının parafin tül gras örtüler ile kaplanmasının fasiyal basınç yaralanmalarını önlediğini belirlemiştir.
<b>Destek yüzey kullanımı</b>		
Feuchtinger ve ark. (2006) <sup>39</sup>	Randomize kontrollü çalışma, 175 kardiyak cerrahi hastası (Deney=85, Kontrol=90)	Standart ameliyat masası ile kıyaslandığında, 4 cm'lik termoaktif viskoelastik köpük kaplamalı masada ameliyat edilen hastalarda daha fazla basınç yaralanması oluştuğu (sırasıyla, %11.1, %17.6), ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.
Kirkland-Walsh ve ark. (2015) <sup>33</sup>	Tanımlayıcı karşılaştırmalı, çapraz kontrollü kantitatif çalışma, 51 sağlıklı gönüllü	Dört farklı ameliyat masası yüzeyini (1. Standart üç katman visko elastik köpük kaplama yüzey, 2. standart ameliyat masası üzerine yerleştirilmiş sakral bölgenin altına konan hava ile şişirilmiş statik minder, 3. alt kısmı yüksek yoğunluk köpükten, üst kısmı kendi kendini şekillendiren kopolimer jelden oluşan iki katmanlı yüzey, 4. içinde sıvı dolaşan yüzey) karşılaştırmışlar ve sakral bölgedeki basıncın hava ile şişirilmiş statik minderde ve içinde sıvı dolaşan yüzeyde daha düşük olduğunu saptamışlar, özellikle uzun süreli ameliyatlarda basınç yaralanmalarını önlemek amacıyla bu yüzeylerin kullanılabilceğini belirtmişlerdir.
Ezeamuzie ve ark. (2019) <sup>40</sup>	Prospektif olgu kontrol çalışması, 212 nörocerrahi hastası (Deney=104, Kontrol=108)	Ameliyat sırasında kullanılan düşük profilli alternatif basınçlı destek yüzeylerin ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını anlamlı olarak azalttığını belirlemiştir.
Joseph ve ark. (2019) <sup>41</sup>	Prospektif olgu kontrol çalışması, 392 nörocerrahi hastası (Deney=100, Kontrol=292)	Ameliyat sırasında kullanılan düşük profilli alternatif basınçlı destek yüzeylerin ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını anlamlı olarak azalttığını belirlemiştir.

Ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik gerçekleştirilen klinik araştırmaların da (14 araştırma) pozisyon verme<sup>18,23,37</sup> koruyucu pansuman uygulaması<sup>14,34,38</sup> ve destek yüzey kullanımına<sup>33,39-41</sup> odaklandığı bulunmuştur.

### Risk Değerlendirmesi

Cerrahi tedavi geçiren tüm hastalar ameliyat kaynaklı basınç yaralanması açısından riskli kabul edilmeli<sup>17,33</sup> ve bu yaralanmaları önlemek amacıyla mutlaka kapsamlı bir risk değerlendirmesi yapılmalıdır (KG:C)<sup>35</sup>. Risk değerlendirmesi, ameliyat öncesi dönemde hasta kliniğe kabul edildiği anda yapılmalı, riskli hastalar belirlenmeli ve basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik girişimler planlanmalıdır<sup>1,10,35,36</sup>. Başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri doğru ve güvenilir bir risk değerlendirmesini nasıl yapacakları konusunda eğitilmelidir (KG:B)<sup>3,27,36</sup>.

Basınç yaralanması riski değerlendirilirken mutlaka ileri yaş (KG:C), DM varlığı (KG:A), solunum ve dolaşım sorunları (KG:B), nörolojik sorunlar (KG:C), yetersiz oksijenlenme ve yetersiz beslenme (KG:C), beden sıcaklığında artış (KG:B), ameliyat süresi ve ASA risk puanı (KG:B) dikkate alınmalıdır<sup>27</sup>. Ek olarak, ameliyat öncesi hareketsizlik süresi, ameliyat süresi, ameliyat sırasında pozisyon değişiminin yapılıp yapılmadığı, ameliyat sırasında hipotansif atak oluşma durumu, hipotermi gelişimi, ameliyat sonrası ilk gün mobilizasyonun sağlanma durumu gibi risk faktörleri de mutlaka değerlendirilmelidir (KG:C)<sup>3,35</sup>. Hareket ve aktivitesi sınırlı olan, sürtünme ve yırtılma oluşma riski yüksek olan tüm hastalar basınç yaralanması için riskli kabul edilmelidir (KG:A)<sup>27</sup>.

Basınç yaralanması riski, geçerli ve güvenilir bir araçla değerlendirilmeli (KG:C)<sup>3,35</sup> bunun yanı sıra ölçme aracı kapsamında değerlendirilmeyen risk faktörleri ve hastanın klinik durumu da mutlaka dikkate alınmalıdır (KG:C)<sup>3</sup>. Basınç yaralanması riskini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan ölçekler, Braden, Norton ve Waterlow ölçekleri olup<sup>10,42</sup> bu ölçekler cerrahi tedavi geçiren hastaya özgü değildir<sup>30</sup>. Yapılan çalışmalarda, Braden ölçek puanı 14 puan ve altında olanlarda<sup>25</sup> ve 20'den az olanlarda<sup>13</sup> ameliyat kaynaklı basınç yaralanması oluşma oranının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiş olmasına rağmen, bu ölçeklerin ameliyat kaynaklı basınç yaralanması riskini değerlendirmede yetersiz kaldığı bildirilmiştir<sup>30,42</sup>.

Literatürde, ameliyat kaynaklı basınç yaralanması riskini artıran faktörlerin değerlendirildiği farklı risk değerlendirme ölçekleri bulunmaktadır<sup>25,42-45</sup>. Bu ölçeklerden sadece 3S Ameliyathane Basınç Yarası Risk Tanılama Ölçeği'nin (3S Intraoperative Risk Assessment Scale of Pressure Sore)" Türkçe uyarlamasının<sup>46</sup> yapıldığı belirlenmiştir. Gao ve ark. (2015)<sup>42</sup> tarafından geliştirilen ve kapsam geçerlik indeksi 0.92, Cronbach alfa değeri 0.71 olarak belirlenen bu ölçek, derinin durumunu, ameliyat öncesi aktivite düzeyini, BKİ'ni, kanama miktarını, ameliyat süresini, beden sıcaklığını ve ameliyat pozisyonunu değerlendiren maddelerden oluşmaktadır. Türkçe uyarlaması 2018 yılında Soyer ve Özbayır tarafından, 90 hastanın dâhil edildiği bir çalışma ile yapılmış ve kapsam geçerlik indeksi 0.80, Cronbach alfa

değeri 0.68 olarak hesaplanmıştır<sup>46</sup>. Xiong ve ark. (2018)<sup>31</sup>, retrospektif çalışmalarında 3S Ameliyathane Basınç Yarası Risk Tanılama Ölçeği ile ameliyat kaynaklı basınç yaralanması oranını 5 yıl içinde %9.07'den %0.75'e düşürdüklerini bildirmiş, ancak ölçekteki bazı maddelerin basınç yaralanması ile ilişkili olmadığını, bu nedenle ölçeği iyileştirmeye yönelik çalışmalara gereksinim olduğunu belirtmiştir.

### Pozisyon Verme

Ameliyat için hastaya verilecek pozisyon, cerrahın ve anesteziistin tercihinin, ameliyatın tipine, cerrahi alanın görünür olma durumuna göre değişiklik gösterebilmektedir<sup>10</sup>. Ameliyat sırasında en sık verilen pozisyonlar supine (sırt üstü), prone (yüzü koyun) ve lateral (yan) pozisyon olup, basınç yaralanması açısından riskli olan bölgeler pozisyonlara göre değişiklik göstermektedir<sup>1</sup>. Supine pozisyonunda oksipital bölge, skapula, vertebra, sakrum, koksiks ve topuklar yüksek riskli bölgelere iken<sup>1,17,18,33</sup> prone pozisyonunda alın, gözler, kulaklar, çene, memeler, göğüs, iliak çıkıntılar, genital bölge, dizler ve ayak sırtı yüksek risklidir<sup>1,3,17,23,34,38</sup>. Lateral pozisyonda ise, hastanın çevrildiği taraftaki kulak, omuz, kol, kalça, bacak, diz ve ayak risk altındadır<sup>1,17</sup>. Yoshimura ve ark. (2018)<sup>34</sup>, prone pozisyonu verilen spinal cerrahi hastalarının %11'inin göğsünde basınç yarası oluştuğunu saptamıştır.

Ameliyathane hemşiresi, hastanın ameliyat masasına uygun bir şekilde alınmasını sağlamalı, ameliyat için uygun pozisyonu verirken basınç alanlarını kan dolaşımını engellemeyecek şekilde desteklemelidir<sup>1,3,35,36</sup>. Goodwin ve ark. (2011)<sup>23</sup>, uzun süreli nöroşirürji ameliyatlarında kafa tutucu çerçeve ile hastanın yüzünün ve kafasının masaya temasının önlenmesinin yüz bölgesinde oluşabilecek basınç yaralanmalarını önlediğini saptamıştır. Yapılan bir çalışmada da normal supine pozisyonu ile kıyaslandığında eğrisel (Curvilinear) supine pozisyonu verilen genel cerrahi hastalarının sakrum ve topuklarında basınç yaralanması oluşumunun anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir<sup>18</sup>.

Cerrahi girişim sırasında hastanın pozisyonu ve basınç altında kalan anatomik bölgeleri kaydedilmeli ve hasta zorunlu olmadıkça tüp ve drenaj sistemi gibi tıbbi araç-gereçler ile doğrudan temas etmemelidir (KG:C)<sup>3,35</sup>. Eğer hastanın vücuduna tüp ve drenaj sistemi gibi tıbbi araç-gereçler yerleştirildi ise hasta bu araçlar üzerine yatırılmamalıdır (KG:C)<sup>3</sup>. Hastaya ameliyat sırasında, basınç yaralanması riskini azaltacak şekilde pozisyon verilmeli, kemik çıkıntıları basınçtan korunmalıdır (KG:C, KD:II)<sup>3,22,35</sup>. Ameliyat sırasında hastanın topuklarının ameliyat masası ile teması engellenmeli (KG:C)<sup>3,35</sup> aşil tendonuna basınç yapmadan, baldırın ağırlığını bacak boyunca dağıtacak şekilde topuğu tamamen yükselten topuk süspansiyon cihazları kullanılmalı (KG:B)<sup>3,27,35</sup> ve dize hafif fleksiyon verilmelidir (KG:C)<sup>3,35</sup>. Malkoun ve ark. (2012)<sup>37</sup>, topukları yüksek tutacak şekilde tasarlanmış cihazların, dizde hiperekstansiyona neden olmadan, topukların ve aşil tendonunu basınçtan koruduğunu ve yaralanmaları önlediğini belirlemiştir.

Hastaya ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, ameliyat sırasında verilen pozisyondan farklı bir pozisyon verilmeli

(KG:C),<sup>3,35</sup> gerekmedikçe prone pozisyonu verilmemeli (KG:B) ve hasta ameliyat bölgesinin üzerine yatırılmamalıdır (KG:C)<sup>27</sup>. Yatak başının yükseltilmesi, deri ve yatak yüzeyi arasında sürtünme ve yırtılma kuvvetinin oluşmasına neden olarak basınç yaralanması riskini artırmaktadır<sup>22,27,35</sup>. Bu nedenle mümkünse yatağın başı düz tutulmalı (KG:B) veya kısa süre yükseltilmeli (KD:III)<sup>22</sup> veya 30 derece yan yatış pozisyonu verilmeli, 90 derece yan yatış pozisyonundan kaçınılmalıdır (KG:C)<sup>27,35</sup>. Hasta olabildiğince erken mobilize edilmeli ve tolere etme durumu değerlendirilerek hareketi artırılmalıdır (KG:C)<sup>27</sup>. Erken mobilize edilemeyen hastaların 2 saatte bir pozisyon değişimi sağlanmalı (KG:C),<sup>35</sup> uzun süre oturtulmamalıdır (KD:III)<sup>22</sup>.

### Koruyucu Örtülerin ve Destek Yüzeylerin Kullanımı

Koruyucu (profilaktik) örtülerin (pansumanların) hem basıncı dağıttığı hem de deriyi sürtünme ve yırtılma kuvvetlerinin etkisinden koruduğu bilinmektedir<sup>3,14,27,34</sup>. Ameliyathane Hemşireleri Birliği (Association of Operating Room Nurses-AORN), pozisyon sırasında basınç altında kalan topuklar ve sakrum gibi kemik çıkıntılar üzerine sürtünme ve yırtılma kuvvetini azaltmak amacıyla koruyucu örtülerin uygulanabileceğini bildirmiştir<sup>36</sup>. 2019 yılı rehberinde de, topuklarda basınç yaralanmasını önlemek amacıyla koruyucu örtülerin uygulanması önerilmiştir (KG:B)<sup>27</sup>. Yoshimura ve ark. (2018)<sup>34</sup>, prone pozisyonu verilen spinal cerrahi hastalarının göğsüne uygulanan yumuşak silikon köpük örtülerin göğüs bölgesinde basınç yaralanması oluşumunu anlamlı olarak azalttığını, poliüretan örtülerin aynı etkiyi göstermediğini saptamıştır. Benzer şekilde Haleem ve ark. (2020)<sup>38</sup>, prone pozisyonu verilen hastaların yüz bölgesindeki kemik çıkıntılarının parafin tül gras örtüler ile kaplanmasıyla fasiyal basınç yaralanmalarını önlediğini belirlemiştir. Supine pozisyonu verilen hastalarla yapılan bir çalışmada da ameliyat sırasında hastaların sakrum bölgesine uygulanan beş katmanlı silikon köpük örtünün sakral basınç yaralanmalarını önlemede etkin olduğu bulunmuştur<sup>14</sup>.

Ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlemede etkinliği kanıtlanmış girişimlerden biri de, özellikle uzun süreli ameliyatlarda, ameliyat masasında destek yüzey kullanımınıdır<sup>3,27,35,40,41</sup>. Basınç yaralanması gelişme riski yüksek olan tüm hastalar için ameliyat masasında basıncı dağıtan şilteler kullanılmalı (KG:B)<sup>3,27,35</sup> ve bu hastalar ameliyat sonrası erken dönemde nitelikli destek yüzeyler üzerine yatırılmalıdır (KG:B)<sup>27</sup>. Ameliyat sırasında, basınç altında kalan vücut bölümleri destek yüzeyler ile korunmalı (KG:C),<sup>3,35</sup> prone pozisyonunda yüzü basıncın etkisinden kurtarmak için yüz pedleri kullanılmalıdır (KG:C)<sup>3</sup>.

Ameliyat masasında kullanılan çeşitli destek yüzeylerin etkisinin incelendiği çalışmalarda, ameliyat masası üzerine konulan hava ile şişirilmiş statik minderler ve içinde sıvı dolaşan yüzeylerin sakral bölgedeki basıncı azalttığı<sup>33</sup> ve düşük profilli alternatif basınçlı yüzeylerin spinal cerrahi hastalarında ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlediği saptanmıştır<sup>40,41</sup>. Kardiyak cerrahi hastaları ile yapılan bir çalışmada ise, termoaktif viskoelastik köpük kaplamalı ameliyathane masalarının basınç yaralanmasını önlemede etkili olmadığı belirlenmiştir<sup>39</sup>.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu derleme, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarını önlemede, risk faktörlerinin dikkatle değerlendirilmesinin ve önleme stratejilerinin bu risk faktörleri ve kanıt temelli girişimler dikkate alınarak planlanmasının önemine dikkati çekmektedir. Yapılan çalışmalar, bu yaralanmaları önlemede etkili başlıca kanıt temelli girişimlerin, geçerli ve güvenilir bir araçla kapsamlı bir risk değerlendirmesi yapılması (KG:C), ameliyat sırasında basınç yaralanması riskini azaltacak uygun pozisyonun verilmesi, kemik çıkıntılarının ve topukların basınçtan korunması (KG:C), basıncı azaltmak amacıyla gerekirse koruyucu örtülerin (KG:B) ve destek yüzeylerin kullanılması (KG:C) olduğunu ortaya koymuştur. Üzerinde durulan diğer önemli öneriler de ameliyat sonrası verilen pozisyonun ameliyat sırasında verileden farklı olması (KG:C), gerekmedikçe prone pozisyonu verilmemesi (KG:B) ve 90 derece yan yatış pozisyonundan kaçınılmasıdır (KG:C). Mevcut literatürde, ameliyat kaynaklı basınç yaralanmalarına ilişkin kanıt temelli önerilerin ayrıntılı sunulduğu bir klinik rehberle rastlanmadığı saptanmıştır. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde farklı risk faktörlerinin rol aldığı bu yaralanmaların önlenmesinde, tüm sağlık profesyonellerine rehberlik edebilecek kanıt düzeyi yüksek, çok merkezli randomize kontrollü çalışmalara, meta-analiz çalışmalarına ve kapsamlı klinik rehberlere gereksinim vardır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: DK, SY

Veri toplama: -

Literatür araştırması: DK, SY

Makale yazımı: DK, SY

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Author contributions:**

Study design: DK, SY

Data collection: -

Literature search: DK, SY

Drafting manuscript: DK, SY

## KAYNAKLAR

1. Shoemaker S, Stoessel K. Pressure ulcers in the surgical patient an independent study guide [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi 5 Ağustos 2020]. Erişim adresi: [https://es.halyardhealth.com/media/1513/h0277-0701\\_ci\\_pressure\\_ulcer.pdf](https://es.halyardhealth.com/media/1513/h0277-0701_ci_pressure_ulcer.pdf)
2. Black J, Clark M, Dealey C, Brindle CT, Alves P, Santamaria N, et al. Dressings as an adjunct to pressure ulcer prevention: Consensus panel recommendations. *Int Wound J*. 2015;12(4):484-8.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide. [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 5 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <http://www.epuap.org/wp->

- content/uploads/2010/10/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf
4. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel pressure injury staging system: Revised pressure injury staging system. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016;43(6):585-97.
  5. Yoshimura M, Ohura N, Santamaria N, Watanabe Y, Akizuki T, Gefen A. High body mass index is a strong predictor of intraoperative acquired pressure injury in spinal surgery patients when prophylactic film dressings are applied: A retrospective analysis prior to the BOSS trial. *Int Wound J.* 2020;17(3):660-9.
  6. Webster J, Lister C, Corry J, Holland M, Coleman K, Marquart L. Incidence and risk factors for surgically acquired pressure ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015;42(2):138-44.
  7. Primiano M, Friend M, McClure C, Nardi S, Fix L, Schafer M, et al. Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures. *AORN J.* 2011;94(6):555-66.
  8. Karadag M, Gümüşkaya N. The incidence of pressure ulcers in surgical patients: A sample hospital in Turkey. *J Clin Nurs.* 2006;15(4):413-21.
  9. Bulfone G, Marzoli I, Quattrin R, Fabbro C, Palese A. A longitudinal study of the incidence of pressure sores and the associated risks and strategies adopted in Italian operating theatres. *J Preoper Pract.* 2012;22(2):50-6.
  10. Engels D, Austin M, McNichol L, Fencel J, Gupta S, Kazi H. Pressure ulcers: Factors contributing to their development in the OR. *AORN J.* 2016;103(3):271-81.
  11. Kim JM, Lee H, Ha T, Na S. Perioperative factors associated with pressure ulcer development after major surgery. *Korean J Anesthesiol.* 2018;71(1):48-56.
  12. Chen Y, He L, Qu W, Zhang C. Predictors of intraoperative pressure injury in patients undergoing major hepatobiliary surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017;44(5):445-9.
  13. Lin S, Hey HWD, Lau ETC, Tan KA, Thambiah JS, Lau LL, et al. Prevalence and predictors of pressure injuries from spine surgery in the prone position. *Spine.* 2017;42(22):1730-6.
  14. Riemenschneider KJ. Prevention of pressure injuries in the operating room. *J Wound, Ostomy and Continence Nurs.* 2018;45(2):141-5.
  15. Chen HL, Chen XY, Wu J. The incidence of pressure ulcers in surgical patients of the last 5 years: A systematic review. *Wounds.* 2012;24(9):234-41.
  16. Celik B, Karayurt Ö, Ogce F. The effect of selected risk factors on perioperative pressure injury development. *AORN J.* 2019;110(1):29-38.
  17. Minnesota Hospital Association. Pressure ulcer prevention in the OR recommendations and guidance. [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi 5 Ağustos 2020]. Erişim adresi: [https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/p\\_tsafty/skin/OR-pressure-ulcer-recommendations.pdf](https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/p_tsafty/skin/OR-pressure-ulcer-recommendations.pdf)
  18. Guo Y, Zhao K, Zhao T, Li Y, Yu Y, Kuang W. The effectiveness of curvilinear supine position on the incidence of pressure injuries and interface pressure among surgical patients. *J Tissue Viability.* 2019;28(2):81-6.
  19. Lumbley JL, Ali SA, Tchokouani LS. Retrospective review of predisposing factors for intraoperative pressure ulcer development. *J Clin Anesth.* 2014;26(5):368-74.
  20. Burlingame BL. Guideline implementation: Positioning the patient. *AORN J.* 2017;106(3):227-37.
  21. Kitamura A, Yoshimura M, Nakagami G, Yabunaka K, Sanada H. Changes of tissue images visualized by ultrasonography in the process of pressure ulcer occurrence. *J Wound Care.* 2019;28(4):S18-22.
  22. Gould L, Stuntz M, Giovannelli M, Ahmad A, Aslam R, Mullen-Fortino M, et al. Wound Healing Society 2015 update on guidelines for pressure ulcers. *Wound Rep Reg.* 2016;24(1):145-62.
  23. Goodwin CR, Recinos PF, Omeis I, Momin EN, Witham TF, Bydon A, et al. Prevention of facial pressure ulcers using the Mayfield clamp for sacral tumor resection. *J Neurosurg Spine.* 2011;14(1):85-7.
  24. O'Brien DD, Shanks AM, Talsma A, Brenner PS, Ramachandran SK. Intraoperative risk factors associated with postoperative pressure ulcers in critically ill patients: A retrospective observational study. *Crit Care Med.* 2014;42(1):40-7.
  25. Aloweni F, Ang SY, Fook Chong S, Agus N, Yong P, Goh MM, et al. A prediction tool for hospital-acquired pressure ulcers among surgical patients: Surgical pressure ulcer risk score. *Int Wound J.* 2019;16(1):164-75.
  26. Haisley M, Sørensen JA, Sollie M. Postoperative pressure injuries in adults having surgery under general anaesthesia: Systematic review of perioperative risk factors. *Brit J Surg.* 2020;107(4):338-47.
  27. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide. [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 5 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.epuap.org/download/11182/>
  28. Tschannen D, Talsma A, Guo Y. Patient specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers. *Am J Crit Care.* 2012;21(2):116-25.
  29. Tschannen D, Anderson C. The pressure injury predictive model: A framework for hospital acquired pressure injuries. *J Clin Nurs.* 2020;29(7-8):1398-421.
  30. Gao L, Yang L, Li X, Chen J, Du J, Bai X, Yang X. The use of a logistic regression model to develop a risk assessment of intraoperatively acquired pressure ulcer. *J Clin Nurs.* 2018;27(15-16):2984-92.
  31. Xiong C, Gao X, Ma Q, Yang Y, Wang Z, Yu W, et al. Risk factors for intraoperative pressure injuries in patients undergoing digestive surgery: A retrospective study. *J Clin Nurs.* 2019;28(7-8):1148-55.
  32. Yoshimura M, Nakagami G, Iizaka S, Yoshida M, Uehata Y, Kohno M, et al. Microclimate is an independent risk

- factor for the development of intraoperatively acquired pressure ulcers in the park-bench position: A prospective observational study. *Wound Repair Regen.* 2015;23(6):939-47.
33. Kirkland-Walsh H, Teleten O, Wilson M, Raingruber B. Pressure mapping comparison of four OR surfaces. *AORN J.* 2015;102(1):61.e1-61.e9.
  34. Yoshimura M, Ohura N, Tanaka J, Ichimura S, Kasuya Y, Hotta O, et al. Soft silicone foam dressing is more effective than polyurethane film dressing for preventing intraoperatively acquired pressure ulcers in spinal surgery patients: The Border Operating room Spinal Surgery (BOSS) trial in Japan. *Int Wound J.* 2018;15(2):188-97.
  35. Robertson J, Stern M, Buelow-Smith L, Birt J, Buchel E, Campbell A, et al. Pressure ulser prevention and treatment of pressure ulcers clinical practices guideline [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 28 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <http://www.wrha.mb.ca/extranet/eipt/files/EIPT-013-004.pdf>
  36. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Guideline summary: Positioning the patient. *AORN J.* 2017;106(3):238-47.
  37. Malkoun M, Huber J, Huber D. A comparative assessment of interface pressures generated by four surgical theatre heel pressure ulcer prophylactics. *Int Wound J.* 2012;9(3):259-63.
  38. Haleem S, Mihai R, Rothenfluh DA, Reynolds J. Preventing iatrogenic facial pressure ulcers during spinal surgery: Prospective trial using a novel method and review of literature. *Int Wound J.* 2020; 1-5.
  39. Feuchtinger J, de Bie R, Dassen T, Halfens R. A 4-cm thermoactive viscoelastic foam pad on the operating room table to prevent pressure ulcer during cardiac surgery. *J Clin Nurs.* 2006;15(2):162-7.
  40. Ezeamuzie O, Darian V, Katiyar U, Siddiqui A. Intraoperative use of low-profile alternating pressure mattress for prevention of hospital acquired pressure injury. *Perioper Care Oper Room Manag.* 2019;17:100080.
  41. Joseph J, McLaughlin D, Darian V, Hayes L, Siddiqui A. Alternating pressure overlay for prevention of intraoperative pressure injury. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019;46(1):13-7.
  42. Gao XL, Hu JJ, Ma Q, Wu HY, Wang ZY, Li TT, et. al. Design and research on reliability-validity for 3S Intraoperative Risk Assessment Scale of Pressure Sore. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci.* 2015;35(2):291-4.
  43. Munro CA. The development of a pressure ulcer risk-assessment scale for perioperative patients. *AORN J.* 2010;92(3):272-87.
  44. Lopes CMDM, Haas VJ, Dantas RAS, Oliveira CGD, Galvão CM. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Rev Lat-Am Enferm.* 2016;24:e2704.
  45. Peixoto CDA, Ferreira MBG, Felix MMDS, Pires PDS, Barichello E, Barbosa MH. Risk assessment for perioperative pressure injuries. *Rev Lat-Am Enferm.* 2019;27:e2e3117.
  46. Soyer Ö, Özbayır T. 3S Ameliyathane Basınç Yarası Risk Tanılama Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.* 2018;13:46-64.

## Derleme makale

## Review article

# Yaşlı Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri: Gereksinimler de Yaşlanıyor mu?



İrem AYVAT<sup>1</sup>, Azize ATLI ÖZBAŞ<sup>2</sup>

## ÖZ

Yaşlanma süreci fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimleri bünyesinde barındırır. Yaşlanma sürecinin beraberinde getirdiği psikososyal sorunlara uyum sağlamak durumunda olan yaşlı, sürece kanserin de eklenmesiyle zorlu bir yaşantının içine girebilmektedir. Hem yaşlı kanser hastası hem de yakınları için zorlu bir mücadeleye dönüşen bu süreçte, yaşlı kanser hastalarının benzersiz ve karmaşık ihtiyaçları ortaya çıkabilmektedir. Bu ihtiyaçların karşılanmasında hastaların bakımında büyük yer kaplayan "destekleyici bakım" kavramı önem kazanmaktadır. Destekleyici bakım, hasta ve aileyi merkeze alarak, bütüncül bakımın sağlanmasını hedefler. Böylece, kanser hastalarının fiziksel olarak rahatlığı ve fonksiyonelliği yanı sıra sosyal, bilişsel, ekonomik, psikolojik ve spiritüel iyilik halini arttırmış olur. Destekleyici bakım, uyum süreci, bakım memnuniyeti ve yaşam kalitesi ile sıkı bir ilişki içerisindedir. Sağlık hizmeti ve iletişim, günlük yaşam aktiviteleri, cinsel ve psikolojik boyutlarını kapsayan destekleyici bakım gereksinimleri, sunulan hizmet, bireysel ve kültürel özelliklerle değişim gösterebilmektedir. Çok boyutlu, benzersiz ve karmaşık gereksinimleri olan bu özel grubun ihtiyaç duyduğu bakımı alabilmesi, bakımı verecek olan hemşirelerin sistematik ve kanıta dayalı yaklaşımları benimsemesi ve hasta ve ailesine işbirlikçi bir tutumla yaklaşması ile mümkün olacaktır. Bu derlemenin amacı, yaşlı kanser hastasının benzersiz ve karmaşık olabilen destekleyici bakım ihtiyaçlarını incelemek ve sağlık bakım vericilerin, yaşlı kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerini tanımları ve ele almalarında yararlanabilecekleri metni Türkçe literatüre kazandırmaktır.

**Anahtar kelimeler:** İhtiyaç tespiti, kanser tedavi hizmetleri, sağlık hizmetleri gereksinim ve talepleri, yaşlılar için sağlık hizmetleri

## ABSTRACT

### Supportive Care Needs of Elderly Cancer Patients: Do Needs Get Older Too?

The aging process involves physical, psychological, and social changes. The elderly, who have to adapt to psychosocial problems brought by the aging process, can get into difficult life with the addition of cancer to the process. The unique and complex needs of elderly cancer patients may arise in this process, which has turned into a difficult struggle for both the elderly cancer patient and their relatives. The concept of "supportive care", which takes a great place in patients' care, gains importance in meeting these needs. Supportive care aims to provide holistic care by centering the patient and the family. Thus, the physical comfort and functionality of cancer patients, as well as their social, cognitive, economic, psychological, and spiritual well-being are increased. Supportive care is in a tight relationship with the adaptation process, care satisfaction, and quality of life. Supportive care needs, including the dimensions of healthcare and communication, daily life activities, sexual and psychological, may vary with the medical service and individual and cultural features. This special group with multi-dimensional, unique, and complex needs will receive the care they need if the nurses who provide care adopt systematic and evidence-based approaches and approach the patient and his/her family with a collaborative attitude. This review aims to examine the supportive care needs of elderly cancer patients and bring a text to Turkish literature that healthcare providers can use to recognize and address the unmet care needs of elderly cancer patients.

**Keywords:** Cancer care facilities, health services needs and demands, health services for the elderly, needs assessment

<sup>1</sup> Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği A. D., Ankara, Türkiye, E-mail adres: iremayvat@gmail.com, Tel: 03123242013, ORCID: 0000-0001-7385-2421

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği A. D., Ankara, Türkiye, E-mail adres: azeozbas@gmail.com, Tel: 03123242013, ORCID: 0000-0001-7614-6354

Geliş Tarihi: 01 Şubat 2020, Kabul Tarihi: 13 Kasım 2020

\*Bu çalışma, 15-17 Kasım 2018 tarihlerinde Sakarya, Türkiye'de gerçekleştirilen 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Atıf/Citation:** Ayvat İ, Atlı Özbaş A. Yaşlı Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri: Gereksinimler de Yaşlanıyor mu? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):93-100. DOI: 10.31125/hunhemsire.907936

## GİRİŞ

Son yıllarda sıkça tartışılan kavramlardan biri olan sağlıklı yaşlanma, günümüzde bir akım haline gelmiş ve insanların bilinçlenmesiyle devam etmiştir. Bu bağlamda sağlıklı yaşama yönelik uygulamalar, günlük yaşamda önemli bir yer kaplamaya başlamış, bilimin ve teknolojideki gelişmelerin de yardımıyla, beklenen yaşam süresinin uzaması ile sonuçlanmıştır. Bu gelişmeler ise dünyada ve toplumumuzda yaşlı nüfusun artmasına yol açmıştır. Yüz yıl önce 40-45 yaş arasında olan beklenen yaşam süresi, günümüzde 65 yaşın üzerindedir<sup>1,2</sup>. Birleşmiş Milletler (BM) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2017 yılında 962 milyon olan yaşlı nüfusun 2050'li yıllarda bu sayının iki katına çıkacağını, dünyada yaklaşık 1.7 milyar yaşlı bireyin olacağını öngörmektedir<sup>1</sup>. Ülkemizde de yaşlı nüfusun yüksek bir hız ile artış gösterdiği bilinmektedir. 2019 yılı verilerine göre, nüfusunun %8.8 65 yaş üstü bireylerden oluşan Türkiye, "yaşlı" ülke durumundadır. Bu oranın 2023 yılında %10.2'ye yükselerek, Türkiye'nin "çok yaşlı" ülkeler arasına gireceği ön görülmektedir<sup>2</sup>. Dünyadaki ve ülkemizdeki yaşlı nüfusun artması da şüphesiz yaşlı bireylere özel bazı düzenlemelerin yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Yaşlanma süreci bireyi ve toplumu çok boyutlu olarak etkilemekte, sürecin doğası gereği azalan organ fonksiyonları, artan kronik hastalıklar, komorbidite ve geriatrik sendromlar yaşlı bireyde, fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Yaşla birlikte artan kronik hastalıkların en önemlilerinden biri de kanserdir. Kanser, yaş ilerledikçe görülme sıklığı artan hastalıklardan belki de en yıkıcı olanıdır. Dünya genelinde ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan kanser, tanı alan bireylerin yaş oranının giderek artması nedeniyle yaşanan bir hastalık olarak kabul edilmektedir<sup>3-5</sup>.

Kanser ve yaşlanma süreci karmaşık ve kesin olmayan bir şekilde birbiri ile sıkı bir ilişki içinde bulunmakta, birbirine benzer pek çok durumu bünyesinde barındırmaktadır. Her iki süreçte de kayıp, damgalama, korku, anksiyete, intihar riski, sosyal izolasyon ve yalnızlık gibi psikososyal durumlar sıklıkla görülmektedir<sup>6</sup>. Yaşlı bireyin kanser tanısı alması halinde bu durumlar daha derinden yaşanmakta, bireyin baş etme becerileri yetersiz kalabilmekte, uyum zorlaşmakta, süreç daha fazla yıkım ve kayıpla sonuçlanabilmektedir<sup>7</sup>. Yaşlılık döneminde sıklıkla görülen kayıplar, kırılabilirlik, düşük sağlık okuryazarlığı ve ekonomik problemler, yaşlı kanser hastasının sağlık hizmetlerine erişimini ve yardım almasını da engelleyebilmektedir. Sağlık hizmetine erişimin sağlandığı durumlarda da yaşlı ayrımcılığından kaynaklı tutumlar, dışlama ve dikkate almama gibi davranışlar, yaşlının optimal düzeyde bakım ve yardım almasına engel olabilmektedir<sup>6,8,9</sup>. Bir kriz yaşantısı olarak kabul edilebilecek bu süreçlere uyum sağlanamadığında ise depresyon, anksiyete bozuklukları gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir, hatta bu zorlanmalar intihar ile sonuçlanabilir<sup>10-12</sup>.

Yaşlı kanser hastalarının bu benzersiz ve karmaşık ihtiyaçları destekleyici bakım ihtiyaçlarının artmasına neden olabilir ve bu popülasyonun bakımında destekleyici bakım gereksinimleri önemli bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>11,13</sup>.

## Amaç

Bu derlemenin amacı, yaşlı kanser hastasının benzersiz ve karmaşık olabilen destekleyici bakım ihtiyaçlarını incelemek ve sağlık bakım vericilerin, yaşlı kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerini tanımları ve ele almalarında yararlanabilecekleri metni Türkçe literatüre kazandırmaktır.

## Destekleyici Bakım

Destekleyici bakım, hasta ve aile merkezli, bütüncül, nitelikli bakım sağlamak ve tedavinin etkinliğini üst düzeye çıkarmak amacıyla, hasta ve ailesinin ihtiyacı olan genel ve özel tüm bakım hizmetlerinin bir araya getirilmesidir<sup>14,15</sup>. Kanser sürecindeki destekleyici bakım; kanser tanısının alınmasından başlayarak, teşhis ve tedavi aşamasını, iyileşmeyi ve son dönemde palyatif bakımı da içine alan hatta ölüm ve yaş aşamasına kadar devam eden, birey ve ailesine kanser sürecinde baş etmesine yardım eden uygulamalar bütünüdür. Destekleyici bakımın amacı; hasta ve ailesinin güçlenmesini sağlamak, bağımsızlığını desteklemek, duygularını tanımasına ve yönetmesine yardım etmek ve belirsizliklerle başa çıkmasında yardımcı olmaktır<sup>15</sup>.

Kanser hastalarının fiziksel olarak rahatlığını, fonksiyonelliğini aynı zamanda sosyal, bilişsel, ekonomik, psikolojik ve spiritüel iyilik halini arttırmayı içeren destekleyici bakım, hasta ve hasta ailesine yönelik, uyum süreci, bakım memnuniyeti ve yaşam kalitesi gibi çıktılarla sıkı bir ilişki içerisinde<sup>16</sup>. Kanser hastası ve yakınlarının algıladıkları gereksinimler ile sunulan hizmet arasında farklılıklar olduğunda ise karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri kavramı ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar, karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin, etkisiz baş etme, anksiyete, bakım memnuniyetinde ve yaşam kalitesinde azalma ile sonuçlandığını göstermektedir<sup>17,18</sup>.

Destekleyici bakım kavramı 1990'lı yıllarda, bir hastalığın semptomlarını, bir hastalığın tedavisinden kaynaklanan yan etkileri ve ilgili psikolojik, sosyal ve ruhsal sorunları mümkün olduğunca önlemek amacıyla ortaya çıkmıştır. Zaman içinde ise, hastalığın belirtilerinin henüz olmadığı dönemden, ölüm sonrası ve ailelerin yas sürecini de içerecek şekilde genişlemiştir<sup>15,19</sup>. Destekleyici bakım, hasta ve ailesinin güçlendirmesi, psikososyal destek, manevi destek, rehabilitasyon uygulamaları, ikincil kanserlerin önlenmesi, yaşam sonu bakım, iletişim ve sağ kalanların desteklenmesi uygulamalarını içermektedir<sup>14,15</sup>. Destekleyici bakım ile palyatif bakım ve hospis bakımı arasında zaman zaman kavram karmaşası bulunmaktadır ancak destekleyici bakım palyatif ve hospis bakımını içermekte ve çok daha fazlasını kapsamaktadır<sup>20</sup>.

Kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin saptanması ve bu ihtiyacın karşılanmasına yönelik literatürde pek çok çalışma yer almaktadır. Bu çalışmaların önerdiği yaklaşımlar ve bakım sunma modelleri bazı farklılıklar gösterse de büyük çoğunluğu ortak ilkelere dayanmaktadır<sup>14</sup>. Bu ilkeler;

- İhtiyaçlarının araştırılması ve değerlendirilmesi,
- İhtiyaçların belirlenmesi, bakımın planlanması



- Bakımda kanıta dayalı yaklaşımların kullanılması,
  - Terapötik iletişim becerilerinin kullanılması,
  - Hastanın bağımsızlığının desteklenmesi,
  - Bakım hizmetinin önündeki engellerin saptanması'dır<sup>15</sup>.
- Destekleyici bakım gereksinimlerinin birbirleriyle etkileşim içinde olan fiziksel, fonksiyonel, günlük yaşam aktiviteleri, emosyonel, psikososyal, spiritüel-varoluşsal, psikoseksüel, bilgi ve iletişim, kültürel, ekonomik ve çevresel pek çok boyutu vardır<sup>21-23</sup>. Bu boyutların birbirinin içine girdiği ve birbirleri ile ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Fakat genel bir gruplama yapmak gerekirse, destekleyici bakım gereksinimleri, sağlık hizmeti ve iletişim, günlük yaşam aktiviteleri, cinsellik ve psikolojik ihtiyaçlar olarak dört ana kategori altında toplanmaktadır<sup>11</sup> (Tablo 1).

**Tablo 1. Destekleyici Bakım Gereksinimleri**

Sağlık Hizmeti ve İletişim İhtiyaçları	Günlük Yaşam Aktiviteleri İhtiyaçları	Cinsellik İhtiyaçları	Psikolojik İhtiyaçlar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilgilendirilme</li> <li>• Etkili iletişim</li> <li>• Güven</li> <li>• Hastalık semptomlarını yönetme</li> <li>• Tedavi seçeneklerini öğrenme</li> <li>• Tedavi yan etkilerini yönetme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kişisel bakım becerilerini geliştirme</li> <li>• Yemek hazırlamak</li> <li>• Alış-veriş yapmak</li> <li>• Ev işleri yapmak</li> <li>• Uyku</li> <li>• Çocuk bakımı</li> <li>• Ekonomik durum</li> <li>• Bağımsızlığını korumak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinsel ilgi ve istek</li> <li>• Cinsel ilişki</li> <li>• Cinsel aktivite</li> <li>• Partnerle ilişki</li> <li>• Üreme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duygusal destek</li> <li>• Benlik kavramını sürdürme</li> <li>• Baş etme</li> <li>• Olumlu beden imajını sürdürme</li> <li>• Hastalığa uyum</li> <li>• Hastalık algısını inceleme</li> <li>• Sosyal destek</li> <li>• Yaşam kalitesini sürdürme</li> <li>• İş, okul, hobileri sürdürme</li> <li>• Değişen rollere uyum</li> <li>• Ölüm kavramını ele alma</li> </ul>

Çok boyutlu bir kavram olan destekleyici bakım gereksinimleri, kültürel özellikler, verilen hizmet türü ve bireysel ihtiyaçlar gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Bireysel faktörler; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, rol ve sorumlulukları, fonksiyonel durumu, baş etme becerileri, destek sistemleri, amaçları, bakım anlayışı, eşlik eden hastalıklar, hastalığın prognozu, aldığı tedavinin türü, finansal kaynakları, hizmet aldığı sağlık sisteminin yapısı ve kaynaklara ulaşabilirliği olarak sıralanabilir<sup>24</sup>. Fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak pek çok değişimle karakterize, hastalık ve kayıpların temel gündemi oluşturduğu bir gelişim dönemi olan yaşlılık, destekleyici bakım gereksinimlerinin farklılaştığı dönemlerin başında gelir. Kanser hastalarının büyük bir bölümünü oluşturan

yaşlı hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanması, bu gereksinimlerinin yaş bağlamında daha iyi tanınmasını, içinde bulunan gelişimsel dönem özelliklerinin göz önünde bulundurulmasını ve yaşlıya özel girişimlerin bakıma dahil edilmesini gerektirmektedir<sup>25</sup>.

### Yaşlı Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri

Literatürü incelediğimizde, yaşlı kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerine odaklanan çalışmaların oldukça az sayıda olduğu görülmektedir<sup>16,26,27</sup>. Fakat bazı çalışmalarda<sup>11,21,26,28,29</sup>, kanser hastalarının karşılanmamış gereksinimleri yaş grupları dikkate alınarak analiz edilmiş ve bu analizler yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin anlaşılmasında bir fikir oluşturmayı sağlamıştır. Makalenin bundan sonraki bölümünde dört temel alana ait destekleyici bakım gereksinimlerinin yaşlı kanser hastalarındaki görünümünü tartışılacaktır.

#### Sağlık Hizmeti ve İletişim İhtiyaçları

Sağlık hizmeti ve iletişim ihtiyacı, sağlık hizmetinin sunumu, bilgilendirme, güven ve iletişim gibi birbirinin içinde olan unsurları bünyesinde barındırmaktadır. Hastalık hakkında bilgi eksikliği veya gereğinden fazla bilgi verilmesi, hastayı hastalığın nüksetmesinden korkutur, ölüm konusunda endişelendirir. Dolayısıyla, stresi artırır ve hastaların ve ailelerinin yaşamlarını olumsuz etkiler. Bu özel durumda, sağlık profesyoneli ile kurulan terapötik iletişim ve aradaki güven hissi, hastanın ve ailenin ihtiyaçlarını açık bir şekilde anlatmasıyla sonuçlanabilir<sup>28,30</sup>.

Sağlık hizmeti ve iletişim ihtiyacı, yaşlı kanser hastasının bakımında önemli bir yer kapsamaktadır. Ancak, yapılan çalışmalar yaşlı hastaların sağlık hizmeti ve iletişim ihtiyaçlarının en az ifade edilen ihtiyaçlardan biri olduğunu göstermektedir<sup>5,16,25,29</sup>. Ayvat'ın ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçlarını yaş bağlamında incelediği araştırmasında, yaşlı kanser hastalarında sağlık hizmeti ve iletişim ihtiyacını genç hastalara göre düşük bulmuştur<sup>25</sup>. Ayvat'ın çalışmasına benzer bir şekilde, Zhang ve ark. (2019), Jorgensen ve ark. (2012) ve Mohamed ve ark. (2016) da yaşlı hastaların genç hastalara oranla daha az düzeyde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirilme ihtiyacı belirttiğini bulmuştur<sup>5,16,29</sup>. Bu sonuçlar, yaşlı ayrımcılığına yönelik literatürle birlikte okunduğunda, yaşlı kanser hastalarının da yaşlı ayrımcılığını içselleştirmiş olabilecekleri düşünülebilir. Yaşlı hastalara daha az önem verilmesi, zaman ayrılması ve bilgilendirme yapılması sonucunda, yaşlılar bu ayrımcılığı benimseyebilmekte ve bilgi ve iletişim ihtiyacı ifade etmeyebilmektedir<sup>8,31</sup>. Ayrıca, yaşlanma ile ebeveyn ve çocuklar arasında rol değişikliği, sağlık hizmeti içine girebilmekte ve sağlık profesyonellerinin yaşlı hastalara karşı paternalistik tutumu olarak yansıtılabilmektedir. Oluşan rol değişikliği ve paternalistik tutumlar sonucunda, yaşlı birey önceki yaş dönemlerine gerilmekte, bağımsızlığını kaybedebilmekte, ihtiyaçlarının farkına varamamakta ya da bu ihtiyacı dile getirmekte zorlanabilmektedir<sup>31</sup>.

Yaşlı kanser hastalarının ve hasta yakınlarının, hastalığın yönetimi konusundaki eğitimi, hastalığın algılanma şeklinin

araştırılması, hastalık ve yaşlanma süreci ile ilgili ihtiyaç duyulan bilginin sağlanması, hastalık sürecini ve uyumu doğrudan etkileyen faktörlerdir<sup>29,32</sup>. Kanser süreci ile ilgili belirli aralıklarla, yaşlı hastaya özel uygun ve yeterli düzeyde verilen bilgiler, sağlık sonuçlarını etkileyebilmekte, kaygıyı azaltabilmekte ve yaşlı bireyin hem bağımsızlığını hem de uyumunu artırabilmektedir<sup>32,33</sup>. Hemşirelerin, kanser sürecindeki hasta ve hasta yakınlarını, sürdürmekte olduğu mücadelede desteklemesi, etkili iletişim tekniklerini kullanması, kendiliğın terapötik kullanımı, iletişim kurulacak kişinin özellikleri dikkate alınarak yapılan terzi işi yaklaşım, eğitim, bilgi verme ve kanıta dayalı ve güncel sağlık hizmet sunumu yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmasında gözle görülür değişimlere yol açacaktır<sup>34</sup>.

### Günlük Yaşam Aktiviteleri İhtiyaçları

“Günlük Yaşam Aktiviteleri” kişisel bakım becerilerini içermekte, “Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri” ise günlük ihtiyaçları karşılamak için bireyin yaptığı kişisel işler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu faaliyetler her birey için, bağımsızlığını korumak ve temel ihtiyaçlarını gidermek için yapılan etkinliklerdir. Bu etkinliklerde hem yaşlanma sürecinin etkisiyle hem de kanser ve tedavinin yan etkileri nedeniyle sorunlar ortaya çıkabilmekte, yaşlı kanser hastasının günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenebilmekte ve bireyin günlük yaşamı kesintiye uğrayabilmektedir. Kesintiye uğrayan bu durumlar, klinikte ve bireyin yaşam ortamında öz bakım eksikliği sendromu, güçsüzlük, yorgunluk, rol performansında etkisizlik, fiziksel mobilitede bozulma, kendini ihmal, sağlığını etkisiz yönetme, düşme riski gibi hemşirelik tanılarıyla karşımıza çıkmaktadır<sup>35,36</sup>. Ayrıca yaşlı kanser hastasının tetkik, tedavi ve kontrol için hastaneye gelmek zorunluluğu da olduğu için günlük yaşam aktiviteleri zorlanma alanı olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>37</sup>. Pergolotti ve ark. 728 yaşlı kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, komorbidite durumlarının varlığının ve gastrointestinal kanseri olan yaşlı hastaların, günlük aktivitelere katılımının azaldığını ve işlevselliklerinde düşme olduğunu bu yüzden yaşam kalitelerinin azaldığını bildirmişlerdir<sup>37</sup>. Bu bağlamda, yapılan çalışmalarda yaşlı kanser hastalarının karşılanmamış günlük yaşam ihtiyaçları ilk sıralarda yer almaktadır<sup>11,16,38</sup>. Yaşlanma sürecinde bir de kanser ve tedavisinin eklenmesi ile günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar görülmesi beklenmekte ve bu alanda ihtiyaçların artmasına neden olmaktadır<sup>25,37,39</sup>.

Yaşlı kanser hastasının, günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılayamamasının hem nedeni hem de sonucu olarak, dengesiz beslenme ve sıvı volüm dengesizliği, uyku örüntüsünde bozulma, öz bakım yetersizliği, ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk, aktivite intoleransı gibi problemler gelişmektedir<sup>40,41</sup>. Yaşlı kanser hastalarının günlük yaşam aktiviteleri gereksinimlerinin karşılanmasında çeşitli girişimler faydalı olabilmektedir. Bu girişimler; işlevselliğın desteklenmesi, yorgunluğın yönetimi için enerji kullanımının düzenlenmesi, duyuşsal uyaran ve psikolojik iyilik hali açısından çevrenin düzenlenmesi, uyku uyanıklık döngüsünün düzenlenmesi, dengeli beslenmenin sağlanması, kuvvet artırıcı egzersiz ve yürüyüş yapmaya

teşvik edilmesi vb. sıralanabilir. Aynı zamanda bakımın öncelikli hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için bakımın planlanmasında hasta ile iş birliğı sağlanması, yaşlının sesinin mutlaka duyulması özellikle önemlidir<sup>35,36</sup>.

### Cinsellik ihtiyaçları

Cinsellik, dürtüsel bir fiziksel eylem olmasının dışında yakın ilişkiler kurma, zevk alma, güvenli hissetme ve samimiyet ihtiyaçlarını da içeren, hem fiziksel hem psikolojik hem de sosyal ve kültürel parçalardan oluşan bir kavramdır<sup>42</sup>. Cinsellik, kanser tanısı ve tedavisinden en fazla etkilenen, aynı zamanda sağlık profesyonelleri tarafından en çok ihmal edilen alanlardan biridir<sup>43</sup>. Kanser, yaşlı birey ve cinsellik üçlemesinin olduğu durumlarda ise toplumda, hasta ve yaşlı cinselliğının uygunsuz görülmesi, zaten hasta olan, ya da yaşlı bireylerin cinsellik ihtiyacının öncelikli olmadığı, cinselliğın sadece genç ve sağlıklı bireylerde yaşandığı gibi inanç ve önyargılarla bakım veren sağlık profesyonelleri, yaşlı bireyin cinsel ihtiyaçlarını çoğuş zaman görmemekte ya da görmezden gelebilmektedir<sup>44</sup>. Cinsellik konusunda yaşlılara yönelik bu toplumsal mitler ve tutumlar nedeniyle, yaşlı kanser hastasının cinsellik ihtiyacını dile getirmesini ve kendini açmasını zorlaştırabilmektedir<sup>45,46</sup>.

Yaşlı kanser hastasının cinsellik ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde hem sağlık hizmetinin sunumunda hem de yaşlı bireyin toplumsal stigmaları içselleştirmesi sonucu ihtiyacını dile getirmemesi ile sonuçlanan bu durum, farklı kültürlerde yapılan birçok çalışmaya yansımıştır<sup>5,26</sup>. Amerika’da Mohamed ve ark., mesane kanseri olan hastalar ile yürüttükleri çalışmada, genç hastaların daha fazla cinsellik ihtiyacı olduğunu bulmuştur<sup>5</sup>. Lopez ve ark. jinekolojik kanserli kadınlarla yürüttükleri nitel çalışmada, yaşlı kanser hastalarının daha az cinsellik ihtiyacı olduğunu, Ayvat ise yaşlı kadın hastaların cinsellikle ilgili ihtiyaç belirtmediklerini saptamıştır<sup>25,26</sup>.

Yaşlı kanser hastalarının bakımında, cinselliğın fiziksel boyutunun dışında psikolojik ve sosyal boyutlarının olduğu, yaşlı kanser hastalarında cinselliğın fiziksel olarak azalmasının beklenebileceğı fakat içinde samimiyet, yakın ilişki, güven gibi ihtiyaçları da içermesi bakımından bu ihtiyacının devam edeceği göz ardı edilmemelidir. Yaşlı kanser hastasının cinsel gereksinimlerinin karşılanması için; cinsel kaygılarını ifade etmesi için teşvik edilmesi, sosyal olarak kabul edilmeyecek cinsel davranışın nitelendirilmesi ve önlenmesi, cinsel fonksiyonu iyileştirmek için farklı yöntemler önerilmesi, cinsel partneri ile birlikte cinsel eğitim verilmesi, cinsel danışmanlık yapılması, gerektiğinde cinsel terapistle yönlendirilmesi faydalı olacaktır<sup>35,36</sup>.

### Psikolojik ihtiyaçlar

Kanser ve yaşlanmanın getirdiğı fiziksel sorunlar beraberinde psikososyal sorunları da getirir. Yaşlanma sürecine uyum sağlamakta olan hastaya bir de kanserin uyum süreci eklendiğinde, baş etme yöntemleri yetersiz kalabilmekte, distres yaşantısı ve psikolojik ihtiyaçların artışı ortaya çıkabilmektedir<sup>12,21</sup>. Kanser tanısıyla artan anksiyete, korku, yalnızlık, stigma, kırılgnalık, işlevsellikte azalma, uyku problemleri, sosyal destekte azalma, yaşam kalitesinin

düşmesi, kendini korunmasız ve bağımlı hissetmesi gibi psikososyal değişiklikler ortaya çıkmakta ve yaşlı kanser hastalarının psikolojik ihtiyaçlarının artmasına neden olmaktadır<sup>47</sup>.

Genç hastalara göre yaşlı kanser hastalarının daha fazla psikolojik ihtiyacı olduğunu söyleyen literatür, hem kadın hem de yaşlı olmanın çok daha büyük bir risk taşıdığını vurgulamaktadır<sup>11,16,27</sup>. Boyes ve ark. (2015) yaptığı çalışmada, karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçlarında ilk sırayı psikolojik ihtiyaçların aldığını, yaşın artmasının ve kadın cinsiyette olmanın psikolojik ihtiyaçların artmasına neden olduğunu belirtmişlerdir<sup>11</sup>. Jorgensen ve ark. (2012) kolorektal kanserli hastaların karşılanmamış ihtiyaçlarının yaşlara göre nasıl değiştiğini araştırmak için yaptığı çalışmada, yaşlı kanser hastalarında psikolojik ihtiyaçlar ilk sırada yer almıştır<sup>16</sup>. Puts ve ark. (2012) yapmış olduğu sistematik bir incelemede, yaşlı hastaların karşılanmamış gereksinimlerinin yüksek olduğunu, en çok karşılanmamış gereksinimlerinin psikolojik alanda olduğunu ifade etmiştir<sup>27</sup>.

Yaşlı kanser hastalarının psikolojik ihtiyaçlarının değerlendirilmesi sonucu durumsal veya kronik düşük benlik saygısı, beden imajında bozulma, umutsuzluk, sosyal etkileşimde bozulma, yalnızlık, intihar riski, bağımsız karar vermede bozulma gibi tanıları ortaya çıkmaktadır<sup>41</sup>. Yaşlı kanser hastalarının psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasında başlıca girişimler; düzenli uyku uyandırma döngüsünün sağlanması, baş etmenin güçlendirilmesi, destek sistemlerinin güçlendirilmesi, benlik saygısının geliştirilmesi, psikolojik dayanıklılığın geliştirilmesi, umut verilmesi, hasta ile birlikte manevi kaynakların keşfedilmesi, grup aktivitelerine katılımın desteklenmesi, sağlık bakımı ile ilgili kararlarda hastaya bilgi, destek ve katılımın sağlanması, hemşirenin kendi varlığını sunması, destek gruplarına katılım ya da bireysel psikoterapi için uzmana yönlendirilmesidir<sup>15,35,36,48</sup>.

#### **Yaşlı Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasında Hemşirelik Süreci**

Kanser dinamik ve uzun süreli bir süreçtir ve bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının destekleyici bakım gereksinimlerinin giderilmesi multidisipliner ve dinamik bir yaklaşım gerektirmektedir. Sağlık ekibinin, hasta bakımında en aktif ve etkili üyesi olan hemşireler, karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin giderilmesinde son derece özel bir konuma sahiptir. Hasta ve yakınlarında karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçlarının ortaya çıkma riskine yönelik önlemler almak, bu ihtiyaçların ortaya çıkması durumunda erken tespiti, belirlenen sorunlara yönelik özgün müdahalelerin uygulanması ve gerekli durumlarda diğer profesyonellere yönlendirme hemşirelik bakım uygulamaları arasında yer alır<sup>15</sup>. Bu süreçte hemşire, tanı, tedavi, tedavi sonrası, remisyon ve nüks dönemini ve hatta yaşam sonu ve yas sürecinde, hasta yakını ve hastaların destekleyici bakım ihtiyaçlarını ele almak durumundadır<sup>15</sup>.

Yaşlı kanser hastasına bakım veren hemşirenin, hasta ve ailesinin destekleyici bakım gereksinimlerini etkin bir şekilde ele alabilmesi için öncelikle kendisini tanıması gerekir<sup>15</sup>.

Hemşire, kanser ve yaşlılık ile ilgili duygu ve düşüncelerinin farkına varmalı, stereotipik düşüncelerinin neden olduğu ve yaşlıların da içselleştirebildiği, yaşlılığa yönelik stigma, ayrımcılık, dikkate almama davranışı ve ön yargıların farkında olmalı ve bu özelliklerin verdiği hizmetin önüne geçmesine izin verilmemelidir<sup>25</sup>. Hemşirenin, kendini tanımaya ek olarak, yaşlılık süreci, yaşlılığın fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri hakkında teorik bilgiye ve etkili iletişim becerilerine sahip olması ve temel hemşirelik bilgi ve becerilerini bütüncül bir bakış açısıyla bakımına yansıtabilmesi gerekmektedir<sup>4</sup>.

Destekleyici bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında, hemşirelerin son derece aşına oldukları hemşirelik sürecinin tüm basamaklarının sıra ile uygulanması fazlasıyla etkili olacaktır. Destekleyici bakım ihtiyacına yönelik önerilen modellerde de hemşirelik sürecine benzer bir akış grafiği sunulduğu görülmektedir<sup>15,40</sup>. Yaşlıların destekleyici bakım gereksiniminin değerlendirilmesi, belirlenen gereksinimlere özgü müdahalelerin gerçekleştirilmesi ve uygulanan müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi sürecin basamaklarını oluşturacaktır. Ancak unutulmamalıdır ki, destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanması multidisipliner bir ekibin uyum içinde çalışması ile mümkün olacaktır.

Yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi son derece önemli bir süreçtir. Bu süreçte çeşitli tarama gereçleri ve ölçekler kullanılabilir. Ancak, kapsamlı geriatrik değerlendirmenin gerçekleştirilmesi zorunludur<sup>4,40</sup>. Kapsamlı geriatrik değerlendirmede; polifarmasi, yeterli beslenme, yeterli sıvı alımı, kusma, kilo takibi, anksiyete, depresyon vb. semptomların izlenmesi, hastalığa uyumunun gözlenmesi, hastalığa ve tedaviye uyum, bilişsel fonksiyonlar ve fiziksel fonksiyonun değerlendirilmesi yer almalıdır. Ayrıca, işlevsellik, mobilite, düşme riski, bakım veren kişilerin varlığı, eş veya aile gibi sosyal destekleri, hastaneye ve tedaviye ulaşımı etkileyen finansal durum da değerlendirmeye dâhil edilmelidir<sup>4,49</sup>.

Yaşlı kanser hastasının ve ailesinin değerlendirilmesi ile elde edilen veriler, bakım ihtiyaçlarının fark edilmesine hizmet eder<sup>49</sup>. Yaşlı kanser hastalarında; dengesiz beslenme ve sıvı volüm dengesizliği, uyku örüntüsünde bozulma, öz bakım yetersizliği, ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk, aktivite intoleransı, bilgi eksikliği, rol performansında bozulma, cinsel disfonksiyon, durumsal veya kronik düşük benlik saygısı, beden imajında bozulma, umutsuzluk, sosyal etkileşimde bozulma, yalnızlık, intihar riski, bağımsız karar vermede bozulma tanıları çok sık karşımıza çıkmaktadır<sup>40,41</sup>. Yaşlı hastanın destekleyici bakım gereksinimleri belirlendikten sonra, hastanın ve ailenin eğitimi ve bilgilendirilmesini, etkili ve uygun iletişimi, tedavi planının yönetilmesini ve geliştirilmesini, ruh sağlığı sorunlarının değerlendirilmesini, karar vermede hastanın katılımını ve bağımsızlığının desteklenmesini içermektedir<sup>10,14</sup>. Bakım sürecinde hastanın incinebilirliği, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı durumu, tedavi veya süreç ile ilgili tercihlerini belirtmesini ve soru sormasını, kültürel değerleri ve inançları konularında duyarlı olunmasını gerektirmektedir. Bu aşamalar

belirli bir sıra ile gitmez, genellikle birbirinin içinde ve dinamik bir süreçtir (Tablo 2).

**Tablo 2. Yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçlarını ele alma basamakları**

<b>Tarama</b>	
Tarama araç ve ölçeklerinin kullanılması	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme</li> <li>- Distres Termometresi</li> <li>- Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği</li> <li>- Scopa Uyku Ölçeği</li> <li>- Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği</li> <li>- Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği</li> <li>- Kanser Hastaları için Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği</li> </ul>	
<b>Geriatrik değerlendirme;</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komorbidite</li> <li>- Polifarmasi</li> <li>- Beslenme</li> <li>- Bilişsel fonksiyonlar</li> <li>- Duygusal durum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- İşlevsellik</li> <li>- Mobilite</li> <li>- Sosyal durum</li> <li>- Ekonomik durum</li> </ul>
<b>Tanımlama</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kırılgnalık</li> <li>- Depresyon</li> <li>- Deliryum</li> <li>- Demans</li> <li>- Entelektüel bozulma</li> <li>- Görme ve işitmede bozulma</li> <li>- Uykusuzluk</li> <li>- Düşme</li> <li>- İmmobilizasyon</li> <li>- İnkontinans</li> <li>- Bası yarası</li> <li>- Osteoporoz</li> <li>- İzolasyon</li> <li>- Enfeksiyon</li> </ul>	
<b>Girişim</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapötik iletişimin kullanılması</li> <li>- Hasta ve ailesinin eğitimi ve bilgilendirilmesi</li> <li>- Tedavi planının yönetilmesi ve geliştirilmesi</li> <li>- Karar vermede hastanın katılımı</li> <li>- Hastanın bağımsızlığının desteklenmesi</li> <li>- Duyguları hakkında konuşması için cesaretlendirilmesi</li> <li>- Duygularını tanıması ve yönetmesinin desteklenmesi</li> <li>- Baş etmenin güçlendirilmesi</li> </ul>	
<b>Yönlendirme</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruh sağlığı hizmetleri</li> <li>- Sosyal hizmetler</li> <li>- Evde bakım hizmetleri</li> </ul>	
<b>Değerlendirme</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiziksel durum</li> <li>- Ruhsal durum</li> <li>- Sosyal ve ekonomik durum</li> <li>- Hastalığa uyum</li> <li>- İşlevsellik</li> <li>- Bağımsızlık</li> </ul>	

Destekleyici bakım gereksinimleri incelendiğinde, yaklaşık %20'lik bir diliminin ilgili bilgilerin sağlanması, temel duygusal destek, etkili iletişim ve sıkı yürütülen semptom

yönetimi ile destekleyici bakım ihtiyaçlarının sürekli olarak değerlendirilmesiyle temel bakım gereksinimlerinin karşılandığı görülmektedir. Geriye kalan hastalardan %30'unun bilgi verme ve eğitim ile destekleyici bakım ihtiyaçları karşılanırken, %35 - %40'ında semptom yönetimi ve psikososyal distres için özel veya uzman profesyonel müdahale gerekmekte, %10'u ise yoğun ve süregelen karmaşık bir müdahaleye ihtiyaç duymaktadır<sup>15,50</sup>.

Değerlendirme aşamasında ise süreçteki hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı incelenmelidir. Sürecin dinamik olduğu ve bir alana yönelik hedeflenen sonuçlara ulaşılsa da değerlendirmenin her bir alana özgü olacak şekilde periyodik olarak tekrarlanması gerektiği unutulmamalıdır<sup>15,49</sup>. Planlanan hedeflere ulaşılmasında aksaklık yaşandığı durumlarda ise, tarama aşamasına tekrar dönülmesi ve sürecin baştan başlatılması faydalı olacaktır. Bu uygulamanın yapılması sonucunda, farklı müdahaleler ya da uzman hizmet ve kaynakların devreye sokulup sokulmayacağı, farklı birim ve uzmanlara yönlendirme gerekip gerekmediği değerlendirilir<sup>15,35,36</sup>.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak; yaşlı kanser hastaları özel popülasyonlardır ve destekleyici bakım gereksinimleri diğer yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Bu özel popülasyonun destekleyici bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında hemşirenin rolü, standart kanser tedavisinin çok ötesinde, bütüncül ve birçok boyut ve yaklaşım gerektirmektedir. Yaşlı kanser hastalarının çok boyutlu gereksinimlerinin karşılanması süreci, tüm profesyonel ekip üyeleri, hasta ve ailesinin iş birliği içinde, sistematik ve kanıta dayalı yaklaşımlar benimsenerek ve terapötik ilişki kurulması ile mümkün olacaktır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: İA, AAÖ

Veri toplama: -

Literatür araştırması: İA, AAÖ

Makale yazımı: İA, AAÖ

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Author contributions:**

Study design: IA, AAO

Data collection: -

Literature search: İA, AAÖ

Drafting manuscript: IA, AAO

## KAYNAKLAR

1. United Nations. World Population Ageing 2017: Highlights. New York: Department of Economic and Social Affairs; 2017.
2. Bostan H, Doğan ÖS. Türkiye'nin demografik dönüşümü ve nüfus projeksiyonlarına göre fırsatlar. Doğu Coğrafya Dergisi. 2019;24(41):61-90.
3. WHO. The top 10 causes of death [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 10 Mart 2019]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

4. Overcash J, Momeyer MA. Comprehensive Geriatric Assessment and Caring for the Older Person with Cancer. *Seminars in oncology nursing*. 2017;33(4):440-8.
5. Mohamed NE, Pisipati S, Lee CT, Goltz HH, Latini DM, Gilbert FS, et al. Unmet informational and supportive care needs of patients following cystectomy for bladder cancer based on age, sex, and treatment choices. *Urol Oncol*. 2016;34(12):531.e7-.e14.
6. Chasteen AL, Cary LA. Age stereotypes and age stigma: Connections to research on subjective aging. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*. 2015;35:99.
7. Moloney E, editor *Ageing and Cancer: A complex relationship*. Cancer Forum; 2014.
8. Sao Jose JMS, Amado CAF, Ilinca S, Buttigieg SC, Taghizadeh Larsson A. Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations. *Gerontologist*. 2019;59(2):e98-e108.
9. Perez-Zepeda MU, Cardenas-Cardenas E, Cesari M, Navarrete-Reyes AP, Gutierrez-Robledo LM. Cancer and frailty in older adults: a nested case-control study of the Mexican Health and Aging Study. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2016;10(4):736-42.
10. Bond SM, Bryant AL, Puts M. The Evolution of Gerontology Nursing. *Seminars in oncology nursing*. 2016;32(1):3-15.
11. Boyes AW, Clinton-McHarg T, Waller AE, Steele A, D'Este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and correlates of the unmet supportive care needs of individuals diagnosed with a haematological malignancy. *Acta Oncol*. 2015;54(4):507-14.
12. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(1):51-60.
13. White MC, Holman DM, Boehm JE, Peipins LA, Grossman M, Henley SJ. Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. *Am J Prev Med*. 2014;46(3 Suppl 1):S7-15.
14. Fadıoğlu Ç. Palyatif bakım. In: Can G, editor. *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. p. 993.
15. Cancer Australia. EdCaN module: Module Five - Cancer supportive care principles [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 13 Nisan 2019]. Erişim Adresi: <http://edcan.org.au/edcan-learning-resources/entry-to-specialty-program/principles-of-supportivecare>.
16. Jorgensen ML, Young JM, Harrison JD, Solomon MJ. Unmet supportive care needs in colorectal cancer: differences by age. *Support Care Cancer*. 2012;20(6):1275-81.
17. Fitch M, Maamoun J. Unmet supportive care needs and desire for assistance in patients receiving radiation treatment: Implications for oncology nursing. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2016;26(1):53-9.
18. Rutherford C, Mercieca-Bebber R, King M. Health-Related Quality of Life in Cancer. In: Olver I, editor. *The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship*: Springer; 2018. p. 109-25.
19. Klastersky J, Libert I, Michel B, Obiols M, Lossignol D. Supportive/palliative care in cancer patients: quo vadis? *Support Care Cancer*. 2016;24(4):1883-8.
20. Ashbury FD, Olver I. Cancer Symptoms, Treatment Side Effects and Disparities in Supportive Care. In: Olver I, editor. *The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship*. Second edition ed: Springer; 2018. p. 3-13.
21. Boyes AW, Girgis A, D'Este C, Zucca AC. Prevalence and correlates of cancer survivors' supportive care needs 6 months after diagnosis: a population-based cross-sectional study. *BMC cancer*. 2012;12(1):150.
22. Steer CB. Supportive care in older adults with cancer - An update of research in 2015. *J Geriatr Oncol*. 2016;7(5):397-403.
23. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Burns-Cunningham K, Simpson M, Maguire R. A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2017;29:60-70.
24. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver T, Hack T, Broadfield L, Biggs K, et al. A pan-Canadian practice guideline and algorithm: screening, assessment, and supportive care of adults with cancer-related fatigue. *Current oncology*. 2013;20(3):e233.
25. Ayvat İ. Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
26. Lopez AJ, Butow PN, Philp S, Hobbs K, Phillips E, Robertson R, et al. Age-related supportive care needs of women with gynaecological cancer: A qualitative exploration. *European journal of cancer care*. 2019:e13070.
27. Puts MT, Papoutsis A, Springall E, Tourangeau AE. A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2012;20(7):1377-94.
28. Papadacos J, McQuestion M, Gokhale A, Damji A, Trang A, Abdelmutti N, et al. Informational Needs of Head and Neck Cancer Patients. *J Cancer Educ*. 2018;33(4):847-56.
29. Zhang T, He H, Liu Q, Lv X, Song Y, Hong J. Supportive Care Needs of Patients With Lung Cancer in Mainland China: A Cross-Sectional Study. *The journal of nursing research : JNR*. 2019;27(6):1-9.
30. Khoshnood Z, Dehghan M, Iranmanesh S, Rayyani M. Informational Needs of Patients with Cancer: A Qualitative Content Analysis. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2019;20(2):557-62.
31. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2014;56(2):128-31.
32. Heidari H, Mardani-Hamoooleh M. Cancer Patients' Informational Needs: Qualitative Content Analysis. *J Cancer Educ*. 2016;31(4):715-20.
33. Fang CY, Heckman CJ. Informational and Support Needs of Patients with Head and Neck Cancer: Current Status

- and Emerging Issues. *Cancers of the head & neck*. 2016;1.
34. Ju YJ, Kim TH, Han KT, Lee HJ, Kim W, Ah Lee S, et al. Association between unmet healthcare needs and health-related quality of life: a longitudinal study. *Eur J Public Health*. 2017;27(4):631-7.
35. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. Erdemir F, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
36. Wilkinson JM, Barcus L. PEARSON Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Kapucu S, Akyar İ, Kormaz F, editors. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2018.
37. Pergolotti M, Deal AM, Williams GR, Bryant AL, Bensen JT, Muss HB, et al. Activities, function, and health-related quality of life (HRQOL) of older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2017;8(4):249-54.
38. Schmidt AL, Lorenz RA, Buchanan PM, McLaughlin L. Evaluating the Needs of Patients Living With Solid Tumor Cancer: A Survey Design. *J Holist Nurs*. 2018;36(1):15-22.
39. Koll T, Pergolotti M, Holmes HM, Pieters HC, van Londen GJ, Marcum ZA, et al. Supportive Care in Older Adults with Cancer: Across the Continuum. *Curr Oncol Rep*. 2016;18(8):51.
40. National Comprehensive Cancer Network. Older Adult Oncology [internet]. 2019 [Erişim Tarihi 28 Aralık 2019]. Erişim Adresi: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/senior.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/senior.pdf).
41. Aapro M. Supportive Care in Elderly Cancer Patients In: Olver I, editor. *The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship*. Second Edition ed: Springer; 2018. p. 83-8.
42. Shell JA. Sexuality. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otter R, editors. *Oncology Nursing* (fifth edition). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2007. p. 560.
43. Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing? *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2012;16(4):426-31.
44. Reyhan F, Özerdoğan N, Arik E. İhmal edilen bir konu: Yaşlılıkta cinsellik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;27(1):76-9.
45. DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. *J Sex Res*. 2012;49(2-3):125-41.
46. Mahieu L, de Casterle BD, Acke J, Vandermarliere H, Van Elssen K, Fieuws S, et al. Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing ethics*. 2016;23(6):605-23.
47. Perrig-Chiello P, Spahni S, Hopflinger F, Carr D. Cohort and Gender Differences in Psychosocial Adjustment to Later-Life Widowhood. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(4):765-74.
48. Akdemir N, Akkuş Y. Yaşlı kanser hastasına yaklaşım. In: Can G, editor. *Onkoloji hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. p. 943-54.
49. Burhenn PS, McCarthy AL, Begue A, Nightingale G, Cheng K, Kenis C. Geriatric assessment in daily oncology practice for nurses and allied health care professionals: Opinion paper of the Nursing and Allied Health Interest Group of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *J Geriatr Oncol*. 2016;7(5):315-24.
50. Fitch M, Zomer S, Lockwood G, Louzado C, Shaw Moxam R, Rahal R, et al. Experiences of adult cancer survivors in transitions. *Support Care Cancer*. 2018.

## Derleme makale Review article

# Salgın Hastalıklardan Koruma ve Kontrol Önlemleri, COVID-19 Pandemisi ile Mücadele ve Yaşanan Güçlükler



Hayriye ÜNLÜ<sup>1</sup>, Emine ÇİÇEK<sup>2</sup>

### ÖZ

Küreselleşmeyle birlikte, bir ülkede ortaya çıkan bulaşıcı hastalığın hızla başka bir ülkeye yayılma olasılığı artmaktadır. Bu küresel artış küresel bir dayanışmayı gerektirmektedir. Küresel salgınlar; mortalitede artışa sebep olmakla birlikte, sosyal ve siyasi yapıyı bozmakta, ekonomiyi olumsuz etkilemekte, olumsuz psikolojik etkilere yol açmakta ve sağlık sistemini derinden sarsmaktadır. Salgının erken tespit edilmesi ve müdahale önlemlerinin hızlı bir şekilde başlatılması, salgını kontrol etme imkanını arttırmaktadır. Koruma ve kontrol önlemleri kapsamında salgının özelliğine göre alınacak tedbirler: İlgili sektörlerle iş birliğinin yapılması, risk oluşturan etkenlerin (kontamine su kaynaklarının kullanımının engellenmesi ve suyun klorlanması) uzaklaştırılması, hasta izolasyonu, temaslılara müdahale edilmesi, riskli grupların aşılması, sağlık personelinin eğitimi ve halk sağlığı eğitimini kapsamaktadır. Günümüzde COVID-19 enfeksiyonu dünya çapında bir salgın olup halihazırda geliştirilmiş bir tedavi yöntemi veya aşısı bulunmamaktadır, bu nedenle bulaşmayı azaltmak için alınan önlemler ve kontrol stratejileri halk sağlığı önlemlerine dayanmaktadır. Toplumla yavaş / geç bilgi verilmesi, korunmaya ilişkin önlemler hakkında bilgi ve farkındalık eksikliği, söylentileri durdurmak için önlem alınmaması, sağlık yetkililerine güvenin azalması, sağlık çalışanları arasında uygun enfeksiyon önleme ve kontrol önlemlerinin uygulanmaması ve kültürel farklılıklar COVID-19 ile mücadelede engelleri oluşturmaktadır.

Bu makalede salgınla mücadele stratejilerine ve günümüz salgını olan COVID-19'un kontrol yöntemlerine ve salgınlarla mücadeleyi etkileyen engellere değinilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** COVID-19, kontrol, önlem, salgınlar

### ABSTRACT

#### Protection and Control Measures from Epidemic Diseases, Combating COVID-19 Pandemic and Difficulties Experienced

The possibility of an infectious disease emerging in one country to rapidly spread to another country increases with globalization. The global increase in infectious diseases requires international solidarity against these diseases. Although global epidemics cause an increase in mortality, they disrupt the social and political structure, negatively affect the economy, cause negative psychological effects and deeply shake the health system. Early detection of the outbreak and rapid initiation of intervention measures increase the ability to control the epidemic.

Measures to be taken according to the nature of the epidemic within the scope of protection and control measures include cooperation with relevant sectors, removal of risk factors (prevention of the use of contaminated water resources and chlorination of water) patient isolation, intervention to contacts, vaccination of risky groups, training of healthcare personnel and public health education. Nowadays, COVID-19 infection is a worldwide epidemic, and there is currently no improved treatment method or vaccine, so measures and control strategies to reduce transmission are based on public health measures. Slow/delayed provision of information to the community, lack of knowledge and awareness of protection measures, lack of action to stop rumors, reduced trust in health officials, failure to implement appropriate prevention and control measures among healthcare professionals, and cultural differences constitute obstacles to combating COVID-19.

In this article, the strategies to combat the epidemic and the control methods of the current epidemic of COVID-19, and the obstacles that affect the fight against outbreaks are mentioned.

**Keywords:** Control, COVID-19, outbreaks, prevention

<sup>1</sup>Prof. Dr. Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Alanya/Türkiye, E-mail: hayriyeunlu@yahoo.com, Tel:05327407266, ORCID: 0000-0002-8662-7415

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ankara/Türkiye, E-mail: eminecansu32@gmail.com, Tel: 05307971076, ORCID: 0000-0002-6338-9442

Geliş Tarihi: 05 Temmuz 2020, Kabul Tarihi: 03 Ocak 2021

**Atıf/Citation:** Ünlü H, Çiçek E. Salgın Hastalıklardan Koruma ve Kontrol Önlemleri, COVID-19 Pandemisi ile Mücadele ve Yaşanan Güçlükler Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):101-107. DOI: 10.31125/hunhemsire.907978

## GİRİŞ

Enfeksiyon hastalıkları dünya çapında salgınlara, mortalite ve morbiditede artışa sebep olabildiği gibi birçok kişide sakatlık ve işgücü kayıplarına da neden olmuştur. Bu hastalıklar aynı zamanda geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde erken yaşta ölümlerin önde gelen nedeni olarak da belirtilmektedir<sup>1</sup>.

Günümüzde mülteciler ve göçmenler dahil nüfusların iç ve uluslararası hareketleri, rastgele ve kontrolsüz şehirleşme, ekonomik gelişme ve arazilerin kullanım şekillerindeki değişiklikler ile oluşan ekolojik ve iklimsel değişiklikler hastalıkların yayılması için yeni fırsatlar yaratmaktadır. Bilim ve teknolojiye gelişmeler ve küreselleşme, hızla artan uluslararası hava ulaşımı, ticaret ve turizm nedeniyle hastalıklar bir kıtadan diğerine hızla yayılmaktadır<sup>2</sup>. Ayrıca gelir dağılımındaki eşitsizlik, bölgesel çatışmalar, yaşam tarzındaki değişiklikler enfeksiyon hastalıklarının yayılımını arttırmıştır. Çiçek aşısının bulunması ile çiçek hastalığı gibi bazı bulaşıcı hastalıkları yeryüzünden eradike edilmiştir, ancak AIDS, Ebola, Kırım Konga Kanamalı Ateşi / COVID-19 gibi yeni hastalıklar eradike edilen hastalıkların yerini hızla almıştır<sup>1</sup>. Hiçbir ülke enfeksiyon hastalıklarının yayılımından kendini soyutlayamaz. Bu nedenle enfeksiyon hastalıklarının küresel yayılımına karşı mücadele de küresel olmalıdır. Salgın hastalıkla mücadele bilimsel stratejilerle ve küresel bir dayanışma içinde yürütülmelidir<sup>3</sup>. Küresel salgın kontrolünün sağlanabilmesi, kalıcı ve müdahale edilebilir düzeyde olabilmesi için salgının beraberinde getirdiği; sosyal, kültürel, politik ve ekonomik sorunlara da çözüm aranmalıdır.

Günümüz salgını COVID-19'dan da anlaşılabilirliği üzere salgınlar, ülkeler için büyük ekonomik ve aynı derecede yıkıcı sosyal maliyetlere sebep olabilmektedir. Günümüzde COVID-19 için yapılan test sayısı ve test yapılanlar içinde enfekte olan kişi sayısı bilinirken, tüm dünyada COVID -19'a yakalanan yada COVID-19 taşıyıcısı olan kişi sayısı net olarak bilinmemektedir<sup>4</sup>. Hastalığın yayılımını önlemek için alınan tedbirler birçok kişinin çalışma ve sosyal hayata katılmamasına, üretimin azalmasına neden olarak ekonomiyi derinden etkilemiştir. COVID-19 güçlü bir sosyal devlete duyulan gereksinimi açık biçimde ortaya koyarken, diğer yandan da toplumsal bir sağlık sisteminin ne kadar önemli olduğunu da gözler önüne sermiştir. Ülkeler küresel salgınlardan olumsuz etkilenmemek ve/veya etkilerini en aza indirmek için salgın öncesinde, sırasında ve sonrasında koruyucu önlemler almalı, salgınlara her zaman hazırlıklı olmalı ve küresel salgınlarla mücadele edebilmek için stratejik planlar bulundurmalarıdır<sup>5</sup>.

### Amaç

Bu makalede genel olarak salgın yönetimi ve günümüzde yaşanan COVID-19 ile mücadele kapsamında alınması gereken önlemler ve karşılaşılan engeller ele alınmıştır.

### Pandemi ve Eylem Planlarının Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) pandemiyi; dünyada birden fazla ülkede veya kıtada, çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen genel isim olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hastalığa

dönüşmüş bir enfeksiyonun pandemi olması şu üç koşulu taşıyor olmasına bağlıdır<sup>6</sup>:

1. Daha önce maruz kalınmayan bir salgın hastalığın ortaya çıkması.
2. Hastalık etmeninin insanlara bulaşıyor ve tehlikeli bir hastalığa yol açıyor olması.
3. Hastalığı oluşturan etmenin kolay ve devamlı yayılabilir olması.

Dünya Sağlık Örgütü'nün bu maddeleri ışığında, bir hastalık veya durumun yaygın olmasının ve çok sayıda insanın ölümüne yol açmasının pandemi olarak nitelendirilemeyeceği anlaşılmaktadır, çünkü pandemi için hastalığın bulaşıcı olması da gerekmektedir. Örneğin yaygın bir ölüm sebebi olan kanserlerin bazı türleri bulaşıcı etmenler tarafından oluşturulmasına rağmen, kanser bulaşıcı bir hastalık olmadığı için pandemi olarak görülmemektedir<sup>7</sup>. Bir enfeksiyon hastalığı pandemi olarak kabul edildikten sonra, durumu olabildiğince erken ve doğru müdahaleler ile kontrol altına almak önemlidir. Salgın sırasında yerelden küresel seviyelere kadar sorumluluk, yetki ve hesap verebilirlik etkili bir eylem için zorunludur. Eylem planına; sağlık, ulaşım, göç, iletişim, finans, su ve sanitasyon, savunma, barınma ve eğitim alanları da dahil edilmelidir. Zira küresel salgınlar, gündelik yaşam alışkanlıklarından toplumların sosyal, siyasal, ekonomik ve kültürel yapılarına uzanan köklü değişikliklere neden olmaktadır. Günlük yaşamın değişmesi ile birlikte olumsuz psikolojik etkilerin görülmesi ve sağlık sisteminin derinden sarsılması da küresel salgınlardan sonuçlarındandır. Oluşan bu olumsuz etkiler, erken tespit ve müdahale ile azaltılabilmektedir<sup>8,9</sup>.

Günümüzde COVID-19 pandemisinin ülkemizde de olumsuz sonuçlara yol açtığı görülmektedir. Örneğin COVID-19 nedeniyle pek çok sektörde çalışmalara ara verildiği özellikle hizmetler sektöründe pek çok işletmenin kapandığı ya da faaliyet biçimini değiştirmeye çalıştığı görülmektedir<sup>10</sup>. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) (2020) Covid-19 salgının emek piyasasında geniş kapsamlı etkileri olacağını bildirmektedir. Buna göre, COVID-19 küresel ölçekte işsizliği artıracaktır. ILO'nun tahminlerine göre iyi senaryoda 5,3 milyon ve kötü senaryoda ise 24,7 milyon yeni işsizden bahsedilmektedir. Salgının olumsuz etkileri sadece işsizliğin artması biçiminde değil, ayrıca çalışan yoksulluğunun artması ve yaygınlaşması biçiminde de tezahür edebilir<sup>11</sup>. Türkiye İstatistik Kurumu'nun, 2020 Nisan ayı ekonomik güven indeksi verilerine göre endeks, nisanda bir önceki aya göre % 44.1 azalarak 51.3'e gerilemiştir. Ayrıca tüketicinin hizmet sektörüne güven indeksi %50.1 gerileyerek 46.1'e, perakende ticaret sektörü güven indeksi % 26 azalarak 75.2'ye, inşaat sektörü güven indeksi % 42.2 düşerek 44.7'ye gerilemiştir<sup>12</sup>. Aynı şekilde, Acar'ın yaptığı araştırmaya göre turizm sektörü de COVID-19 enfeksiyonundan olumsuz etkilenmiştir<sup>13</sup>.

### Salgın Yönetimi

Salgın yönetiminin öncelikli amacı; morbidite, mortalite ve diğer olumsuz hastalık etkilerini en aza indirmek için salgını mümkün olan en kısa sürede kontrol altına almaktır<sup>12</sup>.



### Salgın anında korunma ve kontrol önlemleri üç boyutta yapılabilir.

1.Kaynağa yönelik alınabilecek önlemler; kaynağın bulunması, hastalığın bildirilmesi, kesin tanı, hastaların tedavisi, izolasyon, taşıyıcı araması, şüphelilerin sürveyansı, sağlık eğitimi, zoonotik bir hastalıkta hayvanların yok edilmesidir.

2.Bulaşma yoluna yönelik alınabilecek önlemler; Çevre koşullarının düzeltilmesi (sanitasyon, dezenfeksiyon), yiyecek ve içecek maddelerinin denetimi, sağlık eğitimi, kişisel temizlik ve koruyucu ekipman kullanımı, konut koşullarının düzeltilmesi, nüfus hareketlerini kısıtlamaktır.

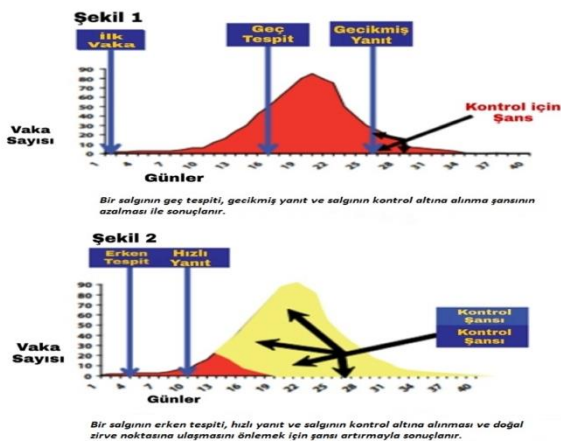
3.Sağlam kişiye yönelik alınabilecek önlemler; aşılama, seroproflaksi, kemoproflaksi, karantina gözlem, sağlıklı beslenmedir<sup>4</sup>.

Uluslararası yıkıcı salgınlara yol açabilecek tehlikeler konusunda ülkeler potansiyel risk altında bulunmaktadır. Hastalıklara neden olan mikroorganizmaların yayılması, yol açabilecekleri hastalık ve ölümler ile salgın hastalıkların yayılması sonucu, oluşacak panik nedeniyle ağır sonuçlar ortaya çıkabilmektedir<sup>5</sup>.

Salgının erken tespit edilmesi ve müdahale önlemlerinin hızlı bir şekilde başlatılması, salgını kontrol etme olasılığını arttırmaktadır. Erken tespit edilen salgın sayesinde aktif vakalar test edilerek bulunur, enfekte kişilerin seyahat geçmişi, kimlerle temas ettiği, temasların karantinası ve enfekte kişilerin izolasyonu izlenir<sup>14,15</sup>.

Bir salgının erken ve geç tespit edilmesinin salgın kontrolüne etkisi şekil 1 ve 2'de verilmiştir. Salgının erken tespiti, bir salgının doğal zirvesine ulaşmasını engelleyerek morbidite ve mortaliteyi büyük ölçüde azaltabilir<sup>14</sup>.

Her salgında bir indeks vakası belirlemek her zaman mümkün değildir; ancak, kaynağı bilinmeyen ateşlerin uygun şekilde araştırılmasıyla vakaları mümkün olduğu kadar erken tespit edilmesi sağlanabilir. Sağlık korunması ve geliştirilmesi, sağlık iletişimi salgına yönelik girişimlerin ve hazırlıkların entegrasyonunu kolaylaştırmada, yerel düzeyde gerekli işbirliği ve ortaklığı sağlamada doğal köprüler olabilir<sup>14,15</sup>.



Şekil 1 ve Şekil 2. Bir salgının erken ve geç tespit edilmesinin salgın kontrolüne etkisi<sup>14</sup>

### Salgın Hastalıklarda Koruma ve Kontrol Önlemleri

Küresel Uyarı ve Yanıt Ağ'ının (The Global Alert and Response Network) 2003'te yayınladığı bulaşıcı hastalıkların tehdidine karşı küresel önlemler kitapçığında, salgınla mücadele ve yanıtta üç aşamalı yaklaşım önerilmektedir. Birinci aşama salgına sebep olabilecek mevcut riskleri bilmek, ikinci aşama beklenmedik durumlara ve hastalıklara karşı hızlı cevap vermek ve son aşama küresel çapta oluşabilecek salgınlara karşı daima hazırlıklı olup gelişmeleri takip etmektir<sup>16</sup>.

Ghebrehewet ve Stewart, (2016) salgının sistematik olarak yönetilebilmesi için profesyonellerin ve kuruluşların; salgının niteliğini ve kapsamını belirlemesi gerektiğini, iç ve dış iletişimi etkin bir şekilde yönetmeleri, geçmişte yaşanan benzer salgınlardan gelecekteki salgınları önlemeye yönelik dersler çıkarmaları, salgın yönetiminde güncel teknolojiyi kullanmaları, ortaya çıkan yeni organizmaların niteliğini ve yayılımını iyi anlamaları, kamusal endişeleri hafifletmeleri gerektiğini vurgulamışlardır<sup>17</sup>.

Salgına uygun koruma ve kontrol önlemlerinin alınması ve etkililiğinin takibi salgın süresince ve sonrasında yapılmalıdır. Salgının incelenmesi ve kontrol önlemlerinden hangisinin daha önce başlatılacağına karar verilirken etken, kaynak ve bulaşma yolunun tespit edilmesi önemlidir. Salgının etkeni bilinmiyor ancak kaynak/bulaşma yolu biliniyorsa; kontrol önlemleri ve salgın incelemesi aynı anda başlatılmalıdır. Koruma ve kontrol önlemleri kapsamında salgının özelliğine göre alınacak tedbirler: ilgili sektörlerle işbirliğinin yapılması, risk oluşturan etkenlerin uzaklaştırılması (gıdanın tüketiminin engellenmesi, gerekirse toplatılması, vektör kontrolü, kimyasal etkenlerin risk oluşturacak yayılımının engellenmesi vb.), kontamine su kaynaklarının kullanımının engellenmesi ve suyun klorlanması, hasta izolasyonu, temaslılara müdahale edilmesi, riskli grupların aşılması, sağlık personelinin eğitimi ve halk sağlığı eğitimini kapsamaktadır<sup>18-20</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü'nün salgında davranışsal ve sosyal iletişim rehberine göre salgın müdahale stratejisinin ana bileşenleri Tablo 1'de verilmiştir<sup>14</sup>.

Tablo 1. Salgın Müdahale Stratejisinin Ana Bileşenleri

#### Davranışsal ve Sosyal Müdahaleler

- Hanehalkı ve toplum düzeyinde risk azaltma önlemlerinin belirlenmesi
- İlgili, teknik olarak uygulanabilir, etkili, sosyal ve kültürel olarak kabul edilebilir topluluk müdahalelerinin tasarımının yapılması
- Çeşitli yaklaşımların kullanımı, örn. sosyal mobilizasyon, sağlık eğitimi ve tanıtımı, riski azaltmak ve daha fazla hastalık bulaşmasını durdurmak için önlemlerin alınmasının teşvik edilmesi

**Tablo 1. Salgın Müdahale Stratejisinin Ana Bileşenleri (devamı)**

<b>Klinik Bakım</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaka ölüm oranının azaltılması ve uygun hasta bakımı ile hastalığın daha fazla yayılmasının önlenmesi</li> <li>Enfeksiyon önleme ve kontrol önlemlerinin geliştirilmesi</li> </ul>
<b>Medya İletişimi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medya iletişim planının geliştirilmesi</li> <li>En uygun kanallar aracılığıyla zamanında sağlık bilgilerinin sağlanması</li> <li>Kamuoyunun endişelerinin tespit edilmesi ve bu endişelere saygı duyulması</li> <li>Sözcülerin ve gazetecilerin eğitilmesi</li> <li>Operasyonel müdahalenin güven ve inanılabilirliğini sağlanması ve sürdürülmesi</li> </ul>
<b>Lojistik ve Güvenlik</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ekip üyelerinin güvenlik önlemlerine uygun çalışmalarının sağlanması</li> </ul>
<b>Epidemiyolojik Araştırma ve Laboratuvar Testleri</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfeksiyonun ve bulaşma yolunun tanımlanması</li> <li>Etkili kontrol önlemlerinin belirlenmesi</li> <li>Doğru ve hızlı tanı yöntemlerinin sağlanması</li> </ul>

**Salgın Yönetimi ve Mücadelesi Kapsamında COVID-19 Pandemisi**

Coronavirüs ailesinin en son bulunan, hayvanlarda ve insanlarda hastalığa neden olan üyesi COVID-19'dur. Bu yeni virüs ve hastalık, Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kenti Güney Çin Deniz Ürünleri Şehir Pazarı (farklı hayvan türleri satan bir toptan balık ve canlı hayvan pazarı) çalışanlarında etiolojisi bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmesiyle ortaya çıkmıştır ve şu anda küresel olarak birçok ülkeyi etkileyen salgın bir hastalıktır. COVID-19 enfeksiyonunda en sık olarak görülen belirtiler; ateş, kuru öksürük ve yorgunluktur. Daha ağır vakalarda ise nefes darlığı, göğüs ağrısı veya göğüste basınç hissi, konuşma, hareket kaybı ile birlikte ateş ve / veya öksürük görülebilmektedir<sup>21</sup>. Yayılım insandan insana öksürme hapşırma veya konuşma sırasında atılan küçük damlacıklar yoluyla olmaktadır. Aynı zamanda bu damlacıklar yüzeylerin üzerine düşerek enfeksiyon için risk oluşturur. İnsanlar bu virüslü yüzeylere dokunup ardından ağız, burun veya gözlerine dokunarak da enfekte olabilmektedirler<sup>22</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 15 Aralık 2020 verilerine göre tüm dünyada doğrulanmış vaka sayısı 71.581.532 olup, 1.618.374 kişi bu hastalık nedeni ile hayatını kaybetmiştir. COVID-19'a bağlı ölümlerin en çok görüldüğü bölge 30.656.971 kişi ile Amerika iken en az ölümün görüldüğü bölge 971.624 kişi ile Batı Pasifik'tir<sup>23</sup>. Ülkemizde ise 15 Aralık 2020 verilerine göre onaylanmış vaka sayısı 1.052.007 ve ölüm sayısı 16.646'dır<sup>24</sup>. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri' ne (Center for Disease Control and Prevention (CDC) göre COVID-19'a bağlı ölümler en çok, yaşlı yetişkinlerde ve altta yatan ciddi tıbbi rahatsızlıkları olan herhangi bir yaştaki kişilerde görülmektedir. Riskli bireyleri ve toplumu korumak için COVID-19 ile mücadele önemli yer tutmaktadır<sup>25</sup>.

**COVID-19 ile Mücadele**

Dünya Sağlık Örgütü, Mart 2020'de COVID-19 salgınına ilişkin yayınladığı rehberde COVID-19 ile mücadelenin

amacını; salgını yavaşlatma ve durdurma, yayılımı önleme ve geciktirme, tüm hastalar ve özellikle ağır hastalar için optimize edilmiş bakım sağlama, salgının sağlık sistemleri, sosyal hizmetler ve ekonomik faaliyetler üzerindeki etkisini en aza indirme olarak açıklamıştır. Bütün bu amaçları gerçekleştirebilmek için ülkelerin kapsamlı önlem paketine ihtiyaçları vardır ve bu önlem paketinin içeriği ülkenin veya ulusun salgında hangi senaryo ile karşı karşıya olduğuna bağlı olarak değişmektedir<sup>26</sup>. Mücadele kapsamındaki önlemler ve eğitimler on başlık altında gruplandırılmıştır<sup>27</sup>:

1. Ulusal Koordinasyon Sağlama
2. Risk İletişimi Oluşturma ve Toplum Katılımı Sağlama
3. Halk Sağlığı Önlemleri
4. Vaka ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi
5. Enfeksiyonun Önlenmesi ve Kontrolünün Sağlanması
6. Sürveyans, Risk ve Şiddet Değerlendirmelerinin Yapılması
7. Ulusal Laboratuvar Sistemlerinin Geliştirilmesi
8. Lojistik ve Tedarik Yönetimi
9. Temel Hizmetlerin Bakımının Sağlanması
10. Araştırma ve Geliştirme Çalışmalarının Yapılması

COVID-19 için halihazırda geliştirilmiş bir tedavi yöntemi veya etkinliği kanıtlanmış bir aşı bulunmamaktadır. Bu nedenle bulaşmayı azaltmak için alınan önleme ve kontrol stratejileri halk sağlığı önlemlerine dayanmaktadır. Bu önlemler, kişisel koruyucu önlemler, çevresel önlemler, sosyal uzaklaşma ve seyahatle ilgili önlemleri içermektedir<sup>26,27,28</sup>. Dünya Sağlık Örgütü tarafından her durumda önerilen halk sağlığı önlemleri; el hijyeni, solunum hijyeni, semptomatik bireyler için maske kullanımı, hasta bireylerin izolasyonu ve tedavisi, sağlıklı kişilerin temas belirtilerinin izlenmesi, yolcular için sağlık tavsiyeleri ve çevre temizliğidir. Ülkenin veya ulusun salgın durumuna bağlı olarak önerilen önlemler ise; kalabalıktan kaçınma, okulları kapatma, toplu taşımaları kapatma ve/veya işyerlerini kapatma, halk sağlığı karantinası (asemptomatik temaslılar için) ve/veya izolasyon (hasta kişiler için) önlemleridir<sup>29,30</sup>. Önerilen bu uygulamalara karşın farklı ülkeler salgının kontrol altına alınması için farklı önlemler uygulamıştır. Middelburg ve Rosendall Mayıs 2020'de yaptıkları çalışmada hükümetlerin uyguladığı bu farklı önlemleri ele alarak ülkelerin COVID-19 ile mücadelesini karşılaştırmıştır. Çalışmada ülkeler, ilk ölüm tarihine göre senkronize edildikten sonra her ülke için 25.günde toplam ölüm sayısının yüzdesi alınarak pandeminin başladığı Çin ile karşılaştırılmıştır ve bu karşılaştırma sonucunda ülkeler üç kategoriye ayrılmıştır. Birinci kategorideki ülkeler Çin'e benzer bir politikaya sahip olan ülkelerdir. Bu kategorideki ülkeler virüs toplumda önemli ölçüde yayıldıktan sonra önleyici tedbirler alan ülkelerdir, örneğin İtalya, İspanya, Fransa, İngiltere gibi Avrupa ülkeleri. İkinci kategorideki ülkeler, Güney Kore'ye benzer bir politikaya sahip olan yani virüs popülasyonda önemli ölçüde yayılmadan önce katı önleyici tedbirler alan ülkelerdir. Üçüncü kategorideki ülkeler ise ABD gibi çok sayıda ölüm gerçekleşene kadar önleyici tedbirlerin alınmadığı ülkelerdir. Çalışma sonucunda önleme stratejilerinin erken benimsenmesinin

salgının eğrisini düzleştirmede anahtar olduğu doğrulanmıştır<sup>31</sup>.

### COVID-19 ile Mücadelede Zorluklar

COVID-19 ile mücadelede; toplumla ilişki kurmak, korkuları, engelleri, endişeleri ele almak koruyucu davranışları teşvik etmekte ve kişilerin virüs ile olan mücadeleye doğrudan katılmalarına izin vermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19'a yönelik tespit, önleme, yanıt ve kontrol yöntemlerini açıkladığı online kursunda mücadelede karşılaşılan ve ele alınması gereken engeller şöyle sıralanmıştır<sup>32</sup>:

- Müdahale ekiplerinin, toplum uygulamalarını, endişelerini ve korkularını anlama eksikliği,
- Hastalık ve müdahale hakkında yavaş / geç bilgi vermenin toplumda endişeyi ve salgının hızını arttırması,
- Korunma önlemleri hakkında bilgi ve farkındalık eksikliği nedeni ile hastalığın yayılımının şiddetlenmesi,
- Toplumsal anlaşma olmadan önlemlerin uygulanmaya başlanması, toplumsal kabulün geç olması,
- Söylentileri durdurmak için geç / hiçbir önlem alınmaması, yanlış anlamaların arttırması ve sağlık yetkililerine güvenin azaltılması ve bu durumun "tehlikeli" davranışlara yol açması,
- Sağlık çalışanları arasında uygun enfeksiyon önleme ve kontrol önlemlerinin uygulanmaması,
- Bakım ile ilgili kültürel uygulamaların salgının kontrolünü zorlaştırması, örneğin, bazı kültürlerde birçok akraba, hastanedeki hasta aile üyelerine eşlik etmek, onlara yemek getirmek veya onları ziyaret etmek ister. Türkiye için kültürel uygulamalara örnek verecek olursak; Hac'dan gelenleri ziyaret etme, asker yollama seremonisi, bayram ziyaretleri ve el öpme, düğünler, sarılarak selamlaşma, yaz aylarında kalabalık ortamlarda piknik yapmayı sayabiliriz.
- Sağlık hizmeti arama davranışı ile ilgili kültürel uygulamaların salgının kontrolünü zorlaştırması, örneğin, bazı hastalar nerede bakılacaklarına karar vermeden önce birçok farklı hastaneye gidebilirler (buna doktor veya hastane alışverişi denir).

Bütün bu faktörler COVID-19'un toplumda yayılım hızını arttırabilir.

COVID-19 ile Mücadelede Hemşirelerin Yaşadığı Zorluklar Türk Hemşireler Derneği'nin Temmuz 2020'de yayınlanan COVID-19 Pandemi Süreci adlı makalesinde hemşirelerin yaşadığı zorlukları şu şekilde sıralanmıştır<sup>33</sup>:

- Yeterli ve kaliteli kişisel koruyucu ekipmanlara ulaşmada zorluk,
- Çalışma koşullarına ve ortamına yönelik sorunlar (24 saate varan uzun çalışma saatleri, yetersiz dinlenme süreleri, dinlenme alanlarının standartlara uygun olmaması ve/veya yetersiz olması/olmaması, çalışma saatlerinde yeterli ve dengeli beslenememe),

- Hemşirelerin çoğunluğunun bulaş riski nedeniyle evlerine gidememesi, çocuk bakımı, kalacak yer temini ve ulaşım konusunda sıkıntı yaşaması,
- Bakım vermekte oldukları hastaların kaybı yanı sıra hem kendileri hem de yakınlarının sağlığına yönelik endişe, kaygı ve korku yaşama,
- COVID-19 salgını nedeniyle mevcut kliniklerin kapatılması, pandemi klinikleri ve hastaneleri oluşturulması sonucunda hemşirelerin deneyimli olmadıkları farklı birimlerde çalışmak zorunda kalmaları,
- Rutin uygulamalarda değişiklik yapılması, bazı işlemlerin kim tarafından yapılacağına yönelik karmaşa olması, enfekte olma korkusu yaşayan diğer sağlık çalışanlarının hasta ile temas gerektiren işlemleri hemşirelere yaptırmak istemesi,
- Pandemi sürecinde hemşireler, ek ödeme, zorunlu ücretsiz izin kullandırma, fazla mesainin karşılığını alamama gibi özlük haklarına yönelik sorunlar da yaşamışlardır.

Bütün bu zorluklar hemşireleri olumsuz etkilemiştir. Hemşirelerin kritik rollerini ortaya koyabilmeleri ve olumsuz etkilerden kurtulabilmeleri için karar alma süreçlerinde etkili rol almaları; liderlik pozisyonlarında daha fazla hemşireye yer verilmesine yönelik girişimlerin yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte hem COVID-19 kliniklerinde hem de diğer kliniklerde bakım hizmetlerinin güvenli hasta-hemşire oranlarını sağlayacak şekilde düzenlenmesi, hemşirelerin çalışma çizelgelerinin hasta ve çalışan ve güvenliğini sağlayacak şekilde planlanması ve uygulanması, fiziki koşulların düzenlenmesi, yeterli malzeme, koruyucu ekipman sağlanması gerekmektedir<sup>33,34</sup>.

### SONUÇ ve ÖNERİLER

Bulaşıcı hastalıklar ve salgın ile mücadelede koruyucu sağlık hizmetleri yaşamsal bir öneme sahiptir ve erken tanı ile önlemlerin hızlı bir şekilde başlatılması, salgını kontrol etme imkanı arttırmaktadır. Kontrolün kalıcı ve müdahale edilebilir düzeyde olabilmesi için salgının beraberinde getirdiği; sosyal / kültürel sorunlara (salgın dini gelenekleri ve geleneksel inançları uygulamayı engelliyor mu?, vb.), politik sorunlara (hangi etnik ve kültürel grup daha çok etkilendi? Yerel halk yetkililere ne kadar güveniyor? Sağlık personelleri ve yönetim arasındaki ilişki nasıl?, vb.) ve ekonomik sorunlara da çözüm aranmalıdır, çünkü salgınlar COVID-19'dan da anlaşılabilir üzere ülkeler için büyük ekonomik ve aynı derecede yıkıcı sosyal maliyetlere sebep olabilir. Bu yıkımlar karşısında insanların davranış ve tutumları salgın riskini daha da arttırmaktadır. Bu nedenle toplum davranışlarını anlamak, hastalığın bulaşmasını hafifleterek, hastalığı önleme ve kontrol etmede etkili yollar bulmaya yardımcı olabilir. Ayrıca salgına yönelik koruyucu ve önleyici müdahalelerinin bütün halka eşit olarak, demokratik ve bilimsel yöntemler ile sağlanması da oldukça önemlidir.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Yazar katkıları:**

Araştırma Dizaynı: HÜ, EÇ

Literatür Tarama: HÜ, EÇ

Makale Yazımı: HÜ, EÇ

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Author contributions:**

Study Design: HU, EC

Literature Search: HU, EC

Drafting manuscript: HÜ, EC

## KAYNAKLAR

- Nakajima H. Message from the director-general. The World Health Report Conquering Suffuring Enriching Humanity [Internet]. 1997. [Erişim tarihi: 26/06/2020]. Erişim adresi : <https://www.who.int/whr/1997/en/>.
- Nakajima H. Message from the director-general. The World Health Report - Fighting Disease Fostering Development [Internet]. 2016. [Erişim tarihi: 27/06/2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/whr/1996/en/>
- Brundtland GH. Message from the director-general The World Health Report - Reducing Risks, Promoting Healthy Life [Internet]. 2002. [Erişim tarihi: 27/06/2020] Erişim adresi: <https://www.who.int/whr/2002/en/>
- WHO. Key planning recommendations for mass gatherings in the context of COVID-19 [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 06/12/2020]. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332235/WHO-2019-nCoV\\_POE\\_mass\\_gathering-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332235/WHO-2019-nCoV_POE_mass_gathering-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Türk Tabipleri Birliği COVID-19 Danışma ve İzleme Kurulu. COVID-19 Pandemisi İki Aylık Değerlendirme Raporu. Türk Tabipleri Birliği [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 04/12/2020]. Erişim adresi : <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor.pdf>
- COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu. Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA Raporları No:34) [Internet]. 2020. [Erişim tarihi 10/12/2020]. Erişim adresi: [http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19\\_Raporu-Final+.pdf](http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19_Raporu-Final+.pdf)
- Aslan R. Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. Göller Bölgesi Aylık Ekon ve Kültür Derg. 2020;8(85):35–41.
- Smith RD. Responding to global infectious disease outbreaks: Lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. Soc Sci Med. 2006; 63 (12) :113–23.
- Water GLAAS findings on national policies, plans, targets and finance in Treading Water Corporate Responses to Rising Water Challenges. Disclosure Insight's CDP Global Water Report [Internet]. 2018. [Erişim tarihi 14.04.2020]. Erişim adresi : [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/hygiene-glaas-findings/en/](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/hygiene-glaas-findings/en/)
- Özatay F, Sak G. COVID-19'un Ekonomik Sonuçlarını Yönetebilmek İçin Ne Yapılabilir? Türkiye Ekon Polit Araştırma Vakfı [Internet]. 2020. [ Erişim tarihi 10.05.2020]. Erişim adresi : [https://tepav.org.tr/upload/files/1585023057-6.Covid\\_19un\\_Ekonomik\\_Sonucularini\\_Yonetebilmek\\_Icin\\_Ne\\_Yapilabilir.pdf](https://tepav.org.tr/upload/files/1585023057-6.Covid_19un_Ekonomik_Sonucularini_Yonetebilmek_Icin_Ne_Yapilabilir.pdf)
- Akbağ, E. Covid 19'un Toplumsal etkileri; Kovid-19 ve Sonrası: Disiplinlerarası Bir Yaklaşım: Halk Sağlığı, Hukuk, İktisat, İlahiyat, Psikoloji, Sosyoloji, Tıp. Uluslararası İlişkiler ve Stratejik Araştırmalar (ULISA) Enstitüsü [Internet]. 2020. [Erişim tarihi 16/12/2020]. Erişim adresi: [https://aybu.edu.tr/yulisa/contents/files/ULI%CC%87SA\\_12\\_3\\_Haziran\\_2020\(1\).pdf](https://aybu.edu.tr/yulisa/contents/files/ULI%CC%87SA_12_3_Haziran_2020(1).pdf)
- 12.Türkiye İstatistik Kurumu. Ekonomik Güven Endeksi, 33928 Nisan [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 26.06. 2020]. Erişim adresi : [http://www.tuik.gov.tr/Pre\\_Haber\\_Bultenleri.do?id=33928](http://www.tuik.gov.tr/Pre_Haber_Bultenleri.do?id=33928)
- Acar Y. Yeni Koronavirüs (COVID-19) Salgını ve Turizm Faaliyetlerine Etkisi. Güncel Tur Araştırmaları Derg. 2020;4:7–21.
- World Health Organization. Communication For Behavioural Impact (COMBI) [Internet]. 2020. [Erişim tarihi 28/11/2020]. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75170/WHO\\_HSE\\_GCR\\_2012.13\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75170/WHO_HSE_GCR_2012.13_eng.pdf)
- Madurai ER, Pugazhendhi R. Restructured society and environment: A review on potential technological strategies to control the COVID-19 pandemic. Sci Total Environ. 2020;725: 138858
- Global Defence Against the Infectious Disease Threat. World Health Organization [Internet]. 2003. [Erişim tarihi: 10.06.2020]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42572/9241590297.pdf;jsessionid=AA636C7EFE7BC628E7C0399F63AA419D?sequence=1>
- Ghebrehewet S, Stewart AG. Incidents and outbreak management. (Edi: Ghebrehewet S, Stewart AG, Baxter D, Shears P, Conrad D, Kliner M) Health Protection: Principles and Practise. Oxford University Press; 2016. Available at: <https://books.google.com.tr/books?id=SsBjDQAAQBAl&dq=Taking+Outbreak+Protection+and+Control+Measures&hl=tr>
- Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [Internet]. 2017. [Erişim tarihi: 28.04.2020]. Erişim adresi : [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/mevzuat/genelge/Bulasici\\_Hastaliklar\\_ile\\_Mucadele\\_Rehberi\\_Ustyazi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/mevzuat/genelge/Bulasici_Hastaliklar_ile_Mucadele_Rehberi_Ustyazi.pdf)
- Sıkça Sorulan Sorular [Internet]. Covid-19 Türkiye Web Portalı [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 02.07.2020]. Erişim adresi : <https://covid19.tubitak.gov.tr/covid19/sikca-sorulan-sorular>
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 01.06.2020]. Erişim adresi:

- [https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal\\_pandemi\\_plani.pdf](https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf)
21. Kenney SP, Helmy YA, Fawzy M, Elswad A, Sobieh A, Shehata AA. The COVID-19 Pandemic: A Comprehensive Review of Taxonomy, Genetics, Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Control. *J Clin Med.* 2020;9(4):2–29
  22. World Health Organization. Q&As on COVID-19 and related health topics and on coronaviruses (COVID-19) [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 06.06.2020]. Erişim adresi : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
  23. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. World Health Organization [Internet]. [Erişim tarihi: 2020 28.05.2020]. Erişim adresi : WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard
  24. World Health Organization. Coronavirus Disease Situation Report-138 [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 18.08.2020]. Erişim adresi: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200606-covid-19-sitrep-138.pdf?sfvrsn=c8abfb17\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200606-covid-19-sitrep-138.pdf?sfvrsn=c8abfb17_4)
  25. Centers for Disease Control and Prevention. Higher Risk [Internet]. 2020. [Erişim tarihi :11.12.2020]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq.html#Higher-Risk>
  26. World Health Organization. Controlling the spread of COVID-19 at ground crossings [Internet]. [Erişim tarihi: 23.06.2020]. Erişim adresi : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332165/WHO-2019-nCoV-Ground\\_crossings-2020\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332165/WHO-2019-nCoV-Ground_crossings-2020_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  27. World Health Organization. Responding to Community Spread of COVID-19 [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 05.06.2020]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331421>
  28. Shih H-I, Wu C-J, Tu Y-F, Chi C-Y. Fighting COVID-19: A quick review of diagnoses, therapies, and vaccines. *Biomedical Journal* [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 18.06.2020]. Erişim adresi: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2319417020300858?token=4A5021C1C80D0CF03BB85DAFA2E9D9F2B78D1ACB40437460BCEE6636FCF190DC0172B30227C23AE1DFBBFF1E049A96F2>
  29. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19 [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 01.08.2020]. Erişim adresi: [file:///C:/Users/x/Downloads/WHO-2019-nCoV-IPC\\_Masks-2020.4-eng.pdf](file:///C:/Users/x/Downloads/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.4-eng.pdf)
  30. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: interim guidance [Internet]. 2020 . [Erişim tarihi: 15.12.2020]. Erişim adresi : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272420/retrieve>
  31. Middelburg, R. A. and Rosendall FR. COVID-19: How to make between-country comparisons. *Int J Infect Dis.* 2020;96:477–81.
  32. World Health Organization. Emerging respiratory viruses, including COVID-19: methods for detection, prevention, response and control [Internet]. 2020. [Erişim tarihi: 20.06.2020]. Erişim adresi: <https://open.who.org/courses/introduction-to-ncov/items/6FTk2sMdJ6uzXqINC14hG132>.
  33. Şenol Çelik S, Atlı Özbaş A, Çelik B, Karahan A, Bulut H, Koç G, et al. COVID 19 Pandemic Process: Turkish Nurses Association. *J Educ Res Nurs.* 2020;17(3):279–83.
  34. Duygulu S, Başaran Açıl S, Kuruca Özdemir E, Erdat Y. COVID-19 Salgını: Yönetici Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.* 2020;7:34–46.

## Olgu Sunumu Case Report

# Köyde Yaşayan Spinal Tümör Tanılı Erkek Hastanın Gündoğumu Modeli ile Kültürel Değerlendirilmesi



Eda KILINÇ<sup>1</sup>, Gülbahar KORKMAZ ASLAN<sup>2</sup>

### ÖZ

Leininger'in Kültürel Bakım Teorisindeki amacı insan kültürlerinde hemşirelik bakımındaki girişimlerin farklılıklarını ve kültürün bireylerin sağlık durumlarına etkilerini açıklamaktır. Literatür kültürel yeterliliğin, sağlık bakım kalitesinin önemli bileşenlerinden biri ve sağlık bakım çıktıları üzerinde iyileştirici etkisi olduğunu belirtmektedir. Bu olgu sunumunun amacı köyde yaşayan bir hastayı Gündoğumu Modeli ile değerlendirmek ve kültürel açıdan yeterli hemşirelik bakımının sonuçlarına dikkat çekmektir. Hastanın kültürel bakım özelliklerine yönelik bulguları 10 başlık altında ele alınmıştır. Süreç boyunca araştırmacı hasta, hasta yakını, hemşireler ve hekimler ile birlikte iş birliği yapmıştır. Uygun iletişim dilini kullanarak hastanın kültürel değerlendirmesini tamamlamıştır. Hastayı kültürel yönden değerlendirdikten sonra ise uygun kültürel bakım kararı alınmıştır. Hastanın kültürel değerlendirilmesinde bazı geleneksel uygulamaların (zeytinyağlı incir tüketimi, bitki çayı kullanımı) olduğu tespit edilmiştir. Hasta için olumsuz etkisi olmayan bu uygulamalar için hemşire tarafından "kültürel bakımı koruma/sürdürme kararı" alınmıştır. Sonuç olarak, hastaya bütüncül ve kültürel yeterli hemşirelik bakımı verilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Kültürel değerlendirme, kültürel özellikler, kültürel yeterlilik, kültürlerarası hemşirelik

### ABSTRACT

#### Cultural Assessment of a Male Patient with Spinal Tumor Living in a Village Using the Sunrise Model

The aim of the Leininger's Cultural Care Theory is to explain the differences in nursing care interventions in human cultures and to explain the effects of culture on the health status of individuals. The literature states that cultural competence is an important component of health care quality and has a curative effect on health care outcomes. This case report aims to evaluate a male patient living in the village with the Sunrise Model and to draw attention to the results of culturally adequate nursing care. Findings for cultural care features are discussed under ten headings. During the process, the researcher cooperated with the patient, patient's relative, nurses, and physicians and made the patient's cultural assessment using the appropriate communication language. After assessing the patient in terms of the cultural aspect, appropriate cultural care decision was taken, and cultural care was evaluated. In the patient's cultural assessment, some traditional practices (fig consumption with olive oil, use of herbal tea) were determined. For these practices, which have no adverse effect on the patient, the nurse took a "decision of cultural care preservation/maintenance". As a result, the patient was given holistic and culturally adequate nursing care.

**Keywords:** Cultural assessment, cultural characteristics, cultural competence, transcultural nursing

<sup>1</sup>Arş. Gör., Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye, E-mail: ekilinc@pau.edu.tr, Tel: 05455619683, ORCID: 0000-0003-1857-4953

<sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye, gkorkmazaslan@gmail.com, Tel: 05056272422, ORCID: 0000-0003-0763-3671

Geliş Tarihi: 14 Nisan 2020, Kabul Tarihi: 13 Kasım 2020

**Atıf/Citation:** Kılınç E, Korkmaz Aslan G. Köyde Yaşayan Spinal Tümör Tanılı Erkek Hastanın Gündoğumu Modeli ile Kültürel Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(1):108-116. DOI: 10.31125/hunhemsire.907999

## GİRİŞ

Spinal tümörler, omuriliğin içinde bulunan dokulardaki anormal büyümelerdir. Spinal tümörler benign (kanserli olmayan) veya malign (kanserli) olabilir. Primer tümörler omurgada veya omurilikte ortaya çıkmakta iken metastatik veya sekonder tümörler, başka bir bölgeden omurgaya yayılan kanserli hücrelerdir<sup>1,2</sup>.

Spinadaki tümörler, merkezi sinir sistemindeki tüm tümörlerin yaklaşık %15'ini oluşturmakta ve genellikle benign olarak ortaya çıkmaktadır<sup>3</sup>. Tümörler dokular üzerinde baskı yaparak nörolojik sistemin işlevini bozabilir<sup>4</sup>. Spinal tümörlerinin semptomları arasında ağrı, nöbet, bulantı ve kusma, görme ve işitme bozukluğu, uyuşukluk ve felç yer almaktadır<sup>5</sup>. Bu hastalığa, nörolojik muayene, özel görüntüleme teknikleri (bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme), laboratuvar testleri ve biyopsi sonrasında tanı konur<sup>6</sup>.

Spinal tümörler, ağır morbidite ve mortalite oranlarına sahip olmasına rağmen, erken tanı ve uygun tedavi yöntemleriyle hastalık süreci olumlu sonuçlanabilmektedir<sup>1</sup>. Tedavi sürecinde hastalığın prognozunun iyi olabilmesi için bakımın kalitesi önem arz etmektedir<sup>7,8</sup>. Söz konusu bakım, farklı kültürlere sahip bireyleri kapsayan "kültürel bakım" kavramını da içermektedir<sup>9</sup>.

Farklı kültürlere sahip olan insanların sağlık gereksinimleri ve bu gereksinimlerine yönelik uygulamalar farklılık gösterebilir<sup>9</sup>. Örneğin; ağrı davranışı ve algılarının hastaların sosyo-kültürel yapıları ve kültürlerinden çok fazla etkilenmektedir<sup>10</sup>. Ülkemizde Kuzey Anadolu'da yaşayan insanlar ağrı ile ilgili deneyimlerini oldukça abartılı ifade etmekte iken Orta ve Doğu Anadolu bölgesinde yaşayanların ise ağrıya karşı daha dayanıklı ve sabırlı olduğu görülmektedir. Özellikle kırsal kesimden gelen hastaların ağrı şikayetlerini dile getirmekte kent insanına göre daha kapalı olduğu ve uygulanan tedavi yöntemlerine daha kolay uyum sağladığı görülmektedir<sup>10</sup>.

Farklı kültürlerden gelen üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, yara ve yanıklara yönelik yapılan geleneksel uygulamalarda Ganali öğrenci un, su ve tuzun karıştırarak yaraya döküldüğünü, Türkmenistanlı öğrenci yanıklarda diş macunu ve yoğurt kullanıldığını, Azeri öğrenci yanığa yoğurt sürüldüğünü ifade etmiştir. Kosovalı öğrenci berberlerin eli kesilince idrar sürdüğünü, Türkmenistanlı öğrenci ise kanamalarda gübre basıldığını ifade etmiştir<sup>11</sup>. Meydanlıoğlu'nun olgu sunumunda ise Türkiye'ye göç eden Kırgız bir ailenin kültüründe çok ciddi bir hastalık olmadan sağlık kuruluşuna gidilmediği ve hastalık durumunda da daha çok geleneksel uygulamalarını (özellikle papatya çayı olmak üzere bitki çayı içme, kuyruk yağı içme veya ağrıyan yere uygulama, grip için böğürtlen reçeli yeme gibi) kullanıldığı bilgisine ulaşılmıştır<sup>12</sup>. Küresel boyutta, sağlık gereksinimleri ve uygulamaları kültürden kültüre değişmektedir.

Dolayısıyla, bütüncül bakımın sağlanmasında sağlık gereksinimlerine yönelik tüm girişimlerin kültürel veriler üzerine temellenmesi gereklidir<sup>9</sup>. Bu nedenle hemşire, bireylerin yaşadığı toplum, yaşam tarzı, kültürel inanışları, hastalık algısı, bireysel başa çıkma stratejilerini içeren

ayrıntılı bir kültürel değerlendirme yapmalıdır<sup>13,14</sup>. Bireylerin kültürel özelliklerinin tanımlanmasında kullanılmak üzere birçok kültürlerarası yaklaşıma dayalı hemşirelik modelleri geliştirilmiştir. Bu modellerden biri de Leininger'in geliştirdiği Gündoğumu Modelidir<sup>15,16</sup>.

### Amaç

Bu olgu sunumunun amacı köyde yaşayan spinal tümör tanılı bir hastanın Leininger Gündoğumu Modeli ile değerlendirmek ve kültürel yeterli hemşirelik bakımının sonuçlarına dikkat çekmektir.

### Gündoğumu Modeli

Leininger 1955'li yılların ortalarında Kültürel Bakım Teorisini geliştirmiştir. Bu yıllardan 1985 yıllarına kadar ise bu teoriyi kullanılır hale getirmek için Gündoğumu Modeli üzerinde çalışmış ve revizyonlar yapmıştır<sup>16,17</sup>. Leininger Modelini sistem teorisinden, antropoloji ve humanistik değerlerden alınan felsefi varsayımlara dayandırmaktadır. Modelin temeli antropolojiden gelmektedir. Leininger, bu model ile bakıma bir seçicilik sistemi getirmiştir. Bu model birey merkezlidir. Bu sistemde çalışan görevliler bireyin sorunlarını, yaşam öykülerini dinler, tartışır ve nasıl gereksinimi olduğuna bireyin kendisinin karar vermesini ister<sup>17</sup>. Leininger'in Kültürel Bakım Teorisindeki amaç insan kültürlerinde hemşirelik bakımdaki girişimlerin farklılıklarını ve kültürün bireylerin sağlık durumlarına etkilerini açıklamaktır. Kültürel temelli bakım faktörleri, sağlık, hastalık, sakatlık ve ölümle ilgili bireylerin deneyimleri üzerindeki ana etkenler olarak kabul edilmektedir<sup>17-19</sup>. Leininger, kültür bakımını etkileyen faktörlerin kapsamlı ve bütüncül bir görünümünü sağlamak için modeli seviyelere ayırmıştır. Gündoğumu Modelinde birinci, ikinci, üçüncü seviyeler bilgi gelişimini içerir. Uygun olarak kullanıldığında kültürel şok ve kültürel empozeyi engeller. Bu seviyeler hemşirelik sürecinin tanı ve değerlendirme evresinin bir benzeridir<sup>17</sup>. Hemşirelik sürecinin odağı hemşirelik bakım alıcısı olan insandır. İnsanın kültürünü anlama modelin içindeki ana gücü oluşturur<sup>17</sup>. Birinci seviye hastanın dünya görüşü, sosyal ve kültürel yapı, dil ve etnografi yapıları hakkında bilgileri toplanmaktadır. İkinci ve üçüncü seviye hastanın kültürel özelliklerini değerlendirmek ve hemşire olarak hastanın kültürel farklılıklarını tanılamaktır<sup>17,18</sup>. Dördüncü seviyeye gelindiğinde soyutluktan azalma görülür. Bu seviye, transkültürel hemşirelik bakım kararı alma ve uygulamayı içerir<sup>17</sup>.

### OLGU SUNUMU

Hasta, bir üniversitesi hastanesinin enfeksiyon servisinde tedavi edilmekte ve eşi tarafından refakat edilmektedir. Hasta ve eşi etik açıdan bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Görüşmeler bazen hasta yalnızken bazen eşi ile birlikte araştırmacı hemşire tarafından yapılmıştır. Görüşmelerin ziyaret ve tedavi saatleri dışında (14:30-16:00) hasta odasında yapılarak bölünmesi engellenmiştir. Kültürel bakım ile ilgili görüşmeler bu saatler arasında yapılırken hemşirelik bakımı günün uygun tüm zamanlarında yapılmıştır. Görüşmelerin bazı kısımları hasta ve yakınının izni ile kaydedilmiştir.

Hasta; erkek, 66 yaşında, ilköğretim mezunu ve sosyal güvencesi olan emekli bir bireydir. Hasta, Ege bölgesinde

bulunan bir köyde doğup büyümüştür. Çiftçilikle geçimini sağlamış emekli olduktan sonra çalışmamıştır. Hastanın eşi, öz teyzesinin kızı olup akraba evliliği yapmıştır. Boyu 175 cm, ağırlığı 65 kg (BKİ= 21.2 kg/m<sup>2</sup>-normal kiloda)'dır. Evli ve üç çocuk babasıdır. Hasta, eşi ve evli üç çocuğu ile birlikte bir köyde apartman (dört katlı apartman; üç oğlu, oğullarının eşleri ve torunlarından oluşan aile apartmanı) daireesinde yaşamaktadır.

### Hastanın Tıbbi Öyküsü ve Fizik Muayenesi

Hastanın var olan kronik hastalıklar Diyabetes Mellitus (DM), Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY) ve Hipertansiyondur (HT). Hastanın önceden geçirdiği operasyonlar kolesistektomi, anjiyo ve prostatın transüretral rezeksiyonu (TURP)'dur. Hastaya 18.07.2019 tarihinde Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) tanısı ile TURP işlemi yapılmıştır. Sonrasında taburcu edilip iyileşen hasta bel, sırt ve boyunda meydana gelen ağrı ile birlikte bacaklarda güçsüzlük şikâyetiyle bir üniversite hastanesinin beyin cerrahi polikliniğine başvuruda bulunmuştur. Muayenenin ardından hastaya spinal tümör tanısı konulmuştur. Hasta, 18.09.2019 tarihinde opere edilmiş olup beyin cerrahi servisine yatışı yapılmıştır. Hasta, spinal kitlenin kürete edilememesi sebebiyle tekrarlı operasyonlar geçirmiştir. Bu operasyonlar birinci cerrahi işlemden sonraki 13. gün, 39. gün ve 50. gün olmak üzere toplamda dört kez yapılmıştır. Hasta farklı servislerde (beyin cerrahi ve enfeksiyon) olmak üzere toplamda 62 gündür hastanede yatmaktadır. Beyin cerrahi servisinde yatışı devam eden hastada meydana gelen hipertermi, CRP ve lökosit yüksekliği belirtileri ile hekimi tarafından kemik sintigrafi tanısı ve insizyon yerinden yara kültürü örneği alınmıştır. Bu testler sonucunda lomber bölgedeki insüzyonda meydana gelen Klebsiella Pneumonie bakterisinin üremesi sonucu enfeksiyon servisinde yatışı yapılmıştır. Hasta, 21 gündür enfeksiyon servisinde tedavi edilmekte ve temas izolasyonu mevcuttur.

Hasta, yatak içi mobildir, bilinç durumu iyi ve kendini ifade edebilmektedir. Hasta öz bakımında bağımlıdır. Hastaya HT ve DM diyeti uygulanmaktadır. Ayrıca haftanın 3 günü aynı hastanenin fizik tedavi bölümünde fizyoterapistler tarafından egzersizler yaptırılmaktadır. Hastada İntra Venöz (IV) ve üriner katater mevcuttur. Hastanın kan glukoz takibi (2x1) yapılmaktadır. Kan glukoz seviyesi son ölçümde 92 mg/dL değerinde olup, daha önceki ölçümleri kontrol edildiğinde anormal bir sonucu rastlanmamıştır. Hastanın akciğer seslerinde wheezing sesi tespit edilmiştir. Bağırsak sesleri normal olup dakikada 6'dır. Hastada ödem mevcut olmayıp, kapiller geri dolum süresi 2 saniyedir. Hastada spinal tümör sebebi sonucu meydana gelen bası ile güçsüzlük ve ağrı şikâyetleri devam etmektedir. Visual Analog Skala (VAS) kullanılarak hastanın ağrısı 0-10 aralığında değerlendirilmiş ve 3 olarak tespit edilmiştir. Hastanın kas gücü değerlendirilmesi Medical Research Council (MRC) Kas Gücü ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. Sağ alt ekstremité distal 2/5, proksimal 2/5 ve sol alt ekstremité distal 3/5, proksimal 3/5 şeklinde değerlendirilmiştir. Hastanın İtahi Düşme ölçeği'ne göre ilk değerlendirme= 9 puan, 1. Post-op sonrası= 11 puan, 4. Post-op sonrası= 16 puan olarak değerlendirilmiştir.

### Gündoğumu Modeline Göre Hastanın Kültürel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Hastanın kültürel özelliklerine yönelik bilgileri Gündoğumu Modelinde yer alan 10 başlık altında ele alınmıştır. Hastanın kültürel özelliklerinin değerlendirilmesinde dini ve felsefi faktörler, akrabalık ve sosyal faktörler, kültürel değer ve inanç faktörleri en önemli kültürel bakım özellikleri olarak belirlenmiştir. Değerlendirme sonucu elde edilen veriler doğrultusunda transkültürel hemşirelik bakım kararı alınmış ve uygulanmıştır.

### Transkültürel Hemşirelik Bakım Kararı Alma ve Uygulama

Gündoğumu Modelinde kültürel yeterli hemşirelik bakımını sağlamak için kültürel bakım kararı alma ve uygulama basamağı üç eylem alanından oluşmaktadır. Bunlar; kültürel bakımı koruma/sürdürme, kültürel bakımda uzlaşma ve kültürel bakımı yeniden biçimlendirmedir<sup>14</sup>. Hastanın kültürel değerlendirilmesine göre, hasta ve eşinin tedavi sürecine katkısı olacağına inandıkları geleneksel uygulamalarda bulunduğu belirlenmiştir. Hasta tarafından kullanılan ve tıbbi tedavi sürecine katkısı olabileceği literatür (Altan, 2015; Hajhashemi, 2018; Altıparmak, 2018) ile desteklenen geleneksel uygulamaların hastayı rahatlatmasından ötürü "kültürel bakımı koruma/sürdürme kararı" alınmıştır.

### Kültürel Bakımı Koruma/Sürdürme Kararı ve Hemşirelik Bakımı

Kültürel temelli bakım faktörleri, sağlık, hastalık, sakatlık ve ölüm kavramları ilgili bireylerin deneyimleri üzerindeki ana etkenler olarak kabul edilmektedir<sup>17-19</sup>. Bu olgu sunumu, Gündoğumu Modelinin kültürel bakımı koruma/sürdürme eylem alanı doğrultusunda incelenmiştir. Hastanın sağlık ve hastalık kavramlarına ilişkin kültürel değerlendirilmesinde (Tablo 1), sağlığına kavuşması için kültüre özgü uygulamalarda bulunduğu belirlenmiştir. Hasta, kansere iyi geldiği ve yara iyileşmelerini hızlandırdığı sebebiyle zeytinyağılı incir karışımı ve bitki çaylarını (zencefil ve sarı kantaron) tüketmektedir. Bunun üzerine hasta ve eşine bu bilgileri nerden öğrendikleri sorulmuştur. Hasta, bu karışımı komşularının kanseri yenmek için önerdiğini ve onların bir yakınında bunun etkisi olduğunu söylediği için kullandıklarını bitki çaylarını (özellikle sarı kantaron) ise TV'de bir programda yara iyileşmeleri üzerine etkisinin olduğunu duyarak öğünün aldığını ve her gün bir fincan tükettiğini belirtmiştir. Kültürel hemşirelik bakımı için hastanın bu geleneksel uygulamalarının hastalığın prognozu hakkında komplikasyona sebep olup olmayacağı araştırılmıştır. Araştırma sonucunda, zeytinyağı tüketiminin birçok hastalığa ve kansere iyi geldiği<sup>20,21</sup> incir tüketiminin de sağlık açısından faydalı olduğu<sup>22</sup> tespit edilmiştir. Diğer bir uygulama olan kantaron çayının da yara iyileşmelerinde etkili olduğu literatür incelenerek tespit edilmiştir<sup>23-25</sup>. İncir tüketiminin hastada bir komplikasyon oluşturmaması için diyabet yönünden değerlendirilmiştir. Sabah yağla birlikte yediği kuru incir miktarının ortalama bir adet olduğu belirlenerek ölçülen kan glukoz seviyelerinin de normal olması sebebiyle hiperglisemi için risk oluşturmadığı belirlenmiştir.



Hemşire tarafından kültürel yönden birey ve aile düzeyinde öneriler ve girişimlerde bulunulmuştur. Öncelikle, kültürel dayatmaya yol açabilecek ve bireyin değerlerine ve inançlarına yönelik önyargılar ve yanlış anlaşılmalardan kaçınmak için kültürel uygulamalar ve inançlar reddedilmemiştir. Kültürel olarak uyumlu uygulamalar geliştirmek için hastanın değerleri, inançları, normları, gelenekleri ve uygulamaları hakkında bilgi edinilmiştir. Araştırmada, incir ve zeytinyağının özellikle Akdeniz ve Ege tipi beslenmede yer aldığı bilinmektedir<sup>20,22</sup>. Hayatını Ege bölgesinde geçiren hastanın da bu uygulamaları kullanması kendi kültürünün bir parçası olduğunu göstermektedir. Bu kültürün temel değerlerine saygı gösterilmiş ve anlaşmazlıktan kaçınılmıştır. Hastayı mental olarak rahatlatan ve tedaviye uyumunu destekleyen bu uygulamalar hakkında hasta ve eşine anlayabileceği düzeylerde eğitim ve danışmanlık verilmiştir. Sağlık durumunu olumsuz etkileyebilecek bir durum olmadığını fakat bu yiyecek/içeceklerin aşırı tüketiminde oluşabilecek komplikasyonlara (hiperglisemi, ilaç etkileşimi) yönelik tedbirli olmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir. Hastaya, bu uygulamalara devam edebileceği herhangi başka bir yöntem kullanacak olurlarsa bize bildirmeleri gerektiği (zararın önlenmesi için) söylenerek hasta ve yakını ile açık ve güvene dayalı bir iletişim kurulmuştur.

Hastanın sakatlık ve ölüm kavramlarına ilişkin değer ve inançları kültürel bir bağlam içinde değerlendirilmiştir. Bu kavramlar sosyal destek, inanç sistemi ve bakım ile ilişkilendirilerek incelenebilir<sup>26</sup>. Değerlendirmeye göre, hastanın aile (çok kuşaklı) ve sosyal destek sisteminin iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Hastanın kendi bakımıyla ilgili ana rollerinin eşi tarafından yapılmakta bu durum hastanın aile reisi rolünü geri plana atmaktadır. Hasta, çocuklarının sık sık ziyarete geldiğini çocukları, komşuları ve akrabalarının hastalık süresince çok ilgili davrandıklarını ve bu ilginin kendisine yaşam enerjisi verdiğini, stres ve kaygı düzeyini azalttığını belirtti. Hasta ölümle ilgili bir korkusunun olmadığını "*hastalığının Allah'tan geldiğini ve hiçbir zaman isyan etmediğini*" ifade etmiştir. Hasta, dini ibadetlerini yerine getiremediği için kendini vicdanen kötü hissetmekte bunun için adaklar adayıp yerine getirmektedir. Hastanın inançları kültürel bir bağlam içinde değerlendirilerek dini bakım uygulamalarına hemşire tarafından destek sağlanmıştır. Hastayı manevi yönden desteklemek için eşi mescite gittiğinde yanında kalınarak destek olunmuştur. Bu sayede eşinin namaz ritüelini yerine getirmesi sağlanmıştır. Kuran, hasta ve eşi için değerli olduğundan Kuran'ın saklanması için temiz ve yüksek bir masa sağlanmıştır. Hastanın hemşirelik bakımı dua etme rutinini bozmayacak şekilde ayarlanmıştır. Aile üyeleri ile fiziksel teması hastadaki enfeksiyonu artırmaya riskinden dolayı ziyaretlerde mümkün olduğu kadar tedbirli davranılması konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmıştır. Bu tedbirlere uyulması ile görüşmelerin olabileceği yüz yüze görüşme yerine sık sık telefonda görüşmenin tercih edilmesi gerektiği önerilmiştir. İzin verilen ziyaret saatlerinde ise mümkün olduğunca doyum alıcı bir şekilde geçirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Genel olarak, hemşire tarafından verilen kültürel bakım ile

hasta ve yakını memnuniyetini dile getirmiş hastanın tedaviye uyum ve katılımında artış gözlemlenmiştir.

## TARTIŞMA

Kültürel yönden yeterli hemşirelik, bireylerin ırk, dini inançları ve kültürel geçmişine saygı gösterilerek bütüncül bakım vermeyi kapsamaktadır. Kültürel farklılıklara saygı duymak ve dinamik kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesi, çok kültürlü bir ortamda her bireyin sağlık hizmetine ulaşımını olumlu yönde etkilemektedir<sup>18,27</sup>.

Bu olgu sunumunda hastanın sağlık, hastalık, ölüm kavramları üzerine kültürel yönden değerlendirilmesi ve uygun kültürel yeterli bakımın verilmesinde Gündoğumu modeli bize rehberlik etmiştir.

Gündoğumu Modelinin kullanımı ile ilgili makaleler incelendiğinde genel olarak modelin kültürel alanları ile toplanan veriler, farklı kültürlerin önemli değerlerini, inançlarını ve yaşam biçimlerinin keşfedilmesini sağlamakta dolayısı ile hemşirelerin bütüncül sağlık bakımı sunmasında kültürün önemli bir etken olduğunu belirtmektedir<sup>28-32</sup>.

İnsanlar dünyadaki yeni ortamlara yayıldıkça, her kültür ortamlarında hayatta kalmalarına yardımcı olacak yeni kaynaklar bulmaya çalışmışlardır. Böylelikle gelişen geleneksel tıp, dünyanın bölgeleri ve kültürlerine yayılarak genişlemiş ve çeşitlenmiştir<sup>33</sup>. Geleneksel tıp, sağlık sisteminin en eski biçimi olup günümüzde devam kullanımı devam etmektedir. Gelişmemiş ülkelere kadar gelişmekte olan ülkelere kadar hemen hemen her kültürde, masaj, sıcak mineral banyoları, akupunktur, Ayurveda, bitkisel çaylar gibi sağlığı korumak için birçok çeşitte tamamlayıcı terapi olarak kullanılır<sup>33</sup>. Kültürel açıdan yetkin bakım sağlamak için, hemşireler sağlık hizmeti sundukları popülasyonlar tarafından kullanılan kanıta dayalı tamamlayıcı tıp uygulamalarını araştırmalı ve yan etkileri hakkında (ilaç etkileşimi vs.) bilgi sahibi olmalıdır<sup>33</sup>. Çalışmamızdaki hastanın kültürel bakımına yönelik geleneksel tıp uygulamaları incelendiğinde aile ve akraba önerisiyle zeytinyağlı incir ve bitki çayı (kantaron çayı) kullandığını belirtmiştir. Burada bu kültürel uygulamaların hastanın tıbbi tedavisine olumsuz etkisi olup olmadığı hemşire tarafından araştırılmış ve hekimi ile görüşülmüştür. İncelemeler sonucunda hasta için hiçbir olumsuz etkisi olmayan bu uygulamaların hastanın tedaviye uyumunu artırması ve rahatlatmasından ötürü araştırmacı hemşire tarafından "*kültürel bakımı koruma/sürdürme kararı*" alınmıştır. Benzer olarak, Çinli kanser hastalarının geleneksel tıp kullanma durumlarını inceleyen bir çalışmada katılımcıların çoğu arkadaş önerisi ile kemoterapinin yan etkisini azaltmak ve toksinleri gidermek için bitkisel ürünleri kullandıklarını belirtmiştir<sup>34</sup>. Türkiye'de kemoterapi alan hastalarda yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %90'ı bitkisel karışımlar ve bitkisel çaylar kullanmaktadır<sup>35</sup>.

Literatürde "*kültürel bakımı koruma/sürdürme kararı*" verilen örnek bir vaka analizinde, aile sağlığı merkezine yeni doğan bebeğinden topuk kanı aldırarak için gelen anne, muayene masasına bebeğini yatırıp battaniyesini açtığı zaman hemşire bebeğin sınıksı bir şekilde kundaklandığını ve kundağı açtığında ise bir minik Kur'an-ı Kerim, cevşen, nazar boncuğu ve muska olduğunu görür.

Tablo 1. Hastanın Kültürel Bakım Özellikleri

<b>Teknolojik Faktörler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Teknolojik faktörler olarak hastanın ve eşi en fazla cep telefonlarını kullanmaktadır. İletişim amaçlı kullandıkları telefonları kullanım konusunda çoğu zaman çocukları, torunları ve hemşirelerden yardım aldıklarını belirttiler.</li> <li>➤ Hasta ve eşine sağlık hizmetlerine erişimde Alo 184, e-randevu ve e-nabız gibi uygulamaların varlığını bilip bilmedikleri sorulmuştur. Hasta ve eşi sağlık hizmetlerine erişimde e-randevu, e-nabız gibi sağlık uygulamalarını kullanamadıklarını, hastaneye gelerek randevu aldıklarını ifade etmişlerdir. Çoğu zaman randevu almadan hastaneye gittikleri için akşama kadar beklediklerini ifade ettiler.</li> </ul>
<b>Dini ve Felsefi Faktörler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hastaya ibadet edip etmediği ve hastalığının ibadetlerini yerine getirmede değişiklik yaratıp yaratmadığı sorulmuştur. Hasta sağlıklı iken beş vakit ve cuma namazını her zaman kıldığını şu an hastalığından dolayı bu ibadetlerini yerine getirmediğini ifade etti. Ayrıca, yaşadığı hastalığının Allah'tan geldiğini ve hiçbir zaman isyan etmediğini belirtti. Adaklara inandığını ve her cuma günü klinikte hasta ve yakınlarına meyve, gofret gibi yiyecekleri hediye ettiğini belirtti.</li> <li>➤ Hastaya “<i>hastalığınız için bir şifacıya başvurmak ya da din hocası ile konuşmak ister misiniz?</i>” sorusu sorulmuştur. Hasta, şifa için dini hocalara danışmadığını fakat onu rahatlayabileceğini düşündüğünü ifade etti. Hastanın hastalık süresince yalnızca eşi ile birlikte dua ettiğini ve sureler okuduğunu bununda kendini çok rahatlattığını belirtti.</li> <li>➤ Hastaya “<i>hastalığınızın Allah'tan geldiğini ve hiçbir zaman isyan etmediğinizi söylediniz. Bu nedenle duygularınızı (üzüntü, öfke, keder vs.) ifade etmekten çekindiğiniz oluyor mu?</i>” Sorusu yöneltilmiştir. Hasta bu soruya cevap olarak öfkelenmediğini hastalığın Allah'tan geldiğini yineleyerek yalnızca “<i>çok üzülüyorum evimi, çocuklarımı ve torunlarımı çok özledim</i>” demiştir. Hasta ile görüşme sırasında evini, çocuklarını ve torunlarını çok özlediğini belirtmiş ağlamaya başlamıştır. Hasta “<i>çok duygusal bir yapım var hastanede olduğum için iyice duygusallaştım</i>” demiştir. Hasta kendini ne kadar iyi olarak değerlendirse de bu uzun tedavi sürecinin onu ne kadar olumsuz etkilediği gözlemlenmiştir.</li> <li>➤ Hastanın değerlerini öğrenmek için “<i>davranışlarınıza, tutumlarınıza yön veren ilkeleriniz/ referanslarınız nelerdir? Değerleriniz nelerdir?</i>” sorusu yöneltilmiştir. Hastanın değerlerinin başında aile ve dini inançları gelmektedir.</li> <li>➤ Hastaya “<i>kendinizi toplumun bir üyesi olarak nasıl tanımlarsınız?</i>” diye sorulduğunda, hasta kendini insanlara karşı saygılı hümanist bir yapısının olduğunu, insanları ve özellikle çocukları çok sevdiğini belirtti. Ayrıca hastanın hemşireler ve hekimlerle iletişiminin iyi olduğu ve tedaviye uyum gösterdiği gözlemlenmiştir.</li> <li>➤ “<i>Hemşirelerin sizin kültürünüze ve inançlarınıza yaklaşımını nasıl değerlendiriyorsunuz?</i>” şeklinde sorulduğunda, “<i>hastane de mescit var eşim hep orda namaz kılıyor ve eşim orda olduğu zaman o gidebilsin diye hemşire benim yanımda kalıyor bu beni çok önemseydiğini gösteriyor eğer hemşire (öğrenci hemşire) gelmese yanıma ben huzursuz olacağım</i>” dedi.</li> </ul>
<b>Akrabalık ve Sosyal Faktörler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hastaya, aile ve akrabalık ilişkilerinin nasıl olduğu? Hastalık süresince sosyal destek alıp almadığı sorulmuştur? Hasta, çocukları, komşuları ve akrabalarının hastalık süresince çok ilgili davrandıklarını ve bu ilginin kendisine yaşam enerjisi verdiğini belirtti. Hastanın çocukları sık sık ziyarete geliyor ve eşi hastayı hiç yalnız bırakmıyordu.</li> <li>➤ Hastanın eşi ve çocukları öz-bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına da yardım etmektedirler (vücut silme, saç banyosu, temiz kıyafetlerinin giydirilmesi ve beslenmesi).</li> <li>➤ Hastaya, “<i>aile kültürünü nasıl tanımladığı</i>” ve “<i>ailede kimin sözü ağır basar?</i>” soruları sorulmuştur. Örf ve adetlerine bağlı bir aile yapısının olduğu aile reisinin kendisi olduğunu fakat herkesin düşüncelerinin dinlendiği sadece en son sözün kendisinin verdiğini belirtti.</li> <li>➤ Hastaya “<i>şiddet, özellikle aile içi şiddet hakkında ne düşünüyorsunuz?</i>” sorusu sorulmuştur. Ailede hiçbir zaman şiddetin olmadığını yaşlı ve çocuklara daha fazla değer verildiğini belirtti. Aile içinde hoşgörünün her zaman olduğunu belirten hasta, eşi işte çalışmasa bile mutfağa girip birlikte yemek yaptığını, çocukların bakımını da birlikte yaptığını ifade etti.</li> </ul>

Tablo 1. Hastanın Kültürel Bakım Özellikleri (devamı)

<b>Kültürel Değerler, İnançlar ve Yaşam Biçimleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hastanın kültürel değer, inanç ve yaşam biçimine yönelik “<i>Aile yapınız nasıldır? Kültürünüzdeki önemli değer ve inançlar nelerdir?</i>” sorusu yöneltilmiştir. Geleneksel bir ailede büyüdüğünü belirten hasta, geleneksel aile yapısını daha olumlu bulduğunu çünkü geleneksel ailede insanların yaşlılara daha çok değer verdiğini söyledi. Günümüz toplumunda yaşlı olarak kendini değersiz hissettiğini ifade etti.</li> <li>➤ Hastanın dünya görüşü ve felsefesi sorgulandığında adalet ve hakkaniyetin olması gerektiği ve bu adalet duygusunun giderek yozlaştığını belirtmiştir.</li> <li>➤ Hastanın yaşam biçimi değerlendirmek için sigara ve alkol kullanıp kullanmadığı sorulmuştur. Sigara ve alkol kullanmadığı fakat geçmişte 5 sene boyunca günde yarım paket sigara kullandığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite olarak sadece yürüyüş yaptığını ve bu yürüyüşün ara sıra olduğunu belirtti. Beslenme alışkanlıklarına bakıldığında diyetine uduğunu genellikle eşinin yaptığı ev yemekleri ile beslendiğini ve bu besinlerin içeriğinin sebze ağırlıklı olduğunu söyledi.</li> <li>➤ Hastanın, sağlık hizmetlerine bakış açısını değerlendirmek için “<i>hemşirelik hizmetlerinden memnun musunuz?</i>” sorusu yöneltilmiştir. Hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğunu fakat sağlık hizmetine ulaşımın uzaklıktan ötürü zor olduğunu belirtti.</li> <li>➤ Hastanın geleneksel uygulamaları sorgulandığında, komşusu tarafından zeytinyağlı incirini kanser için iyi geldiği söylenmiş ve hastanın eşinin her gün aç karna hastaya bu karışımdan yedirdiği (2 kaşık) tespit edilmiştir. Bunun dışında hasta bitki çaylarını (zencefil, sarı kantaron ve ihlamur) sık sık tükettiğini belirtmiştir.</li> </ul>
<b>Siyasi ve Yasal Faktörler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hastaya “günümüz siyaset, kamu düzeni ve yasalar yaşamınızı nasıl etkilemektedir” sorusu sorulduğunda. Hasta, kamu imkanlarından istediği gibi yararlanmadığını, hastane muayenesinde bile çok zorlandığını belirtti. Adalet sisteminin gittikçe kötüye gittiğini buna örnek olarak da kadına yönelik şiddet ve cinayetleri sonrasında eşlerinin serbest kalmasını belirtmiştir.</li> <li>➤ Sağlık hizmeti olarak insanların sağlık için çok fazla harcama yaptığını ve sağlıkta şiddetin arttığını belirtmiştir. Bunları konuşurken hastanın biraz çekindiği gözlemlenmiştir. Sık sık “sizin görüşünüz ne bilmiyorum yanlış anlama beni” gibi ifadeler kullanmıştır.</li> </ul>
<b>Ekonomik Faktörler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hasta, emekli maaşıyla geçinmekte başka bir geliri bulunmamaktadır. Evi kendinin olup kira vermemektedir. Gelirini ucu ucuna yetiştirdiğini belirtip çiftçilikten zarar ettiği için sürdürmediğini, evi önünde bahçesi olduğunu burada sebze, meyve yetiştirdiğini bununda ekonomik olarak kendini desteklediğini belirtti.</li> </ul>
<b>Eğitim Faktörleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hasta, ilkököl mezunu olup okuma-yazması vardır. Gündem ve bilgiye erişimini genellikle televizyondan haberleri izleyerek sağlamaktadır. Sağlığı üzerinde eğitimin etkisi sorulduğunda, sağlık hizmetine erişimde ve hastane içinde hep engel yarattığını ve insanlardan yardım alarak sürdürdüğünü belirtmiştir. Hasta, “<i>şeker ve tansiyonum var bundan 10 yıl önce ne yiyip içmeyeceğimi hiç bilmezdim şimdi doktorlar, hemşireler her şeyi anlatıyor televizyonda da görüyoruz</i>” ifadelerini kullanmıştır.</li> </ul>
<b>Çevresel Bağlam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Çevre sağlığı açısından hastanın yaşadığı ev ortamı değerlendirildiğinde hasta, su kaynağının şebeke suyuna bağlı olduğunu belirtti. Hastaya “<i>suyunuzun temizliği hakkında bilginiz var mı?</i>” diye sorulduğunda “<i>akan suyumuz temizdir, suyumuz inceleniyor ve yıllardır içiyoruz hiçbir sorun olmadı</i>” cevabını vermiştir. Ayrıca kimyasal atıkların, radyasyonun yaşam alanı çevresinde olmadığını ifade etti.</li> <li>➤ Hastanın hastanedeki çevresel ortamın ise iyi olmadığı gözlemlendi. Hasta odasında temas izolasyonu olmasına rağmen eldivensiz ya da başka hasta için kullanılan eldivenler ile hastaya temas edildiği gözlemlendi. Hasta yakınlarının ise sık sık odaya girdiği çok fazla ziyaretçisinin geldiği gözlemlenmiştir.</li> </ul>
<b>Dil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hastanın ana dili Türkçe olup Ege şivesi baskındır. Hastanın ses tonu sakin ve normaldir, göz teması kurmakta hatta benimle konuşurken oturmayı tercih etmiştir. Hastanın fiziksel muayenesini yaparken onunla ilgilenmem hoşuna gitmiş ve memnun kalmıştır.</li> <li>➤ Hemşireler ile iletişim kurmada güçlüğü olup olmadığı sorulduğunda “<i>şivem var eğer bu yörenin insanı değilse beni anlamıyor iki kez tekrarlıyorum ama sorun değil tekrar tekrar söylerim</i>” dedi. Hastaya iletişimde yoran faktörlerin; hemşire ve doktorların yaptığı işlemleri kendisine açıklamamaları, sadece sorduğunda açıklama yapmaları olduğunu belirtti. Hasta, “<i>anlıyorum çok yoruluyorlar fakat bende iki aydır hastanede yatıyorum 4 kez ameliyat oldum bende ki durumu merak ediyorum çocuklarım, akrabalarım benim için endişeleniyor onların duası sayesinde ayaktaım</i>” dedi.</li> </ul>
<b>Etnik köken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hasta, Ege bölgesine bağlı bir köyde yaşamını sürdürmektedir. Şehir merkezine geliş sebebinin ameliyat yapan hekimin burada olması idi. Yaşadığı köyün Ege bölgesinde olmasına rağmen şehir merkezinin kültürünün kendi kültüründen farklı olduğunu belirtmiştir. Sebebinin ise köydeki ilişkilerin daha samimi olduğunu özellikle yaşlılara çok önem verildiği ve saygı gösterildiğinden kaynaklı olduğunu, şu an tedavi gördüğü kültürde yaşlılara ilgi gösterilmediğini belirtmiştir.</li> <li>➤ Hemşirelerle ilgili etnik köken konusunda herhangi bir problem yaşamadığını herkesin bu konuda saygılı olduğunu belirtti.</li> </ul>

Leininger'in kültürel bakımı koruma/sürdürme koduna göre hemşirenin annenin bebeğini tekrar (sıkmayacak şekilde) kundaklamasına ve muskaları kundağın içine koymasına müsaade etmesi ve kendisine bu davranışların arkasındaki kültürel nedenleri açıklaması için fırsat vermesi gerekmektedir<sup>28</sup>. Burada hemşire, annenin inanç sistemi ile bakımı ilişkilendirilerek kültürel bakım vermiştir. Bu şekilde annenin inançları kültürel bir bağlam içinde değerlendirilerek dini bakım uygulamalarına hemşire tarafından destek sağlanmıştır.

Çalışmamızdaki hastanın dini ibadetini yerine getirememesinin onu manevi yönden olumsuz etkilediği gözlenmiştir. Hasta dini hocalara başvurmasa da eşi ile birlikte dua ve Kur'an okuduğunu, eşinin onun için namaz kıldığını ve yerine getirmediği ibadetleri için adak olarak klinikteki hastalara hediyeler verdiğini belirtmiştir. Hastayı manevi yönden rahatlatmak için yakını mescite gittiğinde yanında kalınarak destek olunmuştur. Ayrıca hastaya Kur'an'ın saklanması için temiz ve yüksek bir masa sağlanmıştır. Benzer şekilde Suudi Arabistan'da bir hastanede diyabetik ayak yarası sebebiyle tedavi alan Arap kültür özelliklerine sahip 85 yaşında Suudi Müslüman bir kadın hastaya da hemşire tarafından dini uygulamalarını yerine getirebilmesi desteklenmiştir. Hastanın kızı bakım için sürekli hastanın yanında bulunmaktadır. Bahsi geçen bu olguda, kızı hemşireye bir şeyhin hastanede annesini ziyaret ederek Kur'an okumasını ve zemzem suyu içirmek istediklerini belirtmiştir. Hemşire, bunlara izin verilebileceğini söylemiştir<sup>26</sup>. Bu örnek vaka analizinde hemşire, hastasının kültürel ve spiritüel yönden bakım gereksinimlerini saptamıştır. Hemşire, hasta için hastane yönetimi ile koordinasyon sağlayarak seccade temin etmiş, abdest için ortam sağlamış ve kıblenin yönünü belirleyerek hasta ve yakınlarını bilgilendirmiştir. Kur'an-ı Kerim'in hastayı manevi olarak desteklediğini tespit ederek okuma sırasında hasta odasına önemli bir durum olmadıkça girilmemesini sağlamıştır. Zemzem suyunu hastanın talebi doğrultusunda ilaçla almasını sağlamış ve rezene çayını içebileceği söylemiştir. Kur'an-ı Kerim kutsal bir kitap olduğu için odada kitaba uygun temiz bir ortam yapılmıştır. Hemşire, hasta ve ailesiyle güvene dayalı bir ilişki kurmak için temel Arapça kelimeleri öğrenmiş ve bir tercüman aracılığıyla iletişime geçmiştir. Ayrıca, hasta Müslüman bir topluluktan geldiği için hemşire, tüm uygulamalardan önce hastaya dokunmak için izin istemiştir<sup>26</sup>. Hastaların kültürel bakım değerlendirilmesinde maneviyat kavramı çok önemlidir. Araştırma sonuçlarına göre hastanın tıbbi bakımını olumsuz etkilemeyen hatta hastayı manevi yönden rahatlatan dini uygulamalar hastanın iyileşme sürecini hızlandırmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır<sup>36-39</sup>. Bu sebeple maneviyat bakım, hemşirelerin kültürel yönden hastalara bütüncül bakım verirken önem vermesi gereken bir alandır.

Sonuç olarak, hemşireler hastaların mevcut kültürel özelliklerini bakım planına dahil etmeli ve kültürel yeterli bakım vermelidir. Bu olgu sunumunda hemşire araştırmacı, eğitici, danışman, vaka yönetici ve savunucu rolleri ile Gündoğumu Modelini temel alarak hastanın kültürel bakım gereksinimlerini belirleyerek kültürel yeterli bakım

vermiştir. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, hastaların kültürel özellikleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Ayrıca, hemşireler sağlık hizmeti verilen grupların kültürel uygulamalarını tespit etmede araştırmalar (makale, kitap ve internet kullanarak) yapmalıdır<sup>27,30,40</sup>. Gündoğumu Modeli kullanılarak hastanın kültürel yönden hangi alanlarda ele alınacağı, kültürel bakım gereksinimlerini belirlemede nasıl bir iletişim kullanılacağı ve hemşirenin kültürel yeterli bakım vermesine örnek olacak yaklaşımlarda bulunulmuştur. Hemşire, bu süreç boyunca araştırmacı, eğitici, danışman, vaka yönetici ve savunucu rollerini kullanmıştır. Gündoğumu Modeli temelli bu olgu sunumu, kültürel bakım vermenin hasta ve hemşire için önemini vurgulanmış olup gelecek çalışmalar için yol gösterici olacaktır.

**Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no):** Olgu sunumu olduğu için etik kurul izni alınmamıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları**

Araştırma dizaynı: EK, GKA

Veri toplama: EK

Literatür araştırması: EK, GKA

Makale yazımı: EK, GKA

**Teşekkür:** Yazarlar, olgu sunumuna katılmayı kabul eden hasta ve eşine teşekkürlerini sunar.

**Ethics Committee Approval:** Since it was a case report, ethics committee approval was not taken.

**Conflict of Interest:** Note reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from the patient.

**Author contributions**

Study design: EK, GKA

Data collection: EK

Literature search: EK, GKA

Drafting manuscript: EK, GKA

**Acknowledgement:** The authors express their gratitude to the patient and his spouse, who agreed to participate in the case report.

## KAYNAKLAR

1. Bilginer B, Söylemezoğlu F, Cila A, Akalan N. Intraventricular dysembryoplastic neuroepithelial tumor-like neoplasm with disseminated spinal tumor. *Turk Neurosurg.* 2009;19(1):69-72.
2. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Brain and spinal tumors information page [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 15 Aralık 2019]. Erişim adresi: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Brain-and-Spinal-Tumors-Information-Page>
3. Das JM, Hoang S, Mesfin FB. Cancer, intramedullary spinal cord tumors [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 10 Ocak 2020]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442031/>

4. Khalid S, Kelly R, Carlton A, Wu R, Peta A, Melville P, et al. Adult intradural intramedullary astrocytomas: a multicenter analysis. *J Spine Surg.* 2019;5(1):19-30.
5. Chen X, Zhang G. Multiple spinal intramedullary primitive neuroectodermal tumors mimicking acute myelitis. *World Neurosurg.* 2019;126(1):72-5.
6. Benjamin CG, Frempong-Boadu A, Hoch M, Bruno M, Shepherd T, Pacione D. Combined use of diffusion tractography and advanced intraoperative imaging for resection of cervical intramedullary spinal cord neoplasms: a case series and technical note. *Oper Neurosurg.* 2019;17(5):525-30.
7. Omeis IA, Dhir M, Sciubba DM, Gottfried ON, McGirt MJ, Attenello FJ, et al. Postoperative surgical site infections in patients undergoing spinal tumor surgery: Incidence and risk factors. *Spine.* 2011;36(17):1410-19. 10.1097/BRS.0b013e3181f48fa9
8. Chi JH, Bydon A, Hsieh P, Witham T, Wolinsky JP, Gokaslan ZL. Epidemiology and demographics for primary vertebral tumors. *Neurosurg. Clin. N. Am.* 2008;19(1):1-4.
9. Taşçı S. Sağlık ve hastalığı etkileyen kültürel faktörler. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, editörler. *Kültürlerarası hemşirelik.* İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.
10. Kuşuoğlu S, Kürtüncü M. Ağrıda kültürel yaklaşım. İçinde: Seviğ Ü, Tanrıverdi G, editörler. *Kültürlerarası hemşirelik.* İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.
11. Tanrıverdi G, Kültürlerarası hemşirelik ders etkinliği: hemşirelik ve kültür çalıştayı. İçinde: Seviğ Ü, Tanrıverdi G, editörler. *Kültürlerarası hemşirelik.* İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.
12. Meydanlıoğlu A. Kültürögram kullanılarak bir ailenin kültüre duyarlı hemşirelik girişimlerinin planlanması: olgu sunumu. *HUHEMFAD.* 2019;6(2):132-140.
13. Chen J, Wang Y. Cultural Competence Experiences Which Chinese Nurses Have in Finland [Bachelor's thesis]. Sweden: Laurea University of Applied Sciences; 2015.
14. Shen Z. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *J. Transcult. Nurs.* 2015;26(3):308-321.
15. Jeffreys MR. Teaching cultural competence in nursing and health care: Inquiry, action, and innovation. 3th ed. New York: Springer Publishing Company; 2015. Chapter 2, A model to guide cultural competence education; p.24-39.
16. Leininger M, McFarland MR, Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. 3th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. Chapter 3, The theory of culture care and the ethnosing research method; p.71-116.
17. Tanrıverdi G, Karaca Sivrikaya S. Kültürlerarası hemşirelik modelleri. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, editörler. *Kültürlerarası hemşirelik.* İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.
18. Andrews MM, Boyle JS. Foundations of transcultural nursing. Andrews MM, Boyle JS, editors. Transcultural concepts in nursing care. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
19. Gallagher RW. A Meta-Analysis of Cultural Competence Education in Professional Nurses and Nursing Students. [PhD thesis]. United States of America: University of South Florida; 2011.
20. Kaplan M, Arıhan SK. Antikçağdan günümüze bir şifa kaynağı: zeytin ve zeytinyağının halk tıbbında kullanımı. *DTCF Dergisi.* 2017;52(2):1-15.
21. Foscolou A, Critselis E, Panagiotakos D. Olive oil consumption and human health: a narrative review. *Maturitas.* 2018;118:60-6.
22. Özatalay GZ. Aydın yöresi halk hekimliğinde incirin kullanımı. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi.* 2014;16(Özel Sayı 2):151-54.
23. Altan A, Damlar İ, Aras M, & Alpaslan C. Sarı kantaronun (hypericum perforatum) yara iyileşmesi üzerine etkisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 2015;24(4):578-91.
24. Hajhashemi M, Ghanbari Z, Movahedi M, Rafieian M, Keivani A, Haghollahi F. The effect of achillea millefolium and hypericum perforatum ointments on episiotomy wound healing in primiparous women. *J. Matern.-Fetal Neonatal Med.* 2018;31(1):63-9.
25. Altıparmak M, Eskitaşoğlu T. Comparison of systemic and topical Hypericum perforatum on diabetic surgical wounds. *J Investig Surg.* 2018;31(1):29-37.
26. Lovering S. Case study: an 85-year-old saudi muslim woman with multiple health problems. Douglas M, Pacquiao D, Purnell L, editors. *Global applications of culturally competent health care: guidelines for practice.* Switzerland: Springer; 2018.
27. Purnell L. Knowledge of cultures. Douglas M, Pacquiao D, Purnell L, editors. *Global applications of culturally competent health care: guidelines for practice.* Switzerland: Springer; 2018.
28. Tanrıverdi G. Hemşirelerde kültürel yeterliliği geliştirmeye yönelik yaklaşım ve öneriler. *FNJN.* 2017;25(3):227-36.
29. Finn J, Lee M. Transcultural nurses reflect on discoveries in China using Leininger's Sunrise Model. *J Transcult Nurs.* 1996;7(2):21-7.
30. de Melo LP. The sunrise model: a contribution to the teaching of nursing consultation in collective health. *Am. J. Nurs. Res.* 2013;1(1):20-23. 10.12691/ajnr-1-1-3
31. Henry BA, Nicolau AI, Américo CF, Ximenes LB, Bernheim RG, Oriá MO. Socio-Cultural factors influencing breastfeeding practices among low-income women in Fortaleza-Ceará-Brazil: A Leininger's Sunrise Model perspective. *Enfermería.* 2010;19:1-13.
32. Sari MT, Prastianty S. Sick health behaviors of the jambi malay tribe based on transcultural nursing approach (sunrise model) at muara kumpeh village kumpeh ulu district muara jambi regency. *JUUBJ.* 2017;17(3):216-26.
33. Douglas M, Rosenketter M, Pacquiao D, Clark Callister L, Hattar-Pollara M, Lauderdale J, et al. Guidelines for

- implementing culturally competent nursing care. J Transcult Nurs. 2014;25(2):109-21.
34. Chan HY, Chui YY, Chan CW, Cheng KK, Shiu AT, So WK, et al. Exploring the influence of traditional chinese medicine on self-care among Chinese cancer patients. EJON. 2014;18(5):445-51.
  35. Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA. Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. Van Tıp Dergisi. 2007;14(3):68-73.
  36. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. Aging Ment. Health. 2011;15(3):334-43.
  37. Sankhe A, Dalal K, Agarwal V, Sarve P. Spiritual care therapy on quality of life in cancer patients and their caregivers: A prospective non-randomized single-cohort study. J. Relig. Health. 2017;56(2):725-31.
  38. Fallahi S, Shirinabadi Farahani A, Rasouli M, Sefidkar R, Khanali L. The effect of spiritual care on adjustment of adolescents with type 1 diabetes. Int. J. Pediatr. 2019;7(4):9225-35.
  39. Sajadi M, Niazi N, Khosravi S, Yaghobi A, Rezaei M, Koenig HG. Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: a randomized clinical trial. Complement. Ther. Clin. Pract. 2018;30:79-84. 10.1016/j.ctcp.2017.12.011
  40. Cai DY. A concept analysis of cultural competence. Int J Nurs Sci. 2016;3(3):268-73.

**Çeviri****Translation****SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik Deneyler İçin Standart Protokol Maddelerinin Tanımlanması**

An-Wen Chan<sup>1</sup>, Jennifer M. Tetzlaff<sup>2</sup>, Douglas G. Altman<sup>3</sup>, Andreas Laupacis<sup>4</sup>, Peter C. Gøtzsche<sup>5</sup>, Karmela Krlez'a-Jeric'<sup>6</sup>, Asbjørn Hróbjartsson<sup>5</sup>, Howard Mann<sup>7</sup>, Kay Dickersin<sup>8</sup>, Jesse A. Berlin<sup>9</sup>, Caroline J. Dore<sup>10</sup>, Wendy R. Parulekar<sup>11</sup>, William S.M. Summerskill<sup>12</sup>, Trish Groves<sup>13</sup>, Kenneth F. Schulz<sup>14</sup>, Harold C. Sox<sup>15</sup>, Frank W. Rockhold<sup>16</sup>, Drummond Rennie<sup>17</sup>, and David Moher<sup>18</sup>

**Çevirenler****Belgin AKIN<sup>1</sup>, Deniz KOÇOĞLU-TANYER<sup>2</sup>****ÖZ**

Klinik deney protokolü deneyin planlanması, yürütülmesi, raporlanması ve değerlendirilmesinde temel bir dayanak olarak hizmet eder. Ancak deney protokolleri ve mevcut protokol rehberleri, içerik ve kalite yönünden oldukça fazla çeşitlilik göstermektedir. Bu makale klinik deney protokolünün asgari içeriği için bir rehber olan SPIRIT 2013'ün (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials-Standart Protokol Maddeleri: Girişimsel Deneyler için Öneriler) sistematik olarak geliştirilmesini ve kapsamını tanımlamaktadır. 33-maddelik SPIRIT kontrol listesi tüm klinik deney protokollerine uygulanabilir ve şekilden ziyade içeriğe odaklanır. Kontrol listesi, tüm planlananların tarif edilmesini önerir; bir deneyin nasıl tasarlanacağını ya da yürütüleceğini içermez. SPIRIT önerileri, anahtar içerik için rehberlik sağlayarak, yüksek kaliteli protokol taslağı hazırlanmasını kolaylaştırmayı hedefler. SPIRIT'e bağlı kalmak aynı zamanda araştırmacılar, deney katılımcıları, hastalar, sponsorlar, ödenek sağlayıcılar, araştırma etik komiteleri ya da kurumsal hakem kurulları, hakemler, dergiler, deney kayıt merkezi, politikaçılar, düzenleyiciler ve diğer anahtar paydaşlar için deney protokolünün şeffaflığını ve bütünlüğünü artırır.

**Anahtar kelimeler:** Deneysel araştırmalar, raporlama, SPIRIT

**ABSTARCT****SPIRIT 2013 Statement: Defining Standard Protocol Items for Clinical Trials**

The protocol of a clinical trial serves as the foundation for study planning, conduct, reporting, and appraisal. However, trial protocols and existing protocol guidelines vary greatly in content and quality. This article describes the systematic development and scope of SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials) 2013, a guideline for the minimum content of a clinical trial protocol. The 33-item SPIRIT checklist applies to protocols for all clinical trials and focuses on content rather than format. The checklist recommends a full description of what is planned; it does not prescribe how to design or conduct a trial. By providing guidance for key content, the SPIRIT recommendations aim to facilitate the drafting of high-quality protocols. Adherence to SPIRIT would also enhance the transparency and completeness of trial protocols for the benefit of investigators, trial participants, patients, sponsors, funders, research ethics committees or institutional review boards, peer reviewers, journals, trial registries, policymakers, regulators, and other key stakeholders.

**Keywords:** Experimental studies, reporting, SPIRIT

<sup>1</sup>Prof.Dr., Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: akin.belgin@gmail.com ORCID: 0000-0002-8094-4110

<sup>2</sup>Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye Tel:0332 223 0788, E-mail: denizkocoglu@gmail.com ORCID: 0000-0001-9496-8749

Geliş Tarihi: 16 Eylül 2020, Kabul Tarihi: 03 Ocak 2021

**Atıf/Citation:** Chan AW, Tetzlaff JM, Altman DG, Laupacis A, Gøtzsche PC, Krlez'a-Jeric' K ve ark. SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik Deneyler İçin Standart Protokol Maddelerinin Tanımlanması (Çev: Akin B, Koçoğlu-Tanyer D). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021; 8(1):117-127. DOI: 10.31125/hunhemsire.908072

## GİRİŞ

Bir klinik deney protokolü, etik onay alınmasından araştırma sonuçlarının yaygınlaştırmasına kadar olan sürecin tüm planlamalarını detaylandırarak çalışmanın planlanması, yürütülmesi, yorumlanması, gözetimi ve dış değerlendirilmesinde anahtar rol oynar. İyi yazılmış bir protokol; deney başlamadan önce bilimsel, etik ve güvenlik konularının uygunluğunun; deney yürütülürken gösterilen tutarlılık ve titizliğin; deney tamamlandıktan sonra ise deneyin yürütülmesi ve sonuçların bütününün incelenmesinin uygun bir şekilde değerlendirilmesini kolaylaştırır. Protokollerin önemi dergi editörleri<sup>1-6</sup>, akran değerlendiriciler (hakemler)<sup>7-10</sup>, araştırmacılar<sup>11-15</sup> ve toplum savunucuları tarafından vurgulanmaktadır<sup>16</sup>.

Protokollerin bu merkezi rolüne rağmen, bir sistematik derleme, protokol içeriği için mevcut rehberlerin kapsam ve önerilerinde büyük çeşitlilik olduğunu, rehberlerin nasıl geliştirildiğinin nadiren tanımlandığını ve geniş paydaş katılımına ya da önerilerini destekleyecek deneysel kanıtlara ender olarak atıfta bulunulduğunu ortaya koymuştur<sup>17</sup>. Bu sınırlılıklar protokollerin kalitesinin iyileştirilmesine neden ihtiyaç duyulduğunu kısmen de olsa açıklayabilir. Pek çok randomize deney protokolü, birincil çıktılarını (deneylerin %25'inde yetersiz)<sup>18,19</sup>, deney ve kontrol grubuna atama yöntemlerini (%54-79'unda yetersiz)<sup>20,21</sup>, körlemenin kullanılmasını (% 9-34' ünde yetersiz)<sup>21,22</sup> ters etkileri raporlama yöntemlerini (%41'inde yetersiz)<sup>23</sup>, örneklem hesabının bileşenlerini (%4 -40'ında yetersiz)<sup>21-24</sup>, veri analiz planlarını (% 20 -77' sinde yetersiz)<sup>21, 24-26</sup>, yayın politikalarını (%7'sinde yetersiz)<sup>27</sup> ve sponsor ve araştırmacıların çalışma tasarımı ya da verilere erişimdeki rollerini (%89-100'ünde yetersiz)<sup>28,29</sup> yeterince tanımlamamaktadır. Protokollerin yetersiz/eksik olmasının altında yatan asıl problemler/sorunlar, önlenabilir protokol düzeltmelerine, deneylerin kalitesiz yürütülmesine ve yayınlanmasında yetersiz/ uygunsuz raporlamaya yol açabilir<sup>15,30</sup>.

Protokol içeriği ve rehberlerindeki bu boşluklara karşı, Biz 2007'de SPIRIT (*Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials- Standart Protokol Maddeleri: Girişimsel Deneyler için Öneriler*) girişimini başlattık. Bu uluslararası proje, deney protokollerinde bulunması gereken asgari maddeler (dizisi) için kanıt dayalı öneriler üretmek deney protokollerinin eksiksizliğini geliştirmeyi hedeflemektedir. SPIRIT 2013 bildirisi 33-maddelik bir kontrol listesi (Tablo 1) ve diyagram (Şekil 1) içermektedir. İlgili açıklayıcı metinde (SPIRIT 2013-Açıklama ve Ayrıntılandırma)<sup>31</sup> gerçek protokollerin rehberliği ve model örnekleri ile kontrol listesinin her bir maddesi gerekçeler ve destekleyen kanıtlar ile detaylandırılmıştır.

### SPIRIT 2013 Bildirisinin Geliştirilmesi

SPIRIT 2013 bildirisi, rolleri birbiriyle örtüşmeyen (birbirinden farklı) deney araştırmacıları (n=30), sağlık bakım profesyonelleri (n=31), yöntem bilimciler (n=34), istatistikçiler (n=16), deney koordinatörleri (n=14), dergi editörleri (n=15) ve araştırma etiği temsilcileri (n=17), sanayi ve sanayi dışı kaynak sağlayıcılar (n=7), ve

düzenleyici kurullar kural koyucular (n=3) olmak üzere 115 anahtar paydaşın görüşlerine başvurularak geniş bir katılım ile geliştirilmiştir. Daha sonra detaylandırıldığı gibi SPIRIT rehberi, 2 sistematik derleme, bir resmi *Delphi* uzlaşım süreci, 2 yüz yüze uzlaşım toplantısı ve pilot denemeden yararlanılarak geliştirilmiştir<sup>32</sup>.

SPIRIT kontrol listesi pek çok tekrarlarla gelişmiştir. Süreç mevcut protokol rehberlerinin bir sistematik derlemesinden oluşturulan 59 maddelik bir ön-kontrol listesi ile başlamıştır<sup>17</sup>. 2007' de, düşük (n=1), orta (n=6) ve yüksek gelirli (n=10) 17 ülkeden toplam 96 uzman panelist bu başlangıç kontrol listesini e-posta ile 3 kez tekrarlayan *Delphi* uzlaşım anket turu ile rafine etmiştir<sup>33</sup>. Panelistler her bir maddeyi 1'den (önemli değil) 10'a kadar (çok önemli) bir ölçekte derecelendirmiş, yeni maddeler önermiş ve sonraki turlar için yorumlarda bulunmuşlardır. Son etapta medyan puanı 8 ve üzerinde olan maddeler dahil edilirken 5 ya da daha düşük puanlılar çıkarılmıştır. 5-8 arasında puanlanan maddeler uzlaşım toplantısında tartışılmak üzere tutulmuştur.

*Delphi* anketinden sonra, SPIRIT grubunun 16 üyesi (bu yazının yazarları olarak adlandırılmışlardır) Aralık 2007'de Kanada, Ontario, Ottawa'da ve 14 üyesi de Eylül 2009' da Kanada, Ontario, Toronto'da, anket sonuçlarını gözden geçirmek, çatışmalı maddeleri tartışmak ve taslak kontrol listesini rafine etmek üzere toplanmıştır. Her toplantıdan sonra, gözden geçirilmiş kontrol listesi ilave geribildirim için SPIRIT grup üyeleri arasında yeniden dolaştırılmıştır.

İkinci bir sistematik derleme belirli protokol maddelerinin deneyin yürütülmesi ya da yanlılık riski ile ilgililiği yönünden deneysel kanıtları tanımlamıştır. Bu derlemenin sonuçları SPIRIT kontrol listesindeki maddelerin dahil edilmesi ya da dışlanmasına karar vermede bilgi sağlamıştır. Bu derleme aynı zamanda SPIRIT 2013'ün kanıt dayanağını da oluşturmuştur<sup>31</sup>. Bazı maddeler küçük ya da hiç saptanamayan deneysel kanıtı sahip olması (örneğin, başlık), ve bazı maddeler ise güçlü bir pragmatik ya da etik gerekçeye dayanarak kontrol listesine dahil edilmiştir.

Son olarak, taslak kontrol listesinin pilot testini yüksek lisans düzeyinde verilen klinik araştırma yöntemleri metot dersi kapsamında deney protokolü geliştirmek için bu dokümanı kullanan Toronto Üniversitesi öğrencileri ile 2010 ve 2011 yıllarında gerçekleştirdik. Kontrol listesinin içeriği, biçimi ve yararlılığı hakkındaki geri bildirimler isimsiz bir anket aracılığıyla elde edilmiş ve son SPIRIT kontrol listesine dahil edilmiştir.

### Klinik Deney Protokolünün Tanımı

Her çalışma bir protokolü gerektirse de protokolün net tanımı araştırmacılar, sponsorlar ve diğer paydaşlar arasında çeşitlilik gösterir. SPIRIT girişimi için protokol, deneyin arka planı, gerekçeleri, amaçları, çalışma grubu, girişimleri, yöntemleri, istatistiksel analizleri, etik konuları, yaygınlaştırma planı ve yönetimi; deney yöntemleri ve yürütülmesinin anahtar yönlerinin tekrar edilebilirliği; ve etik onaydan sonuçların yayımlanmasına kadar deneyin bilimsel ve etik sağlamlıkla uygulanmasına anlaşılmasına yönelik yeterli ayrıntıyı sağlayan bir doküman olarak tanımlanır.



Protokol bir maddeler listesinden daha fazlasıdır. Deneyin unsurlarının tam olarak anlaşılmasına yönelik uygun çerçeve ve anlatım sağlayan bütünlendirici bir belge olması gerekir. Örneğin, karmaşık bir müdahalenin tanımının, uygun uzmanlığa sahip kişiler tarafından kopyalanmasını sağlamak için eğitim materyalleri ve rakamları içermesi gerekebilir.

Tam protokolün kurumsal hakem kurulu ya da etik komite tarafından onaylanması için kaydedilmesi gerekir<sup>34</sup>. Deney araştırmacıları ya da sponsorlara kaydetmeden önce protokollerinde SPIRIT kontrol listesi maddelerini belirtmeleri önerilmektedir. Belirli maddelerdeki ayrıntılar henüz sonuçlandırılmadıysa, o zaman da bunun protokolda belirtilmesi ve geliştikçe maddelerin güncellenmesi gerekir. Protokol genellikle deney sırasında değiştirilen “yaşayan” bir dökümandır. Deneyin tasarımı ve yürütülmesindeki önemli değişikliklerin tarihleriyle birlikte şeffaf bir denetim izinin oluşturulması bilimsel kayıt tutmanın gerekli parçasıdır. Deney araştırmacılarının ve sponsorların kurumsal hakem kurulu tarafından onaylanan protokole uymaları ve en son protokol versiyonunda yapılan düzeltmeleri belgelemeleri beklenir. Önemli protokol düzeltmeleri ortaya çıktığında kurumsal hakem kuruluna ve deney kayıt platformuna rapor edilmesi ve ardından deney raporunda belirtilmesi gereklidir.

	Çalışma Evreleri							Bitiş
	Kayıt	Atama	Atama sonrası			vs.	tx	
Zaman noktası*	-t1	0	t1	t2	t3	t4	vs.	tx
Kayıt								
Uygunluk taraması	x							
Bilgilendirilmiş onam	x							
(Diğer işlemlerin listesi)	x							
Atama		x						
Girişimler:								
(Girişim A)								
(Girişim B)			x		x			
(Diğer çalışma gruplarının listesi)								
Değerlendirmeler:								
(Temel değişkenlerin listesi)	x	x						
(Çıktıların listesi)				x			x	vs. x
(Diğer veri değişkenlerinin listesi)			x	x	x	x	vs.	x

Önerilen içerik değişik şematik şekillerde yerleştirilebilir. Örnekler için, bakınız SPIRIT 2013 Açıklama ve Ayrıntılandırma<sup>31</sup>. Bu şablon SPIRIT gruptan kopyalanarak SPIRIT' in izniyle yeniden üretilmiştir. SPIRIT = Standard Protocol Items: Recommendation for Interventional Trials.

\*Bu satıra özgün zaman noktalarını listeleiniz.

**Şekli 1.** Kaydetme, Girişimler ve Değerlendirmelerin Programlanması İçin Önerilen Örnek Şablon

### SPIRIT 2013' ün Kapsamı

SPIRIT 2013 bildirisi, ekleri dahil olmak üzere bir klinik deney protokolünün içeriğini uygular. Klinik deney, insan katılımcılara, sağlıkla ilişkili çıktılar üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla bir ya da daha fazla girişimin uygulandığı ileriye doğru bir çalışmadır. SPIRIT 2013'ün birincil kapsamı randomize deneylerle ilgilidir, ancak aynı konular büyük ölçüde çalışma tasarımı, girişim ya da konu fark etmeksizin tüm klinik deney türleri için geçerlidir.

SPIRIT 2013 bildirisi asgari protokol içeriği konusunda rehberlik sağlar. Belirli durumlar ilave protokol maddelerini gerekli hale getirebilir. Örneğin, bir faktöriyel çalışma tasarımı özel gerekleştirme gerektirebilir; çapraz tasarımı deneyler, taşıma etkileri gibi benzersiz istatistiksel değerlendirmelere sahiptir; sanayi sponsorlu deneylerin ilave düzenleme gereklilikleri olabilir.

Protokol ve ekleri genellikle SPIRIT kontrol listesinin her maddesi ile ilgili ayrıntılı bilginin tek arşividir. Var olan deney protokollerini kullanarak, biz her bir maddenin model örneğini tanımlayabildik<sup>31</sup> ki bu durum bir protokol belgesindeki tüm kontrol listesi maddelerinin uygulanabilme kolaylığını gösterir. Bazı deneyler için, istatistik analiz planları, vaka kayıt formları, operasyon kılavuzları ya da araştırmacı sözleşmeleri gibi<sup>35,36</sup> ayrıntılar ilave dökümanlarda görülebilir. Bu durumlarda; protokol, temel ilkeleri ana hatlarıyla belirlemeli ve varlıklarının bilinmesi için ayrı belgelere atıfta bulunmalıdır.

SPIRIT 2013 bildirisi, genellikle yerel kurallar, gelenekler ya da standart işletim süreçleri gibi şekilsel özelliklerden ziyade öncelikle protokolün içeriği ile ilgilidir. Bununla birlikte, bir içindekiler çizelgesi, bölüm başlıkları, kısaltmalar listesi, kaynaklar listesi ve kayıt, girişimler ve değerlendirmelerin şematik tanımları gibi belirli biçimsel geleneklere uymak protokolün gözden geçirilmesini kolaylaştıracaktır (Şekil 1).

Son olarak, SPIRIT 2013'ün amacı, bir deneyin nasıl tasarlanacağı ya da yürütüleceği konusunda bir reçete vermek değil şeffaflığı ve planlananların tam olarak tanımlanmasını teşvik etmektir. Kontrol listesi, araştırmacının kalitesini değerlendirmek için kullanılmamalıdır, çünkü kötü tasarlanmış bir araştırmacının protokolü, yetersiz tasarım özelliklerini tam olarak açıklayarak tüm kontrol listesi maddelerini ele alabilir. Bununla birlikte, SPIRIT 2013'ün kullanılması araştırmacılara planlama aşamasında dikkate alınması gereken önemli konuları hatırlatarak deneyin geçerliliğini ve başarısını geliştirebilir.

### Mevcut Klinik Deney Rehberleri İle İlişkisi

Sistematiği geliştirme süreci, uluslararası paydaşlardan görüş alınması ve ilgili deneysel kanıtlara atıfta bulunan açıklayıcı makalesi<sup>31</sup> ile SPIRIT 2013 klinik araştırma protokollerine uygulanabilen diğer uluslararası kılavuzlara dayanmaktadır. SPIRIT 2013, 2008 Helsinki Deklerasyonu'nda zorunlu tutulan, protokolün özellikle hitap etmesi gereken çıkar çatışması gibi özgün etik unsurlar olmak üzere tüm etik ilkelere bağlı kalmıştır<sup>34</sup>.

Tablo 1. SPIRIT 2013 Kontrol Listesi: Klinik Deneme Protokolü için Tavsiye Edilen Maddeler ve İlgili Dokümanlar

Bölüm / Madde	Madde Numarası	Açıklama
<b>Yönetimsel Bilgi</b>		
Başlık	1	Çalışmanın tasarımı, popülasyonu, müdahale ve eğer var ise deneme kısaltmasını karşılayan açıklayıcı başlık
Deney Kaydı	2a	Deney kimliği ve kayıt ismi. Henüz kayıt olmamış ise planlanan kayıt ismi.
	2b	Dünya Sağlık Örgütü Deney Kayıt Veri Setinin Tüm Maddeleri (Ek Çizelge, www.annal.org erişilebilir)
Protokol kopyası	3	Tarih ve kopya kimliği
Fon	4	Finansal malzeme ve diğer desteklerin kaynakları ve tipleri
Roller ve Sorumluluklar	5a	Protokole katkıda bulunanların isimleri ve bağlı bulunduğu birimler
	5b	Deney sponsorlarının isim ve iletişim bilgisi
	5c	Çalışma sponsorları ve fonlayıcılarının, bu aktivitelerin her hangi biri üzerinde önemli etkisi olan otoriteler olup olmadığını içerecek şekilde, varsa, çalışmanın tasarımı, verilerin toplanması, yönetimi, analizi ve yorumlanması; rapor yazımı; ve raporun yayın için kaydedilmesi kararındaki rolleri
	5d	Yapı, roller, ve uygunsu, koordinasyon merkezi, yönlendirici komite, dönüm noktası karar komitesi, veri yönetim ekibi, ve deneye eşlik eden diğer birey ve grupların sorumlulukları (Veri İzleme Komitesi -VİK -için bakınız madde 21a)
<b>Giriş</b>		
Temel dayanaklar ve Gerekçe	6a	Araştırma sorusunun tanımlanması ve her bir girişimin yarar ve zararlarını inceleyen ilişkili çalışmaların (yayınlanmış ve yayınlanmamış) özetlenmesini içerecek şekilde deneyi yapmanın gerekçelendirilmesi
	6b	Karşılaştırma seçiminin açıklanması
Amaçlar	7	Özgün amaçlar ya da hipotezler
Deney Tasarımı	8	Araştırma türünü ( paralel grup, çapraz, faktoriyel, tek grup vs.), atama oranı ve çerçevesini (üstünlük, eşitlik, daha kötü olmama, açıklayıcı) içerecek şekilde deney tasarımının tanımlanması
<b>Yöntemler</b>		
<b>Katılımcılar, girişimler ve çıktılar</b>		
Çalışma yeri	9	Çalışma yerlerinin (Toplum, klinik, akademik hastane vs.) ve verinin toplanacağı ülkelerin listesinin tanımlanması. Çalışma alanları listesinin nereden elde edileceğine atıfta bulunma
Seçim ölçütleri	10	Katılımcılar için dahil edilme ve dışlanma ölçütleri. Uygunsa, çalışma merkezleri ve girişimleri gerçekleştiren bireylerin (cerrah, psikoterapist vs.) seçim ölçütleri
Girişimler	11a	Nasıl ve ne zaman gerçekleştirileceğini içerecek şekilde, tekrar edilebilirlik için yeterli olacak ayrıntılarla, her bir grup için girişimler
	11b	Atanan girişimlerin belirtilen deney katılımcılarında sürdürülmemesi ya da değiştirilmesi için ölçütler (zararlı etkiye, katılımcının isteğine ya da hastalığın gelişmesi/kötüleşmesine cevaben ilaç dozu değişikliği)
	11c	Uyumu izlemek için girişim protokolüne ve her hangi bir işleme uymayı geliştirme stratejileri (ilaç tablet iadesi, laboratuvar testleri vs.)
	11d	Deney sırasında izin verilen ya da yasaklanan ilişkili eşzamanlı bakım ve girişimler
Çıktılar	12	Özgün ölçüm değişkenleri (sistolik kan basıncı vs.), analiz ölçüsü (temel ölçüme göre değişim, son değer, zaman içinde değişim vs.), ortalama yöntemini (medyan, oran vs.) içerecek şekilde birincil, ikincil ve diğer çıktıların ve her bir çıktı için ölçüm zamanının belirtilmesi.

Tablo 1. SPIRIT 2013 Kontrol Listesi: Klinik Deneme Protokolü için Tavsiye Edilen Maddeler ve İlgili Dokümanlar (devamı)

Katılımcı zaman çizelgesi	13	Deneyin kaydı, girişim, değerlendirme ve katılımcı ziyaretlerine ait zaman çizelgesi Şematik bir akış çizelgesi oldukça önerilir (Şekil 1).
Örnek Büyüklüğü	14	Her hangi bir örnek büyüklüğü hesaplamasını destekleyen klinik ve istatistiksel varsayımları içerecek şekilde, çalışma amaçlarına ulaşmak için tahmini katılımcı sayısı ve nasıl saptandığı.
Katılımcıların belirlenmesi	15	Hedef örnek büyüklüğü için yeterli katılımcı kaydına erişmeye yönelik stratejiler
<b>Girişimlerin atanması (kontrollü deneyler için)</b>		
Atama dizisi oluşturma	16a	Atama dizisi oluşturma yöntemi (bilgisayarda oluşturulmuş rastgele sayılar vs.), ve tabakalama için her hangi bir faktörün listesi. Rastgele dizilimin tespit edilebilirliğini azaltmak için, planlı herhangi bir kısıtlamanın (bloklama vs.) detaylarının katılımcıları kaydeden ve girişimleri gerçekleştirenlerin elde edemeyeceği ayrı bir doküman olarak sağlanması gerekir.
Atama Gizleme mekanizması	16b	Atama dizisini hayata geçirme mekanizması (merkezi telefon, sırasıyla numaralanmış opak mühürlü zarflar vs.), girişimlere ayrılan kadar dizilimin gizlenmesine yönelik her bir adımı tanımlama
Uygulama	16c	Atama dizisini kim oluşturacak, katılımcıları kim kaydedecek ve katılımcıları girişimlere kim atayacak
Körleme (maskeleye)	17a	Girişimlere atama sonrası kim körlenecek (deney katılımcıları, bakım vericiler, çıktılarını değerlendirenler, veri analizcileri), ve nasıl
	17b	Körlendiyse, körlenmemeye hangi koşullarda izin verilebileceği ve deney sırasında bir katılımcının atandığı girişimi açıklamada usulun ne olacağı belirlenmeli
<b>Veri toplama yönetimi, ve analizi</b>		
Veri toplama metodları	18a	Veri kalitesini arttırmayla ilgili (ölçüm tekrarları, değerlendiricilerin eğitimi vs.) süreçleri ve güvenilirlik ve geçerlikleri eklenerek çalışma araçlarının tanımlamasını da ( anketler, laboratuvar testleri vs.) içerecek şekilde çıktı, temel ve diğer deney verilerinin değerlendirilmesi ve toplanması için planlamalar. Eğer protokolda yer almıyorsa, biliniyorsa, veri toplama formlarının bulunabileceği yere atıfta bulunma.
	18b	Müdahale protokollerini bırakan ya da bunlardan sapan katılımcılar için toplanacak sonuç verilerinin listesi dahil olmak üzere, katılımcıyı elde tutma ve tam takibi teşvik etme planları
Veri yönetimi	19	Veri kalitesini arttırmayla ilgili her hangi bir süreci (iki kez veri girişi, veri değerleri için aralık kontrolü vs.) içerecek şekilde veri girişi, kodlama, güvenlik ve depolama için planlamalar. Protokolda yer almıyorsa, veri yönetimi sürecinin nerede bulunabileceğine atıfta bulunma.
İstatistiksel metodlar	20a	Birincil ve ikincil çıktılarının analizi için istatistik yöntemler. Protokolda yer almıyorsa, istatistik analiz planlarının nerede bulunabileceğine atıfta bulunma.
	20b	Herhangi bir ilave analiz yöntemi (altgrup ve düzeltilmiş analizler)
	20c	Protokole uyumsuzlukla ilişkili grubun analizlerinin tanımı (randomize edildiği şekilde analiz vs.), ve eksik verilerin ele alınmasında herhangi bir istatistik yöntem (çoklu tamamlama vs.)
<b>Gözetim</b>		
Veri Gözetimi	21a	VİK' in yapısı; rolleri ve raporlama yapılanmasının özeti; sponsorlar ve çıkar çatışmasından bağımsız olup olmadığının bildirilmesi; ve protokolda yer almıyorsa, sözleşmenin ileri ayrıntılarının nerede bulunabileceğine atıfta bulunma. Alternatif olarak, VİK'e neden gerek olmadığını açıklaması.
	21b	Herhangi bir ara analiz ve durdurma rehberinin bu ara sonuçlara kimin ulaşabileceği ve deneyin sonlandırılmasına son kararı kimin vereceğini içerecek şekilde tanımlanması

**Tablo 1. SPIRIT 2013 Kontrol Listesi: Klinik Deneme Protokolü için Tavsiye Edilen Maddeler ve İlgili Dokümanlar (devamı)**

Zararlar	22	Toplanan ya da spontan olarak bildirilen ters etkilerin ve diğer deneysel girişim ve deneyin yürütümünün kasıtsız etkilerinin toplanması, değerlendirilmesi, raporlanması ve yönetimine ilişkin planlama
Denetim	23	Varsa, deney yürütümünün denetimi için denetim sıklığı ve işlemler ve sürecin araştırmacılar ve sponsorlardan bağımsız olup olmadığı
<b>Etik ve yayın</b>		
Araştırma etik onayı	24	Araştırma Etik Komitesi/Kurumsal Hakem Kurulu başvuru planları
Protokol değişiklikleri	25	İlgili taraflarla (araştırmacılar, Araştırma Etik Komitesi/Kurumsal Hakem Kurulu, araştırma katılımcıları, deney kayıt birimi, dergiler, kural koyucular vs.) önemli protokol düzeltmeleri (seçim ölçütleri, çıktılar, analizlerde değişim vs.) için iletişimi planlama
Onam ya da rıza	26a	Olası deney katılımcıları ya da yetkilendirilmiş vekillerinden kim bilgilendirilmiş onam alacak ve nasıl (bakınız madde 32)
	26b	Uygunsa, katılımcıların verileri ve biyolojik örneklerinin toplanması ve kullanımı için ilave onam gerekleri
Gizlilik	27	Deney öncesinde, sırasında ve sonrasında gizliliği koruyabilmek için olası ve kaydedilen katılımcıların bireysel bilgileri nasıl toplanacak, paylaşılacak ve sürekliliği nasıl sağlanacak
Menfaat bildirim	28	Tüm deney ve çalışma yeri için birincil araştırmacılar yönünden finansal ve diğer çıkar çatışmaları
Veriye Erişim	29	Son deney verilerine kimin erişeceği ve araştırmacılar için bu erişimi sınırlandıran anlaşmaların bildirim
Yardımcı ve deney sonrası bakım	30	Varsa, yardımcı ve deney sonrası bakım ve deney katılımcılarından zarar görenler için kompanse güvenceleri,
Yayımlaştırma politikası	31a	Herhangi bir yayının sınırlamasını da içerecek şekilde katılımcılar, sağlık bakım profesyonelleri, toplum ve diğer ilgili gruplara (yayın yoluyla, sonuç veri tabanında raporlama, ya da diğer veri paylaşma düzenlemeleri vs.) deney sonuçlarının nasıl iletileceğine ilişkin araştırmacı ve sponsorlar için planlamalar
	31b	Yazarlık seçim rehberleri ve her hangi bir profesyonel yazar kullanma düşüncesi
	31c	Varsa, tam protokole, bireysel düzeyde veri setine, ve istatistik koda toplumsal erişim izni verme planlamaları
<b>Ekler</b>		
Bilgilendirilmiş onay metaryelleri	32	Katılımcılar ve yetkilendirilmiş vasilelere verilen onam formu ve diğer dokümanın örneği
Biyolojik türler	33	Mevcut deneyde ve uygunsa, gelecekteki yardımcı çalışmalarda genetik ya da moleküler analiz için biyolojik örneklerin toplanması, laboratuvar incelemesi ve saklanması planlamaları

VİK= veri izleme komitesi; KHK= Kurumsal hakem kurulu; AEK= araştırma etik komitesi; SPIRIT= Standard Protocol Items: Recommendation for Interventional Trials – *Standart Protokol Maddeleri: Girişimsel Deneyler için Öneriler*

\*Maddeleri netleştirmek için kontrol listesinin SPIRIT 2013 Açıklama ve Ayrıntılandırma<sup>31</sup> ile bağlantılı okunması şiddetle önerilir.

Protokol düzeltmelerinin usulünün belirlenmesi ve tarihlendirilmesi gerekir. SPIRIT kontrol listesi SPIRIT grup tarafından çoğaltılarak onların izniyle yeniden üretilebilir.

Tablo 2. Olası Yararlar ve SPIRIT 2013' e Uyumu Desteklemek için Önerilen Paydaş Eylemleri

Paydaş	Önerilen Eylemler	Potansiyel Yararlar
Klinik deney grupları, araştırmacılar, sponsorlar	SPIRIT'in standart rehber olarak uyarlanması	Protokol içeriğinde kalite, tamlık ve tutarlılıkta gelişme
	Protokol yazımında araç olarak kullanma.	Ana protokol maddeleri için gerekçeleri ve göz önünde bulundurulacak konuların anlaşılabilirliğini geliştirme
		Protokolün gözden geçirilme etkililiğinde artma
Araştırma etik komiteleri/kurumsal hakem kuruluşları, fonlama daireleri, kural koyucu daireler	Kaydedilmiş protokoller için SPIRIT'e uymanın zorunlu tutulması ya da teşvik edilmesi	Protokol kaydının kalitesi, tamlığı ve tutarlılığında gelişme
	Eğitim aracı olarak kullanma	Protokol gereklilikleri konusunda gözden geçirmenin etkinliği ve sorgulamaların azalmasında artış
Eğitimciler	SPIRIT kontrol listesi ve açıklayıcı makaleyi eğitim aracı olarak kullanma	Anahtar protokol maddelerinin gerekçeleri ve göz önünde bulundurulacak konuların anlaşılabilirliğinde gelişme
Hastalar, deney katılımcıları ve politika yapıcılar	SPIRIT'in deney araştırmacıları ve sponsorlar tarafından kullanımını savunma	Protokol içeriğinde şeffaflık, hesap verebilirlik, eleştirel değerlendirme ve gözden kaçmalarla ilgili gelişme
Deney kayıt birimleri	SPIRIT'e dayalı protokolleri teşvik etme	Kaydedilmiş raporların kalitesinde artış
	Sonuçların açıklanmasına eşlik edecek tam protokolün kaydedilmesi	SPIRIT kontrol listesi madde 2b ( Kayıt birimi Veri Seti) güncellendiğinde deneyi uygulayanlardan kayıt raporlarını güncellemeyi geliştirme
		Tam protokol ve sonuçlarına ev sahipliği yapan kayıt birimleri için protokol içeriğinde kalite, tamlık ve tutarlılıkta gelişme
Dergi editörleri ve yayıncılar	SPIRIT'in yayınlanmış ve yayınlanmamış protokoller için standart rehber olarak onaylanması	Protokol içeriğinin kalite, tamlık ve tutarlılığında gelişme
	Yazarlar için yönergede SPIRIT' e atfı ekleme	Protokole uyma ve seçici raporlamayı değerlendirmede kullanılabilecek gelişmiş protokol içeriğiyle deney makalelerinin hakemliğini geliştirme
	Protokolün makaleyle beraber kaydedilmesini talep etme, hakemler arasında dolaştırma ve yazarları web eklentisi olarak ulaşılabilir olması için teşvik etme	Deneyin okuyucular tarafından şeffaflığı ve yorumlamasını geliştirme

SPIRIT = Standard Protocol Items: Recommendation for Interventional Trials–Standart Protokol Maddeleri: Girişimsel Deneyler için Öneriler

Ek olarak, SPIRIT 2013, verileri düzenleyici otoritelere kaydedilecek olan klinik deneyler için 1996' da yazılmış olan Uluslararası Uyumlu İyi Klinik Uygulamalar Konferansı E6 Rehberi tarafından önerilen protokol maddelerini kapsamaktadır<sup>37</sup>. SPIRIT bildirisi belirli anahtar protokol maddelerinde (örneğin, atamanın gizlenmesi, deneyin kaydı ve onam süreci) ilave öneriler sunarak İyi Klinik Uygulamalar rehberine dayanır. SPIRIT' in aksine, İyi Klinik Uygulama Rehberi informal uzlaşma yöntemlerini kullanmıştır, açık olmayan katkı sağlayıcılara sahiptir ve deneysel kanıtlarla desteklenen atıflardan yoksundur<sup>38</sup>. SPIRIT 2013 bildirisi aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü<sup>39</sup>, Uluslararası Tıbbi Dergi Editörleri Komitesi<sup>40</sup>, ClinicalTrials.gov'a özgü mevzuat<sup>41</sup>, Avrupa Komisyonu<sup>42</sup> ve diğerlerinin deney kayıt gerekliliklerini de desteklemektedir. Örneğin, SPIRIT kontrol listesinin 2b maddesi Dünya Sağlık Örgütü Deney kaydı veri setinin protokol listesini ( Ek Çizelge; www.annal.org'dan erişilebilir) önermektedir ki bu Uluslararası Tıbbi Dergi Editörleri Komitesi'nin deney kaydı için zorunlu tuttuğu asgari bilgi miktarıdır. Bu veri setinin SPIRIT protokol bölümünde olması sadece bir tür deney özeti biçimi olarak hizmet etmez aynı zamanda kayıt girişlerindeki bilgi kalitesini arttırmaya yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Kayıta özgü veri, protokol bölümünden kolaylıkla saptanarak kayıt alanına kopyalanabilir. İlaveten, bu bölüme uygulanan protokol düzeltmeleri kayıtlı verileri güncellemek için araştırmacıları uyabilir.

SPIRIT 2013 bildirisi CONSORT 2010'dan (Consolidated Standards of Reporting Trials)<sup>43</sup> uygulanabilir maddeleri yansıtır. Her iki kontrol listesinde de ortak ifadeler için kullanılan tutarlı ifadelenendirme ve yapı SPIRIT'e dayalı protokolden CONSORT'a dayalı son rapora geçişi kolaylaştıracaktır. SPIRIT grubu aynı zamanda şeffaflığı ve yüksek kaliteli protokol içeriğini geliştirmeye yönelik uluslararası çabalara destek vermek için deney kayıt kuruluşları, Klinik Veri Değişim Standartları Birliği Protokol Temsil Grubu ve Sağlık Hizmetlerinde Pragmatik Kontrollü Deneyler gibi protokol standartları ile ilişkili diğer girişim liderleri ile de bağlantılıdır.

### **Olası Etki**

Geniş paydaş yelpazesi SPIRIT 2013 bildirisinin ve açıklayıcı makalesinin yaygınlaştırılmasında yararlı olabilir (Tablo 2). Pilot-test ve informal geri bildirimler araştırma protokol taslaklarını oluşturduğunda özellikle deneysel araştırmacılar için yararlı olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda yeni araştırmacılar, akran değerlendiriciler ve kurumsal hakem kurul üyeleri için bir bilgi kaynağı olarak hizmet edebilmektedir.

Aynı zamanda deneyin hayata geçirilmesinde de yarar olasılığı vardır. Klinik deneylerde protokolün geliştirilmesinden etik onayın alınması ve katılımcı kaydına başlanmasına kadar olan sürenin aşırı ertelenmesi halen önemli bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir<sup>44</sup>. Protokollerin tamlığının geliştirilmesi, tamamlanmamış ve açık olmayan bilgiler konusunda araştırmacılara yönelik kaçınılabilir sorgulamaları azaltarak protokol incelemesinin verimliliğini arttırmaya yardımcı olabilir. Deney başlamadan önce anahtar bilgilerin tam olarak belgelenmesi ve önemli

konulardaki farkındalığın artmasıyla birlikte, SPIRIT'in kullanımı tekrarlayan protokol düzeltmelerinin sayısı ve yükünü azaltmaya yardım edebilir ki bunların çoğundan dikkatli bir protokol taslağı ve geliştirilmesi ile kaçınılabilir<sup>15</sup>. SPIRIT 2013'ün Kurumsal Hakem Kurulları, finansman kuruluşları, düzenleyici kuruluşlar ve dergiler tarafından tek bir standart olarak yaygın bir şekilde benimsenmesi, SPIRIT'e dayalı tek bir protokolle çok çeşitli paydaşların ortak uygulama gerekliliklerini yerine getirecek olan deney araştırmacıları ve sponsorların işini kolaylaştırmıştır. Daha iyi protokoller, araştırma uygulayıcılarının deneyi protokol yazarlarının amaçladığı gibi uygulamasına yardım eder.

Dahası, SPIRIT 2013'e bağlılık protokollerin, eleştirel değerlendirme ve deney yorumu için gereken bilgileri içermesini sağlamaya da yardım eder. Yüksek kaliteli protokoller deneyin yöntemi ve yürütülmesi konusunda dergilerden ya da deney kayıtlarından elde edilemeyecek önemli bilgiler sunabilir<sup>45-57</sup>. Araştırmacıların özgün niyetlerinin şeffaf bir kaydı olarak protokolün deney sonuç raporu ile karşılaştırılması birincil çıktılarda değiştirme yapmak gibi<sup>19,49</sup> sonuçların seçici raporlanması ve bildirilmemiş düzeltmeleri saptamaya yardım edebilir<sup>48</sup>. Ancak, klinik deney protokolleri genellikle toplumca erişilebilir değildir<sup>45</sup>. SPIRIT 2013 bildirisi deneyin geçerliliği ve uygulanabilirliğinin tam değerlendirilmesini kolaylaştırmak için protokoller, toplumca erişilebilir olduğunda daha büyük bir etkiye sahip olacaktır<sup>11,12,14,50</sup>.

SPIRIT 2013 rehberinin maksimum etkisini (Tablo 2) yakalayabilmesi için, CONSORT<sup>51</sup> gibi geniş kabul gören raporlama rehberlerinde olduğu gibi anahtar paydaşlar tarafından desteklenmesi gerekir. SPIRIT'i benimseyen kuruluşların isimleri SPIRIT web sitesinde (www.spirit-statement.org) yayınlayacak ve uygulamaya geçirilmesini kolaylaştırmak için kaynak sağlayacağız. SPIRIT önerilerinin geniş kabulü protokolün taslağını, içeriğini ve uygulanmasını geliştirmeye; deneyin kaydedilmesi, etkinliği ve uygulanmasını kolaylaştırmaya ve nihayet hasta bakım yararı için şeffaflığı arttırmaya yardım edebilir.

### **Orijinal makaleye ait bilgiler:**

<sup>1</sup>Women's College Research Institute, Women's College Hospital, and Keenan Research Centre at the Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael's Hospital, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; Ottawa Methods Centre, Ottawa Hospital Research Institute, Ethics Office, Canadian Institutes of Health Research, and University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada; Centre for Statistics in Medicine, University of Oxford, Oxford, United Kingdom; Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark; University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, Utah; Center for Clinical Trials, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland; Janssen Research & Development, Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson, Titusville, New Jersey; UK Medical Research Council Clinical Trials Unit, *The Lancet*, and *BMJ*, London, United Kingdom; NCIC Clinical Trials Group, Cancer Research Institute, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada; Quantitative Sciences, FHI 360, and GlaxoSmithKline,

Research Triangle Park, North Carolina; The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, The Geisel School of Medicine at Dartmouth, Hanover, New Hampshire; The PR Lee Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco, San Francisco, California.

**Feragatname:** Dr. Krlez'a-Jeric'önceden Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüsünde görevliydi, (Bilgi Çeviri Dalı), ve Dr. Parulekar NCIC Klinik Deneyler Grubuna bağlıdır. Fon sağlayıcılar, projenin tasarımı ve yürütülmesi; verilerin toplanması, yönetimi, analizi ve yorumlanması; ve makalenin hazırlanması, gözden geçirilmesi ve onayına başka türlü girdisi olmazdı. Dr. Berlin Janssen İlaç Firması of Johnson & Johnson tarafından işe alınmıştı, Dr. Sox *Annals of Internal Medicine'* in fahri editörüdür, ve Dr. Rockhold GlaxoSmithKline tarafından işe alınmıştır.

**Teşekkür:** Yazarlar Drs. Mona Loufty and Patricia Parkin'e SPIRIT kontrol listesinin pilot uygulamasını lisansüstü ders öğrencilerinde yaptığı için teşekkür ederler. Yazarlar ayrıca Dr. Genevie ve Dubois-Flynn'e 2009 SPIRIT toplantısına katılmalarından şükranlarını sunar

**Ana Destek:** SPIRIT toplantıları için finansal destek Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüsü (grant DET-106068), Kanada Ulusal Kanser Enstitüsü (şimdi Kanada Kanser Derneği Araştırma Enstitüsü), ve Kanada Sağlık İlaç ve Teknoloji Dairesi tarafından sağlanmıştır. Kanada Sağlık Araştırma Enstitüsü aynı zamanda devam eden yayma etkinliklerini de desteklemektedir (grant MET-117434).

**Çıkar çatışması:** Açıklama aşağıdaki linkte görülebilir. [www.acponline.org/authors/icmje/ConflictOfInterestForm.s.do?msNum\\_M12-1905](http://www.acponline.org/authors/icmje/ConflictOfInterestForm.s.do?msNum_M12-1905).

**Tekli baskı izinleri:** An-Wen Chan, MD, DPhil, Women's College Research Institute, Women's College Hospital, University of Toronto, 790 Bay Street, Toronto, Ontario M5G 1N8, Canada; e-mail,anwen.chan@utoronto.ca. Mevcut yazarların adresleri ve yazar katkıları [www.annals.org](http://www.annals.org). 'dan sağlanabilir.

**Çeviri için;**

**Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no):** Gerekmemektedir.

**Çıkar Çatışması:** Çeviren yazarların beyan ettiği bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek:** Finansal destek sağlanmamıştır.

**Katılımcı Onamı:** Gerekmemektedir.

**Yazar katkıları:** Yazarlar çeviride eşit sorumluluk üstlenmiştir.

**Teşekkür:**

Makaleyi çevirenler, Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sibel Yıldırım'a bu makalenin Türkçe çevrilmesine olanak sağlayan katkısı için teşekkür eder.

**Ethics Committee Approval:** Not reported.

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Not reported.

**Author contributions:** Authors take equal responsibility for the translation.

**Acknowledgement:** We would like to thank Prof. Dr. Sibel Yıldırım (Faculty member of the Faculty of Dentistry, Selcuk

University) to contribute to the translation of this article into Turkish.

## KAYNAKLAR

1. Rennie D. Trial registration: A great idea switches from ignored to irresistible. *JAMA*. 2004;292:1359-62.
2. Strengthening the credibility of clinical research [Editorial]. *Lancet*. 2010;375:1225.
3. Summerskill W, Collingridge D, Frankish H. Protocols, probity, and publication. *Lancet*. 2009;373:992.
4. Jones G, Abbasi K. Trial protocols at the BMJ [Editorial]. *BMJ*. 2004;329:1360.
5. Groves T. Let SPIRIT take you... towards much clearer trial protocols. *BMJ Group Blogs*. [Internet]. 2009 [Erişim Tarihi September 2009]. Erişim adresi: [http://blogs.bmj.com/bmj/2009\\_09/25/trish-groves-let-spirit-take-you-towards-much-clearer-trial-protocols/](http://blogs.bmj.com/bmj/2009_09/25/trish-groves-let-spirit-take-you-towards-much-clearer-trial-protocols/) on 1 October 2012.
6. Altman DG, Furberg CD, Grimshaw JM, Rothwell PM. Lead editorial: trials-using the opportunities of electronic publishing to improve the reporting of randomised trials [Editorial]. *Trials*. 2006;7:6.
7. Turner EH. A taxpayer-funded clinical trials registry and results database [Editorial]. *PLoS Med*. 2004;1:e60.
8. Coultas D. Ethical considerations in the interpretation and communication of clinical trial results. *Proc Am Thorac Soc*. 2007;4:194-8.
9. Siegel JP. Editorial review of protocols for clinical trials [Letter]. *N Engl J Med*. 1990;323:1355.
10. Murray GD. Research governance must focus on research training. *BMJ*. 2001;322:1461-2.
11. Chan A-W. Access to clinical trial data [Editorial]. *BMJ*. 2011;342:d80.
12. Miller JD. Registering clinical trial results: the next step. *JAMA*. 2010;303:773-4.
13. Krlez'a-Jeric' K, Chan A-W, Dickersin K, Sim I, Grimshaw J, Gluud C. Principles for international registration of protocol information and results from human trials of health related interventions: Ottawa statement (part 1). *BMJ*. 2005;330:956-8.
14. Lassere M, Johnson K. The power of the protocol. *Lancet*. 2002;360:1620-2.
15. Getz KA, Zuckerman R, Cropp AB, Hindle AL, Krauss R, Kaitin KI. Measuring the incidence, causes, and repercussions of protocol amendments. *Drug Inf J*. 2011;45:265-75.
16. Public Citizen Health Research Group v. Food and Drug Administration. 1997; 964:F Supp. 413
17. Tetzlaff JM, Chan A-W, Kitchen J, Sampson M, Tricco A, Moher D. Guidelines for randomized clinical trial protocol content: a systematic review. *Syst Rev*. 2012;1:43.
18. Chan A-W, Hróbjartsson A, Haahr MT, Gøtzsche PC, Altman DG. Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials: Comparison of protocols to published articles. *JAMA*. 2004;291:2457-65.

19. Smyth RM, Kirkham JJ, Jacoby A, Altman DG, Gamble C, Williamson PR. Frequency and reasons for outcome reporting bias in clinical trials: Interviews with trialists. *BMJ*. 2011;342:c7153.
20. Pildal J, Chan A-W, Hróbjartsson A, Forfang E, Altman DG, Gøtzsche PC. Comparison of descriptions of allocation concealment in trial protocols and the published reports: Cohort study. *BMJ*. 2005;330:1049.
21. Mhaskar R, Djulbegovic B, Magazin A, Soares HP, Kumar A. Published methodological quality of randomized controlled trials does not reflect the actual quality assessed in protocols. *J Clin Epidemiol*. 2012;65:602-9.
22. Hróbjartsson A, Pildal J, Chan A-W, Haahr MT, Altman DG, Gøtzsche PC. Reporting on blinding in trial protocols and corresponding publications was often inadequate but rarely contradictory. *J Clin Epidemiol*. 2009;62:967-73.
23. Scharf O, Colevas AD. Adverse event reporting in publications compared with sponsor database for cancer clinical trials. *J Clin Oncol*. 2006;24:3933-8.
24. Chan A-W, Hróbjartsson A, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC, Altman DG. Discrepancies in sample size calculations and data analyses reported in randomised trials: Comparison of publications with protocols. *BMJ*. 2008;337: a2299.
25. Al-Marzouki S, Roberts I, Evans S, Marshall T. Selective reporting in clinical trials: Analysis of trial protocols accepted by The Lancet [Letter]. *Lancet*. 2008;372:201.
26. Herná'ndez AV, Steyerberg EW, Taylor GS, Marmarou A, Habbema JD, Maas AI. Subgroup analysis and covariate adjustment in randomized clinical trials of traumatic brain injury: a systematic review. *Neurosurgery*. 2005;57:1244- 53.
27. Gøtzsche PC, Hróbjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, Chan A-W. Constraints on publication rights in industry-initiated clinical trials [Letter]. *JAMA*. 2006;295:1645-6.
28. Gøtzsche PC, Hróbjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, Chan A-W. Ghost authorship in industry-initiated randomised trials. *PLoS Med*. 2007;4:e19.
29. Lundh A, Krogsbøll LT, Gøtzsche PC. Access to data in industry-sponsored trials [Letter]. *Lancet*. 2011;378:1995-6.
30. Hopewell S, Dutton S, Yu LM, Chan A-W, Altman DG. The quality of reports of randomised trials in 2000 and 2006: Comparative study of articles indexed in PubMed. *BMJ*. 2010;340:c723.
31. Chan A-W, Tetzlaff JM, Gøtzsche PC, Altman DG, Mann H, Berlin JA, et al. SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *BMJ*. 2013;346:e7586.
32. Moher D, Schulz KF, Simera I, Altman DG. Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLoS Med*. 2010;7:e1000217.
33. Tetzlaff JM, Moher D, Chan A-W. Developing a guideline for clinical trial protocol content: Delphi consensus survey. *Trials*. 2012;13:176.
34. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 1 October 2012]. Erişim adresi: [www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html) on.
35. International Conference on Harmonisation. ICH Harmonised Tripartite Guideline: General Considerations for Clinical Trials: E8. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. [Internet]. 1997 [Erişim Tarihi 17 July 1997]. Erişim adresi: [www.ich.org/fileadmin/Public\\_Web\\_Site/ICH\\_Products/Guidelines/Efficacy/E8/Step4/E8\\_Guideline.pdf](http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E8/Step4/E8_Guideline.pdf)
36. International Conference on Harmonisation. ICH Harmonised Tripartite Guideline: Statistical Principles for Clinical Trials: E9. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. [Internet]. 1997 [Erişim Tarihi 5 February 1998]. Erişim adresi: [www.ich.org/fileadmin/Public\\_Web\\_Site/ICH\\_Products/Guidelines/Efficacy/E9/Step4/E9\\_Guideline.pdf](http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E9/Step4/E9_Guideline.pdf) on 1 October 2012.
37. International Conference on Harmonisation. ICH Harmonised Tripartite Guideline: Guideline for Good Clinical Practice: E6. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. [Internet]. 1996 [Erişim Tarihi 10 June 1996]. Erişim adresi: [www.ich.org/fileadmin/Public\\_Web\\_Site/ICH\\_Products/Guidelines/Efficacy/E6\\_R1/Step4/E6\\_R1\\_Guideline.pdf](http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E6_R1/Step4/E6_R1_Guideline.pdf)
38. Grimes DA, Hubacher D, Nanda K, Schulz KF, Moher D, Altman DG. The Good Clinical Practice guideline: a bronze standard for clinical research. *Lancet*. 2005;366:172-4.
39. Sim I, Chan A-W, Gu'Imezoglu AM, Evans T, Pang T. Clinical trial registration: transparency is the watchword. *Lancet*. 2006;367:1631-3.
40. Laine C, De Angelis C, Delamothe T, Drazen JM, Frizelle FA, Haug C, et al. Clinical trial registration: looking back and moving ahead [Editorial]. *Ann Intern Med*. 2007;147:275-7.
41. Food and Drug Administration Amendments Act of 2007, HR 2580, 110th Congress, 1st Sess, Title VIII, §801. Expanded Clinical Trial Registry Data Bank. [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi 1 October 2012]. Erişim adresi: [www.govtrack.us/congress/billtext.xpd?billh110-3580](http://www.govtrack.us/congress/billtext.xpd?billh110-3580).
42. European Commission. Communication from the Commission regarding the guideline on the data fields contained in the clinical trials database provided for in Article 11 of Directive 2001/20/EC to be included in the database on medicinal products provided for in Article 57 of Regulation (EC) No 726/2004 (2008/C



- 168/02). Official Journal of the European Union. 2008;51:3-4.
43. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Ann Intern Med.* 2010;152:726-32.
  44. National Research Council. A National Cancer Clinical Trials System for the 21st Century: Reinvigorating the NCI Cooperative Group Program. Washington, DC: National Academies Pr; 2010.
  45. Chan A-W. Out of sight but not out of mind: How to search for unpublished clinical trial evidence. *BMJ.* 2012;344:d8013.
  46. Wieseler B, Kerekes MF, Vervoelgyi V, McGauran N, Kaiser T. Impact of document type on reporting quality of clinical drug trials: A comparison of registry reports, clinical study reports, and journal publications. *BMJ.* 2012;344: d8141.
  47. Reveiz L, Chan A-W, Krlez`a-Jeric´ K, Granados CE, Pinart M, Etxeandia I, et al. Reporting of methodologic information on trial registries for quality assessment: A study of trial records retrieved from the WHO search portal. *PLoS One.* 2010;5:e12484.
  48. Dwan K, Altman DG, Cresswell L, Blundell M, Gamble CL, Williamson PR. Comparison of protocols and registry entries to published reports for randomised controlled trials. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011:MR000031.
  49. Dwan K, Altman DG, Arnaiz JA, Bloom J, Chan A-W, Cronin E, et al. Systematic review of the empirical evidence of study publication bias and outcome reporting bias. *PLoS One.* 2008;3:e3081.
  50. GlaxoSmithKline. Public disclosure of clinical research. Global Public Policy Issues. [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi 1 October 2011]. Erişim adresi: [www.gsk.com/policies/GSK-on-disclosure-of-clinical-trial-information.pdf](http://www.gsk.com/policies/GSK-on-disclosure-of-clinical-trial-information.pdf)
  51. Turner L, Shamseer L, Altman DG, Schulz KF, Moher D. Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomised controlled trials published in medical journals? A Cochrane review. *Syst Rev.* 2012; 1:60.