



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE





HEMŞİRELİK Bilimi
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Güleğün TÜRK	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Sakine BOYRAZ	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Belgin YILDIRIM	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Filiz ADANA	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKÇÜ	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Raşan ÇAM	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Şengül CANGÜR	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı	Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Yıldız DENAT	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Elem KOCAÇAL GÜLER	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER	Yönetim Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Nüket KIRAĞ	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Yayın Kurulu Sekreterleri

Arş. Gör. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

Yayın Yeri ve Adresi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, AYDIN, TÜRKİYE

Tel: +902562138866

e-posta: journalofnursingscience@gmail.com

Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

İçindekiler/ Contents

25.12.2021

Editörden Önsöz/ Editor's Foreword

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Araştırma Makaleleri/ Research Articles

Evaluation of Self Efficacy and Quality of Life of Stroke Patients

İnnmeli Hastalarda Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

114-121

R.N, PhD. Lecturer Serpil TOPÇU, R.N, PhD. Assoc. Prof. Sıdıka OĞUZ,

Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

The Relationship Between Health Literacy and Quality of Life in Elderly Individuals

122-132

Uzm. Dyt. Fatma KOZAK, Prof. Dr. Rağsan ÇEVİKAKYIL

Prostat Cerrahisi Geçiren Hastalarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi

Urinary Incontinence and Quality of Life in Patients Undergoing Prostate Surgery

133-139

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN, Prof. Dr. Emel YILMAZ, Prof. Dr. Talha MUEZZİNOĞLU, Arş. Gör. Havva KARA,

Arş. Gör. Dr. Arzu ASLAN BASLI, Arş. Gör. Senan MUTLU, Arş. Gör. Hülya KIZIL TOĞAÇ, Asis. Dr. Oğuzcan ERBATU

Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarının ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi

Investigation of Smoking Status and Related Factors of Nurses Working in a State Hospital

140-147

Uzm. Hem. Dilek HASSOY, Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ

Derleme/ Review

Alt Ekstremitte Cerrahisi Geçiren Bireylerin Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı

Care According to Kolcaba's Comfort Theory in Individuals Undergoing Lower Extremity Surgery

148-155

Yüksek Lisans Öğrencisi Beyza BEKTAŞOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Semra EYİ

Yenidoğan Bağırsak Mikrobiyotasına Etki Eden Faktörler

Factor Affecting Neonatal Intestinal Microbiota

156-162

Uzm. Hem. Esra GÖKDAĞ BALCI, Prof. Dr. Ümram YEŞİLTEPE OSKAY

Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamalarında Eleştirel Düşünme Stratejileri ve Boyutları

Critical Thinking Strategies and Dimensions in Nursing Education and Practices

163-168

Öğr. Gör. Abdulsamed KAYA, Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Önsöz

25.12.2021

Değerli Okuyucularımız;

Hemşirelik Bilimi Dergisi'nin 2021 yılı son sayısını sizlerle paylaşmanın sevincini yaşıyoruz. 2018 yılında yayın hayatına başlayan ve uluslararası indekslerde taranan Hemşirelik Bilimi Dergisi'nin DOI başvurusu DOI sağlayıcısı Crossref tarafından onaylanmıştır. Bu sayı ile birlikte bundan sonraki süreçte yayınlanacak sayılarımızda makale dosyaları içerisinde DOI numarasının da yer alacağını siz değerli okuyucularımızın bilgisine sunarız.

Dergimizin bu sayısında; inmeli hastalarda öz etkililik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisi, bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin sigara içme durumlarının ve ilişkili etmenlerin incelenmesi ile prostat cerrahisi geçiren hastalarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesini konu alan dört araştırma makalesi ve yenidoğan bağırsak mikrobiyotasına etki eden faktörler, alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin Kolcaba'nın konfor kuramına göre bakımı ile hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında eleştirel düşünme stratejileri ve boyutlarının yer aldığı üç derleme olmak üzere toplam yedi makale bulunmaktadır.

Bilimsel çalışmalarını bizlerle paylaşan ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayan yazarlarımıza, dergimize gönderilen makaleleri dikkatle ve özenle değerlendiren hakem kurulu üyelerimize, bu zorlu süreçte yoğun çaba ve titizlikle çalışan dergi yayın kurulu üyelerimize çok teşekkür ediyoruz. Hemşirelik biliminin gelişimine katkı sağlayacak yeni çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle.

Saygı ve sevgilerimizle....

Saygı ve sevgilerimizle.

Editör

Prof. Dr. Gülelgün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.993300>

Original Research

Evaluation of Self Efficacy and Quality of Life of Stroke Patients İnmeli Hastalarda Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Serpil TOPÇU ^a, Sıdıka OĞUZ ^b

^a R.N, PhD (Lecturer) Demiroğlu Bilim University School of Nursing, TC. Demiroğlu Bilim University, İSTANBUL, TURKEY

^b R.N, PhD (Associate Professor) Institute of Health Sciences, Marmara University, İSTANBUL, TURKEY

ABSTRACT

Aim: Self-efficacy and quality of life affect each other positively. However, level of self-efficacy and quality of life and their relation to recovery of stroke patients are unclear. The study was designed as a methodological and randomized controlled experimental study to analyze self-efficacy and quality of life of stroke patients.

Methods: The population of the study included stroke patients who received outpatient care at an acute stroke center between March – November, 2016. The study was performed with 72 patients. The patients in the experimental group received educational booklet and were included in a 3-month follow-up. The data for the study were collect using a Questionnaire Form, Quality of Life Scale for Stroke Patients, SSEQ and Monthly Follow-up Form. Standard tests, Tukey test, and regression and correlation analyses were used to analyze the data.

Results: It was determined that the experimental group given the educational booklet and monthly follow-up had higher scores in both self-efficacy and quality of life than the patients in control group. In the experimental group, the analysis between total scores from SSEQ and SS-QOL demonstrated increased correlation coefficient for the second visit compared with the first visit. Self-efficacy was positively correlated with the mobility, upper extremity function and self-care domains, and was negatively correlated with the language domain.

Conclusion: As a result, it was determined that education and follow-up in stroke patients are effective and has positive impact on self-efficacy and quality of life.

Key words: Nursing Intervention, Quality of Life, Patient Education, Self-Efficacy, Stroke

ÖZET

Amaç: Öz yeterlilik ve yaşam kalitesi birbirini olumlu yönde etkiler. Bununla birlikte, öz-etkililik ve yaşam kalitesi düzeyleri ve bunların inme hastalarının iyileşmesiyle ilişkisi belirsizdir. Çalışma, inme hastalarının öz-etkililiğini ve yaşam kalitesini analiz etmek için metodolojik ve randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Mart-Kasım 2016 tarihleri arasında akut inme merkezinde ayakta tedavi gören inme hastaları oluşturdu. Çalışma deney ve kontrol toplam 72 hasta ile yapıldı. Deney grubundaki hastalara eğitim kitapçığı ve 3 aylık takip girişimi uygulandı. Çalışmanın verileri Anket Formu, İnmeli Hastalar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, SSEQ ve Aylık Takip Formu kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde standart testler, Tukey testi ve regresyon ve korelasyon analizleri kullanıldı.

Bulgular: Eğitim kitapçığı ve aylık izlem uygulanan deney grubundaki hastalarda öz yeterlik ve yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Deney grubunda, SSEQ ve SS-QOL'den alınan toplam puanlar arasındaki korelasyona bakıldığında, ilk görüşmeye kıyasla ikinci görüşmede artış olduğu görüldü. Öz-yeterlik, hareketlilik, üst ekstremité işlevi ve öz bakım alanları ile pozitif, dil alanı ile negatif korelasyon gösterdi.

Sonuç: Sonuç olarak inmeli hastalarda eğitim ve aylık takibin, öz-yeterlilik ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hasta Eğitimi, Hemşire Müdahalesi, İnme, Öz-Etkililik, Yaşam Kalitesi

☆ This study was presented as a oral at the Nursing Care Plan 2018, Italy (July 16-18, 2018)

*Corresponding Author: Serpil TOPÇU

Address: İzzetpaşa Mah, Abide-i Hürriyet Cd No:166, 34381 Şişli/İSTANBUL/TÜRKİYE

e-mail: serpil.topcu@demiroglu.bilim.edu.tr

Received:18.06.2021

Accepted:27.08.2021

INTRODUCTION

Stroke is a medical condition associated with ischemic and hemorrhagic disruption of cerebral blood flow and is characterized by impairments of the cognitive, affective, motor and emotional functions of the central nervous system (Mozaffarian et al., 2015). The American Heart Association predicts an increased incidence of stroke in the coming years (Mozaffarian et al., 2015). The World Stroke Organization; signaled that more than 13 million new cases of stroke are diagnosis annually worldwide (Lindsay et al., 2019) Stroke is a major cause of disability and has a high rate of mortality (Harvey, Macko, Stein, Winstein, & Zorowitz, 2008). Following stroke, patients experience abrupt and dramatically changes in their daily living activities such as self-care and standing up, and they require substantial support from others in their daily care which affects their quality of life and self-efficacy (Korpershoek, van der Bijl, & Hafsteinsdóttir, 2011; Topçu & Oğuz, 2017). Quality of life is a complex concept as it is influenced by individuals' physical health, psychological state, level of independence, social relationships, beliefs and plans for the future. Self-efficacy is another factor that affects quality of life and recovery process of stroke patients (Topçu & Oğuz, 2017). Self-efficacy indicates patients' self-confidence and how successful they may be in overcoming the difficulties they will possibly experience in the future. Self-efficacy is influenced by success performance, verbal persuasion and physiological state of the individual as well as similar individuals' experiences (Bandura, 1982).

Dorothea E. Orem described in her theory that patients with poor self-care fail to meet their biological, physiological, developmental and social needs (Orem, Taylor, & Renpenning, 1995). Sister Callista Roy, another nursing theorist, suggests that the physiological needs, roles and health-related change components of self-efficacy can be managed through accordance and adaptation to the disease (Roy & Andrews, 1999). Supportive of nursing theorists, recent studies report a positive impact of higher levels of self-efficacy on patients' recovery processes (Jones, Partridge, & Reid, 2008; Korpershoek et al., 2011). Most stroke patients require guidance to adapt to the disease and achieve self-efficacy. Thanks to the recent advances in home-care services, patients can now receive as much support at home following discharge as they can in a hospital setting (Kirkevold, 2010). Nurses have many responsibilities in increasing quality of life and self-efficacy levels of stroke patients monitored at hospitals or at home. Patients may develop physical, sensorial and emotional problems following stroke. These problems have significant impact on patients' self-efficacy and quality of life levels (Mauk, 2012). Problems may lead to significant changes in patients' lives and may force them to acquire new skills (Jones & Riazi, 2011), at which stage nurses step in to manage patients' care and treatment, increase functional capability, offer solutions to the difficulties and problems encountered in

the process, adapt to new circumstances, and involve the family and more importantly the patient to the process of care (Kirkevold, 2010). The objective of the nurse in this context is to maximize patients' capability and confidence, hence their self-efficacy and quality of life. It is known that success performance increases and self-efficacy levels are positively affected in patients who perform their self-care and receive positive feedback from their nurses. Methods to improve self-efficacy levels employed by nurses encourage stroke patients to perform their self-care (Robinson-Smith & Pizzi, 2003) also translate into improved levels of daily activities, easier coping and reduced levels of depression (Bandura, 1982; Jones & Riazi, 2011; Korpershoek et al., 2011; Johnston, & Allen, 2000).

Identifying patients' problems following stroke and finding, implementing and evaluating specific solutions to these problems are the responsibilities of the nurses. Furthermore, nurses manage several other variables including maintenance of activities of daily living, increasing success performance, adapting to changes, involving the family and/or social support mechanisms to the process, encouraging the patient and filling information gaps. Education on disease management given by nurses following stroke have favorable effects on quality of life, self-efficacy and recovery. Planning patients' educational needs require objective measurements to identify the current state and their needs (Lev et al., 2001; Robinson-Smith & Pizzi, 2003). The "Stroke Self-Efficacy Questionnaire" and "Stroke-specific Quality of Life Scale", which will be used for this study, are believed to offer benefits in determining stroke patients' self-efficacy and quality of life levels and provide guidance for nurses, who care for stroke patients as part of their practice, when they are planning education.

METHODS

Type of Research

The aim of the study was to analyze self-efficacy and quality of life of stroke patients. The study was design as a methodological and randomized controlled experimental study. Seventy-two patients receiving inpatient care in a stroke center and meeting the inclusion criteria were simple randomly assigned to the experimental and control groups. Random numbers table was utilized to ensure randomization. Sequence numbers given to patients at their presentation to the stroke outpatient clinic and bed numbers of hospitalized patients were used to form the experimental and control groups according to the randomized numbers. Patients were assigned to experimental and control groups by patients list which are prepared daily for use in the stroke center. Before the first visit, each patient included in the sample was described the aim and importance of the study. Visits were scheduled for patients in

both groups when they came to the outpatient clinic for month one checks.

Place of Research

It was done at the stroke patients who received outpatient care at an acute stroke center between March 1 and November 12, 2016.

Population and Sample of the Research

The study was performed with 72 patients (36 in the experimental, 36 in the control group) who met the inclusion criteria of the study. The inclusion criteria of the study were patients who are able to communicate in Turkish, have a Barthel Index score of 62 and above, with no more than one month passed since the stroke event, who had experienced the first stroke, had no significant problems with sight and hearing and were open to communication and cooperation. Patients experiencing an acute event that may negatively affect self-efficacy and quality of life during the course of data collection and those who had a second stroke over this period were excluded from the study.

Data Collection Tools

Data collecting tools were administered by the investigator to the experimental group patients attending the visits. The data were collected during face-to-face visits in an education room. Patients' educational needs were prioritized by the help of the scales utilized. Educations guided by the educational booklets developed by the investigators were given to patients and their relatives. The parts corresponding to the answers concerning the problems experienced by the patients following stroke were marked within the booklet. The patients were asked to read the marked parts first, then the whole booklet, at home. The patients in the experimental group were contacted with through telephone calls one and two months after the first visit. The questions the patients had about the booklet, treatment plan, interim follow-up times, things that can be done against the side effects of the medicines, and the health problems apart from stroke they experience were answered. In the third month after the first visit, the "Stroke Self-Efficacy Questionnaire" and "Stroke-specific Quality of Life Scale" were administered again to the patients in the experimental group through telephone calls and they were informed that data collecting phase has been completed. Patients in the experimental group were communicated with twice face-to-face and once through telephone calls.

The scales were administered to the control group patients who were scheduled visits after the first visit and returned to the outpatient clinic for the first month follow-up. Following data collection, the patients were informed that they will be called again after three months. The investigators performed no intervention to the control group patients during this three-month period. They were called at the end of three months and the scales were administered again. Patients in the

control group were communicated with twice face-to-face and once through telephone calls.

The reason why we preferred the method of providing education using a booklet was that it was an educational approach that can be applied in the home setting, given the facts that the patients were restricted in their movement due to physical problems that develop following stroke, they are unable to come to the stroke center alone, and had transportation difficulties associated with living in a big city with heavy traffic, as well as the added material and non-material burden to caregivers.

The tools used for collecting the data were:

Questionnaire: It includes a total of 10 questions on age, sex, marital status, level of education, profession, stroke type, date at diagnosis, people the patient lives with, people assisting care and diagnosed chronic conditions.

The Stroke Specific Quality of Life scale (SS-QOL): The scale includes a total of 49 items and includes self-care, language, vision, mobility, work/productivity, upper extremity function, thinking, personality, mood, family roles, social roles and energy domains. Higher scores from the scale indicate good quality of life, whereas lower scores from the scale indicate poor quality of life (Williams, Weinberger, Harris, Clark, & Biller, 1999). The scale was adapted into Turkish by Hakverdioğlu and Khorshid in 2009. The total Cronbach's alpha value of the Turkish version of the scale was 0.97 (Hakverdioğlu & Khorshid, 2012).

The Stroke Self Efficacy Questionnaire (SSEQ): The scale, validity and reliability of which were established by Topçu and Oğuz is used to determine patients' self-efficacy in functions including walking, dressing, in-bed comfort following stroke. The total Cronbach's alpha value of the Turkish version of the scale was 0.93 (Topçu & Oğuz 2018). Including 13 questions in total, higher scores from the scale indicate good self-efficacy, whereas lower scores from the scale indicate poor self-efficacy (Jones et al., 2008).

Education Booklet for Patients with Stroke: Results of national and international studies on the education needs of stroke patients and their relatives were reviewed when planning the content of the book. Previous studies have reported an information gap regarding the psychosocial, emotional and behavioral problems of stroke patients and their relatives. International studies describe educational needs for functional changes, movement, nutrition, stress management, coping with emotional changes, symptom management, preventing stroke signs and potential complications, cause of stroke, its prevention, treatment and involvement in social activities (Denny, Vahidy, Vu, Sharrief, & Savitz, 2017; Kapucu, Türkan, & Fesci, 2009), although the order of importance varies. Studies in our country also report that patient relatives experienced problems in ensuring hygiene and

assuming the whole care of the patient following stroke and defined patient transfer, raising the patients, communication, bladder care, medications, emptying problems and personal care as the most problematic topics (Kapucu et al., 2009). Based on the literature, the content of our booklet was developed to include the definition of stroke and the causes for its occurrence, activities of daily living (breathing, nutrition, movement, emptying, sleep, personal care, dressing, pain management, drug use, sexual life); problems that may arise following stroke (aphasia, dysarthria, visual problems, depression, mood swings, cognitive difficulties, negligence on one part, returning to work, social life, driving, entertainment); lifestyle changes; things to do in emergencies and guidance for caregivers. The developed educational booklet was submitted for expert opinion before it was finalized. The booklet with a total of 43 pages was designed so that patients may read and understand it easily.

Evaluation of Data

The One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test indicated that self-efficacy demonstrated normal distribution however quality of life variable did not. Therefore, parametric tests (t-test, one-way ANOVA) were used for self-efficacy and non-parametric tests (Mann-Whitney U Analysis, Kruskal-Wallis Test, Tukey Analysis) were used for quality of life. Correlation and multiple regression analyses were used to determine which of the quality of life domains were predicted by self-efficacy.

Ethical considerations

Ethics board of an Institute of Medical Sciences of a public hospital granted consent (protocol no. 124) for this study on 30.11.2015. Each patient participating in the study were provided with information on the purpose and duration of the study and what investigators expected of them. Informed consent forms that were prepared separately for the experimental and control groups, confirmation that the text was read by or for the patient, and written permissions were received. The patients were assured that they could withdraw from the study anytime, that their details would not be shared with any other party, and that they would not be charged any fee for the booklet or telephone calls. Following completion of the data collection phase, the patients in the control group were offered the booklet and those who wanted to receive a booklet were provided with one.

RESULTS

Of the patients in the control group, 33.3% were 55 to 64 years old, while 27.8% of the patients in the experimental group were 65 to 74 years old, with 27.8% of them being over 75 years of age. Male patients comprised 61.1% of the sample. Of the patients in the experimental and control groups, 97.2% were being treated for ischemic stroke. Seventy-five percent of the patients in the experimental group and 80.6% in the control

group were married, care of 41.7% of the patients in the experimental group was undertaken by patients' spouses, while 41.7% of the patients in the control group performed their own care. Both in the experimental and control groups, 72.2% of the patients had a chronic condition; 33.3% of the patients in the experimental group had hypertension and diabetes mellitus, while 36.1% in the control group had hypertension. Based on the Barthel scores the patients received, 88.9% in the experimental group and 86.1% in the control group were moderately dependent. The experimental and control groups were not significantly different with respect to sex, stroke diagnosis, marital status, education, profession and person who helped after the stroke ($p > .05$).

When SS-QOL and SSEQ mean scores of the experimental and control groups were examined, the mean self-efficacy score of the experimental group in the first visit was 21.56 ± 7.62 compared with 25.50 ± 8.28 in the control group. Control group having a higher self-efficacy score in the first visit ($p < .05$). In the visit at the end of the third month, the experimental group had a higher self-efficacy score than the control group ($p < .001$) (Table 1). The experimental and control groups did not differ significantly in mean quality of life scores ($p > .05$). In the same visit, the experimental group has a quality of life score of 233.0 ± 27.40 compared with 193.5 ± 44.52 in the control group, demonstrating a better quality of life for the experimental group compared with the control group at the end of the third month ($p < .001$) (Table 1).

Table 1. Comparison of experimental and control groups SSEQ and SS-QOL total score (n=72)

Interview	¹ SSEQ		² SS-QOL		MWa	p
	Experimental (n=36)	Control (n=36)	Experimental (n=36)	Control (n=36)		
^a 1st	M±SD 21.56±7.62	M±SD ¹ 25.50±8.28	148.33±33.33 Median: 34	163.82±44.18 Median:39	-1.04	0.297
^b 2nd	35.67±5.84	31.06±6.79**	233.01±27.40 Median:44	193.54±44.52 Median:28	-3.30	<0.001

¹Stroke Self Efficacy Questionnaire, ²Stroke Specific Quality of Life,

^aFirst interview, ^bFinal interview, ^cMann Whitney U testi, * $t = -2.10, p = .03$, ** $t = +3.88, p = .001$

The analysis to test the differences between mean scores received from SSEQ and SS-QOL before and after the experimental group was provided with educational booklet demonstrated a mean difference of 84.68 for SS-QOL at the end of the third month compared with 29.72 for the control group. For the other variable, SSEQ, the mean difference was 14.11 for the experimental group compared with 5.56 in the control group. The first and second visits were significantly different in the experimental group for both variables ($p < .001$) (Table 2).

Table 2. The difference among SSEQ and SS-QOL mean Scores (n=72)

Variable	M± SD	Mean Differences	t	p*
Experimental				
¹ SSEQ	^a 1st	^b 2nd		
	21,56 ±7,62	35,67 ±5,84	-14.11	-13.46*
² SS-QOL	148,33±33,3	223,01±27,41	-84.68	-16.10*
Control				
SSEQ	25,50±8,28	31,06±6,79	-5.56	-7.59*
SS-QOL	163,82±44,18	193,54±44,52	-29.72	-7.00*

¹Stroke Self Efficacy Questionnaire, ²Stroke Specific Quality of Life, ^aFirst interview, ^bFinal interview, *p<.001

When the domains of SS-QOL were examined, the education given to the experimental group and the three-month follow-up resulted significantly higher mean scores from self-care, vision, mobility, work/productivity, upper extremity function, thinking, personality, mood, family roles, social roles and energy ($p < .001$) domains than the control group (Table 3).

Table 3. Comparison of the final interviews SS-QOL's subscales score between experimental and control groups (n=72)

¹ SS-QOL	Experimental (n=36) M±SD (median)	Control (n=36) M±SD (median)	z*	p
Self Care	21.77±4.01 (44.29)	18.40±5.22 (28.71)	-3.21	0.000***
Vision	14.75±0.76 (40.93)	13.61±2.22 (32.07)	-2.47	0.013*
Language	23.55±2.79 (39.24)	21.72±4.51 (33.24)	-1.60	0.110
Mobility	28.05±3.80 (43.08)	23.86±6.27 (29.92)	-2.87	0.004**
Work/Productivity	13.61±2.33 (43.61)	11.66±3.05 (29.39)	-3.07	0.002**
Upper Extremity Fuction	21.66±4.70 (42.60)	18.7±5.80 (30.40)	-.85	0.009**
Thinking	13.61±2.85 (44.07)	11.27±3.67 (28.93)	-3.25	0.000***
Personality	13.77±2.43 (42.13)	12.19±3.22 (30.88)	-2.50	0.012*
Mood	22.63±3.09 (43.76)	19.80±4.90 (29.24)	-3.02	0.002**
Family Roles	13.75±1.94 (43.40)	11.72±3.37 (29.60)	-3.01	0.002**
Social Roles	22.36±3.12 (43.61)	18.52±5.73 (29.39)	-2.96	0.003**
Energy	13.47±2.62 (41.39)	12.16±3.22 (31.61)	-2.17	0.030*

¹Stroke Specific Quality of Life, *Mann-Whitney U, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

In the experimental group, the correlation analysis for SSEQ and SS-QOL total and domain scores show an increased coefficient for the second visit compared with the first visit. With SSEQ, the results of the first and second visits were similar for “vision and language” domains, whereas the

Table 4. Correlation between SS-QOL Sub-groups and self efficacy in the experiment group (n=36)

¹ SS-QOL Sub-groups	First interview (r)	p	Final interview (r)	p
SS-QOL total score	0.70	0.00*	0.88	0.00*
Self Care	0.78	0.00*	0.86	0.00*
Energy	0.42	0.01*	0.74	0.00*
Social Roles	0.43	0.01*	0.74	0.00*
Upper Extremity Function	0.70	0.00*	0.88	0.00*
Family Roles	0.29	0.09	0.77	0.00*
Mood	0.30	0.08	0.71	0.00*
Personality	0.00	0.99	0.68	0.00*
Thinking	0.18	0.29	0.65	0.00*
Work/Productivity	0.82	0.00*	0.83	0.00*
Mobility	0.83	0.00*	0.78	0.00*
Vision	0.23	0.17	0.14	0.42
Language	0.09	0.61	0.23	0.17

¹Stroke Specific Quality of Life, *p<.05,

correlation coefficient for the “mobility” domain was lower for the second visit compared with the first visit (Table 4).

In the second visit, a multiple regression analysis was run to predict SSEQ total score from “mobility, upper arm function, language and self-care”. All variables were revealed in the multiple regression analysis as significantly associated with the SSEQ total score. Mobility, upper arm function and self-care variables correlated positively, language variable correlated negatively with SSEQ and accounted for 91% of the variance in the scale (Table 5).

Table 5. Experiment group association between ¹SSEQ and ²SS-QOL sub-groups (n=36)

Sub-groups	First Interview				Final Interview			
	β^a	S(bi) ^b	t	p	B ^a	S(bi) ^a	t	p
SSEQ	-1.37	3.28	-0.42	0.68	5.30	3.47	1.53	0.14
Mobility	0.77	0.17	4.62	0.00*	0.78	0.16	4.93	0.00*
Upper extremity function	-0.31	0.31	-1.00	0.33	0.32	0.13	2.43	0.02**
Language	0.11	0.12	0.84	0.40	-0.31	0.12	-2.63	0.01**
Self Care	0.85	0.36	2.35	0.03**	0.42	0.19	2.19	0.04**
Multiple regression	^c Modal R ² : %73,6 F test: 21,58 p <0,05				^c Modal R ² : %91,3 F test: 81,37 p <0,05			

¹Stroke Self Efficacy Questionnaire, ²Stroke Specific Quality of Life, ^aStandardised Regression Coefficients,

^bStandard Error of Regression Coefficient, ^cR. Squared, *p <.05

DISCUSSION

When the sociodemographic characteristics of the patients who participated in the study were examined, it was seen that the experimental and control groups consisted mostly of male patients. The incidence of stroke is higher among men worldwide, although the incidence among women is rising rapidly relative to men (Mozaffarian et al., 2015). When the age distribution of the experimental and control groups was examined, patients aged 65 years and older represented more than half of the total number of patients in both groups. Advanced age is an unmodifiable risk factor for stroke (Mauk, 2012), with ischemic stroke being especially more frequent in individuals aged 65 years and higher (Mozaffarian et al., 2015). Most of the participants in our sample were married. Published guidelines on stroke do not describe marital status as a risk factor for stroke, with no statements as to whether marital status increases or decreases stroke (Benjamin et al., 2017; Mozaffarian et al., 2015). In the control group, the majority of the patients performed their own care, whereas most patients in the experimental group received the support of their spouses for their care. No studies pointing out a link between stroke prevalence and profession and people assisting care were found in the literature (Mauk, 2012). Sociodemographic characteristics of the experimental and control groups were consistent with the literature.

Preventing occurrence of stroke and should it occur, making life easier for the patient are top priorities for nurses, regardless of sex, chronic conditions, etc. of the patient.

Effective outcomes are achieved with the education offered by nurses as part of disease management following stroke. There are reports in the literature that education programs lead to substantial improvements in patients' self-efficacy, played an important role in successfully managing the disease (Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, & Schuurmans, 2011), decreased patients' distress and depressive symptoms (Lev et al., 2001; Lii, Tsay, & Wang, 2007) and hence provided cost-efficacy (Lii et al., 2007). Similarly, education given by nurses following stroke had a positive impact on patients' functional, psychosocial and emotional wellbeing (Nir, Zolotogorsky, & Sugarman, 2004) and increased their level of knowledge on the risk factors for stroke, level of self-efficacy and social involvement (Denny et al., 2017; Wang, Chen, Liao, & Hsiao, 2013). Nurses' interventions to enhance patients' self-efficacy following stroke are known to function as motivators for the patients in performing their selfcare efficiently. A direct link between high self-efficacy and favorable health outcomes has also been shown (Robinson-Smith & Pizzi, 2003). Likewise, education given by nurses following stroke has been shown to encourage healthy life behaviors, had positive impact on health perception and body image (Nir et al., 2004) and improved quality of life (Lev et al., 2001; Lii et al., 2007). In our study, consistent with the above reports, self-efficacy and quality of life of patients in the experimental group increased to a higher extent than the patients in the control group after the education and monthly follow-ups (Table 1). The test to determine whether this improvement was significant demonstrated a significant difference between the variables over the three-month follow-up (Table 2).

When the experimental and control groups' mean scores from SS-QOL domains after the three-month follow-up were examined, the score the experimental group had in the "language" domain was higher compared with the control group, but without a significant difference. Apart from language, mean scores from the other domains, i.e. self-care, vision, mobility, work/productivity, upper extremity function, thinking, personality, mood, family roles, social roles and energy were higher in the experimental group than in the control group (Table 3). About one-third of the patients experienced language difficulties after stroke. However, these problems may resolve in a short time and spontaneously in most patients experiencing language difficulties. Previous studies have described that recovery may occur in two months to one year in patients with persisting problems, adding that speech impediment may even be permanent in some patients. Thus, patients with speech impediment following stroke are reported to have poor quality of life (Glize et al., 2017). Speech therapists have a more prevalent role than nurses in treating speech impediment that develops post-stroke (Langhorne, Bernhardt, & Kwakkel, 2011). Because the patients in the experimental and control groups did not have the opportunity to receive speech therapy routinely and were not expected to

have their speech impediment resolved in a short time, we did not expect to observe any changes in the language domain of quality of life with education and after three-month of follow-up when planning the study. The literature states that nurses' interventions lead to improvements in daily activities involving physical functioning such as mobility, self-care, upper extremity function, return to work, improved psychological and emotional functions including personality traits, temperament, thinking, social and familial roles (Kirkevold, 2010; Nir et al., 2004), energy (Westergren, Hallberg, & Ohlsson, 1999), and had an important role in planning daily life for patients with visual problems (Cacchione, 2007). The results of our study demonstrated that nursing interventions resulted in improvements in all domains of quality of life other than language in the experimental group compared with the control group, which was consistent with the literature (Table 3).

The correlation coefficient of quality of life and self-efficacy increased significantly after the education with the booklet given to the experimental group between the first and second visits. Similarly, the correlation coefficient between self-efficacy and self-care, energy, social roles, upper extremity function, family roles, mood, personality, thinking, work/productivity, domains indicate a very strong relationship. The effect of providing patients with education and a booklet on vision, mobility and language domains is constant (Table 4). This result supports that nursing interventions and nurses' training positive impact of quality of life and self-efficacy (Lev et al., 2001; Robinson-Smith et al., 2000; Robinson-Smith & Pizzi, 2003).

Multiple regression analysis also demonstrated that the variability in SSEQ total mean scores independently correlated with mobility, upper extremity function, language and self-care. The link connecting SSEQ score variability with those variables is indefinite in Turkish literature (Table 5). This is the first study showing the relationships between SSEQ and SS-QOL score. There are reports in the literature that the positive relationship between mobility and self efficacy and low self efficacy negative effect on daily living activities (Korpershoek et al., 2011). A study with patients who have hemiplegia, nursing interventions resulted in improvements patients' upper extremity functions (Kang, 2006). Similarly, high self efficacy affected to self-care, mobility and language (Kendall et al., 2007). Hence, it is important to investigate and explain the link connecting the two scales in further research.

CONCLUSION

Patients' self-efficacy and quality of life improved following three months of follow-up in the experimental group. All domains of quality of life except the language domain was improved when compared with the control group.

When the relationship between quality of life domains and self-efficacy was examined, it was seen that the mobility, upper extremity function and self-care domains affected self-efficacy positively and the language domain affected self-efficacy negatively.

In conclusion, education and follow-up given to patients following stroke was effective and favorably affected patients' self-efficacy and quality of life.

Limitation

Research is limited to only stroke patients. Discontinuing patient education after three months and not being able to perform the first and second month follow-up visits face to face with the patients were the limitations of the study. In addition, short life expectancy for stroke patients and high risk of having a second stroke were considered as another limitation for the study.

Impact statement

Self-efficacy and quality of life affect each other positively. High self-efficacy and good quality of life is influential in the recovery of stroke patients. There is a need to incorporate the educational booklet into the stroke rehabilitation program by the nurses. In the rehabilitation program, improvements should be achieved in the relevant domains of quality of life so that patients' self-efficacy may be improved.

Acknowledgements:

The authors would like to thank the patients and the stroke unit caregivers for their voluntary participation in this study.

Declaration of Interest Statement:

The authors declared no conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article.

REFERENCES

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., Gillespie, C. (2017). American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. Circulation*, 135(10), e146-e603.
- Cacchione, P. (2007). Nursing care of older adults with age related vision loss. In H. SC (Ed.), *Vision Loss in Older Adults: Nursing Assessment and Care Management* (pp. 131-145). New York: Springer Publishing Company.
- Denny, M. C., Vahidy, F., Vu, K. Y., Sharrief, A. Z., & Savitz, S. I. (2017). Video-based educational intervention associated with improved stroke literacy, self-efficacy, and patient satisfaction. *PLoS one*, 12(3), e0171952.
- Glize, B., Villain, M., Richert, L., Vellay, M., Mazaux, J., Dehail, P., Joseph, P. (2017). Language features in the acute phase of poststroke severe aphasia could predict the outcome. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 53(2), 249-255.
- Hafsteinsdóttir, T. B., Vergunst, M., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient education and counseling*, 85(1), 14-25.
- Hakverdioglu Yönt, G., & Khorshid, L. (2012). Turkish version of the stroke-specific quality of life scale. *International nursing review*, 59(2), 274-280.
- Harvey, R. L., Macko, R. F., Stein, J., Winstein, C. J., & Zorowitz, R. D. (2008). *Stroke recovery and rehabilitation*: Demos Medical Publishing.
- Jones, F., Partridge, C., & Reid, F. (2008). The Stroke Self-Efficacy Questionnaire: measuring individual confidence in functional performance after stroke. *Journal of clinical nursing*, 17(7b), 244-252.
- Jones, F., & Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 33(10), 797-810.
- Kang, J. (2006). Effects of constraint-induced movement using self-efficacy enhancing strategies on the upper extremity function of chronic hemiplegic patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(2), 403-414.
- Kapucu, S., Türkan, S., & Fesci, H. (2009). Yatağa bağımlı inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 017-031.
- Kendall, E., Catalano, T., Kuipers, P., Posner, N., Buys, N., & Charker, J. (2007). Recovery following stroke: the role of self-management education. *Social Science & Medicine*, 64(3), 735-746.
- Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *Advances in Nursing Science*, 33(1), E27-E40.
- Korpershoek, C., van der Bijl, J., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894.
- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693-1702. <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>.
- Lev, E. L., Daley, K. M., Conner, N. E., Reith, M., Fernandez, C., & Owen, S. V. (2001). An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Research and Theory for Nursing Practice*, 15(3), 277-294.

18. Lii, Y. C., Tsay, S. L., & Wang, T. J. (2007). Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients. *Journal of clinical nursing*, 16(11c), 268-275.
19. Lindsay, M.P., et al. (2019), World stroke organization (WSO): global stroke fact sheet 2019. SAGE Publications Sage UK: London, England.
20. Mauk, K. L. (2012). *Rehabilitation nursing: A contemporary approach to practice*: Jones & Bartlett Learning.
21. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., . . . Fullerton, H. J. (2015). Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, CIR. 0000000000000350.
22. Nir, Z., Zolotogorsky, Z., & Sugarman, H. (2004). Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 83(7), 522-529.
23. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (1995). *Nursing: Concepts of practice*.
24. Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81(4), 460-464.
25. Robinson-Smith, G., & Pizzi, E. R. (2003). Maximizing stroke recovery using patient self-care self-efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 28(2), 48-51.
26. Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (Vol. 2): Appleton & Lange Stamford, CT.
27. Topçu, S., & Oğuz, S. (2017). Self-efficacy and quality of life after stroke İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 1388-1396.
28. Topçu, S., & Oğuz, S. (2018). Translation and validation study for the stroke self-efficacy questionnaire in stroke survivors. *International journal of nursing practice*, e12646.
29. Wang, L., Chen, C. M., Liao, W. C., & Hsiao, C. Y. (2013). Evaluating a community-based stroke nursing education and rehabilitation programme for patients with mild stroke. *International journal of nursing practice*, 19(3), 249-256.
30. Westergren, A., Hallberg, I. R., & Ohlsson, O. (1999). Nursing assessment of dysphagia among patients with stroke. *Scandinavian journal of caring sciences*, 13(4), 274-282.
31. Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.997788>

Orijinal Araştırma

Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

The Relationship Between Health Literacy and Quality of Life in Elderly Individuals

Fatma KOZAK *,^a Rahşan ÇEVİK AKYIL ^b

^a *Uzm. Dyt.* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Beslenme ve Diyet Birimi, AYDIN, TÜRKİYE

^b *Prof. Dr.* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, yaşlıların sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma analitik-kesitsel olarak Eylül 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi diyet polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 152 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri tanıtıcı bilgi formu, Mini Mental Durum Testi, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR) ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov-Smirnov testi, Bağımsız Örneklem t Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Mann Whitney U, Kruskal Wallis H testi, Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 25.53±11.18 olan yaşlıların %75.6'sı Sorunlu/Sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur. Yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ise 74.5±12.9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel puan ortalamaları ile yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Genel yaşam kalitesi ile medeni durum, gelir durumu ve eğitim düzeyi ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca Avrupa sağlık okuryazarlığı genel puan değişkeninin yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Bu araştırmada yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olduğu ve yaşlıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Yaşam Kalitesi, Yaşlı

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the relationship between Health Literacy (HL) and quality of life of the elderly.

Methods: The study was conducted analytically and cross-sectionally with 152 people aged 65 and over who applied to the diet outpatient clinic of Aydın Adnan Menderes University Hospital between September 2020 and February 2021. There search data were collected using the introductory information form, the Mini Mental State Test, the European Health Literacy Scale (HLS-EU) and the World Health Organization Quality of Life Module for the Elderly (WHOQOL-OLD). Descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov test, Independent Samples t Test, One Way Analysis of Variance (ANOVA), Mann Whitney U, Kruskal Wallis H test, Spearman correlation analysis and Hosmer Lemeshow test were used in the analysis of the data.

Results: In the study, 75.6% of the elderly with HLS-EU general scores of average 25.53±11.18 were found to have Problem/Limited HL. The general quality of life scores of average the elderly were found to be 74.5±12.9. Participants HLS-EU general scores of average were associated with age, education status, and income (p<0.05). The general health literacy scores of average the participants were found to be associated with age, education level, and income status (p<0.05). In addition, a positive statistically significant relationship was found between the quality of life of the European health literacy general score variable.

Conclusion: In this study, it was concluded that the HL levels of the elderly were insufficient and that the quality of life of the elderly in creased as HL levels increased.

Key words: Health Literacy, Quality of Life, Elderly

*Sorumlu Yazar: Fatma KOZAK

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Beslenme ve Diyet Birimi, AYDIN / TÜRKİYE

e-posta: fatmakaradas92@hotmail.com

Geliş tarihi:01.10.2021

Kabul tarihi:16.11.2021

GİRİŞ

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte ilaç endüstrisinin gelişimi, aşılama ile bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, erken tanı ve tedavi sistemlerinin geliştirilmesi, beslenme koşullarının daha iyi hale gelmesi, tıbbın ilerlemesi ile hastalıklar erken dönemde teşhis ve tedavi edilebilmektedir. Bunun sonucunda dünya genelinde yaşlı nüfus oranında artış olduğu belirtilmektedir (Söylemez, 2020). 2019 yılı nüfus tahminlerine göre dünya nüfusunun 7 604 656 633 birey, yaşlı nüfusun ise 703 711 487 kişi olduğu belirtilmektedir. Bu verilere göre dünya nüfusunun %9.3'ünü yaşlı bireyler oluşturmaktadır (TC Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). 2020 yılı verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus 7 953 555 kişidir ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9.5'tir. Yapılan nüfus tahminlerine göre yaşlı nüfusun artışının devam edeceği öngörülmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre 2025 yılında yaşlı nüfus oranının %11.0, 2030 yılında %12.9, 2040 yılında ise %16.3 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2021).

Yaşlı nüfusun artması yaşlılıkta sık görülen fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik sorunlar nedeniyle ülkelerin yaşlılıkla birlikte görülen problemlere ilgisini arttırmaktadır ve yaşlı nüfus halk sağlığı açısından öncelikli bir grup haline gelmektedir (Ekşioğlu Ahad, 2016). Bu bağlamda yaşlıların temel düzey sağlık bilgilerine ulaşabilmeleri, bu bilgileri yerinde kullanabilmeleri ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri önem kazanmaktadır (Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Ülkelerin sağlık politikaları ise yaşlıların bağımsız yaşamalarını ve topluma katılımlarını sağlamayı amaçlamaktadır. Yine artan yaşlı hasta sayısı sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili yaşlı bireylerin bilgi seviyelerini, karşılaştıkları zorlukları ve hastalıkların yönetimini daha önemli kılmaktadır (Ekşioğlu Ahad, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını (SOY) ‘Genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleri’ olarak tanımlamaktadır (WHO, 2013). Yetersiz sağlık okuryazarlığı, daha düşük sağlık davranışları, daha yüksek hastane yatışı, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iletişimde zorluk ve zayıf sağlık durumunun bir yordayıcısıdır (Aryankhesal A. ve ark., 2019). Avrupa Birliği’ne üye 8 farklı ülkede 8000 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen SOY çalışmasında tüm ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir (Sørensen ve ark., 2012). Ülkemizde 23 farklı ilde beş bine yakın kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise bireylerin %64.6’sının yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesinde olduğu belirtilmiştir (Durusu Tanrıöver ve ark.,

2014). ABD’de yapılan bir çalışmada ise 2011 yılında yaklaşık 80 milyon Amerikalı yaşlının düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir (Aryankhesal, 2019).

Sağlık okuryazarlığı hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alıp alamayacaklarını etkileyen önemli faktörlerden biridir (Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Yaşlılık döneminde artan kronik hastalıklar, fiziksel ve bilişsel yeti kaybı, ekonomik ve sosyal anlamda yaşanan gerilemeler gibi nedenler bireylerin SOY düzeylerinin düşük olmasına neden olmaktadır (Nutbeam, 2000). Düşük SOY düzeyleri ile tıbbi talimatların uygulanması, sağlık mesajlarının yorumlanması ve daha kötü sağlık durumunun bağlantılı olduğu ve bu yaşlılarda mortalite riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Berkman, 2011). Yetersiz SOY, daha düşük sağlık davranışları ve daha zayıf sağlık durumunun habercisidir bu nedenle yeterli düzey SOY sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirmede kritik görünmektedir (Mancusa, 2008; Wang ve ark., 2017; González-ChicaD.A ve ark., 2016).

Yaşlanmanın önemli konularından birinin de yaşam kalitesi olduğu belirtilmektedir. Bu terim bireylerin yaşamın farklı alanlarında hissettikleri memnuniyet veya memnuniyetsizlik miktarı olarak da tanımlanmaktadır. DSÖ ise yaşam kalitesini ‘*kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması*’ şeklinde tanımlamaktadır (WHO 2003). Yaşam kalitesi, kişinin ruhsal ve fiziksel halini, inançlarını ve toplum içindeki ilişkilerini içermektedir. Hastalık bilgisi, davranış değişiklikleri ve sağlık durumlarının yönetimine daha aktif katılım bireylerde yaşam kalitesini etkilediği ve yaşlanma ile yaşam kalitesinin gözle görülür biçimde azaldığı bildirilmektedir (Ercan Şahin, 2015).

Yaşam kalitesine bakıldığında ülkemizde yaşayan yaşlı bireylerin batılı ülkelerde yaşayanlardan daha dezavantajlı olabileceği belirtilmektedir (Sözen ve ark., 2020). 22 ülkeyi kapsayan DSÖ yaşam kalitesi anketi (WHOQOL) geliştirme projesi sonuçlarına göre Türk yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer ülkelerdeki yaşlılardan daha düşüktür. Yaşam kalitesi toplam puan açısından bakıldığında ise ülkemizdeki yaşlıların Litvanya dışındaki diğer ülkelerdeki yaşlılardan daha düşük puan aldıkları belirtilmiştir (Saygun ve Eser, 2012).

Ülkemizde yaşlı nüfus ve kronik hastalık olgularındaki artış göz önünde bulundurulduğunda, yaşlılarda yaşam kalitesi ve hastalık yönetiminde SOY önemli bir faktördür (Çimen 2015). 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu ve yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile yaşam kalitelerinin doğru orantılı olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve Tiraki, 2016)(Aryankhesalve ark. 2019) (González-ChicaD.A ve ark.

2016). Düşük SOY' un tıbbi koşullar ve alınan sağlık hizmeti konusunda bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim yoksunluğu, yüksek ölüm oranı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanılması, daha kötü sağlık durumu, hastanede yatışların artması ve sağlık bakım maliyetlerinin artması gibi kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Yılmaz ve Tiryaki, 2016).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi hastaların tedavi hakkında bilgi sahibi olmaları ve sürece dâhil olmalarını, hastaların verilen hizmetleri ve hizmet kalitesini doğru algılamalarını ve olumlu tepki göstermelerini sağlayabilmektedir (Çatı ve ark. 2018). Ayrıca yaşlılarda sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi; koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarabilmekte ve tedavi süreçlerini kısaltarak bireylerin yaşam kalitesini yükseltebilmektedir (Çiftçi, 2019).

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yaşlılarda sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ilişkisini saptamak için yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde yetişkin diyet polikliniğine başvuran yaşlı bireyler ile yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Eylül 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında diyet polikliniğine başvuran, 65 yaş ve üzeri, okuma yazma bilen, Mini Mental Test puanı 24 ve üzeri olan, iletişim kurma engeli olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü bütün bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme "Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes" başlıklı çalışmada incelenen "access" değişkeninin tanımlayıcı istatistikleri referans alınarak güç analizi yapılmış, etki büyüklüğü 0.229, alfa 0.05 ve istatistiksel güç 0.80 olmak üzere 151 kişi olarak bulunmuştur.

Veri toplama araçları

Araştırma kapsamında 'Tanıtıcı Bilgi Formu', 'Mini Mental Durum Testi', 'Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR)' ve 'Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) olmak üzere dört ayrı veri toplama formu kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi formu

Tanıtıcı bilgi formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi değerlendirmesinin sorgulandığı toplam beş sorudan oluşmaktadır.

Mini Mental Durum Testi (MMSE)

Test 11 sorudan oluşmaktadır ve Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 30'dur. 24-30 puan arası normal kabul edilmektedir. 18-23 puan aralığı hafif demans 17 puan ve altı ciddi düzey demans olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik geçerlilik çalışması 2002 yılında Gülgen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gülgen ve ark., 2002).

Avrupa SOY Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR)

Avrupa SOY ölçeği Avrupa SOY projesi dâhilinde farklı ülkelerdeki 9 enstitüden oluşan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir. Her ülkeden 15 yaş ve üzeri yaklaşık 1000 kişi toplamda da 8102 kişilik bir örnekleme anket uygulanmıştır. Anket raporları 2012 yılında yayımlanmıştır. Ankette yer alan sağlık hizmeti alanı, sağlıkla ilgili tıbbi ve klinik bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama, değerlendirme, yorumlama ve bu konularda bilinçli kararlar alıp önerilere uyma kabiliyetini içermektedir. Hastalıklardan korunma alanı sağlık ile ilgili olası risklerle ilgili bilgilere ulaşma, bu alandaki bilgileri anlama, değerlendirme, yorumlama ve bu risk faktörlerine karşı önlem alma konusunda bilinçli kararlar verme kabiliyetini içermektedir. Sağlığı geliştirme alanı ise fiziksel ve sosyal çevrede sağlık belirleyicileriyle ilgili mevcut bilgilerini güncelleme, bu bilgileri yorumlama ve sağlığın belirleyicileri ile ilgili mantıklı kararlar verip ortak faaliyetlere katılma kabiliyetini içermektedir (Deniz, 2018).

ASOY ölçeği Türkçe versiyonu 2016 yılında Abacıgil ve arkadaşları tarafından Türkçe 'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerliliği değerlendirilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeği 47 maddeden meydana gelmektedir. Her madde için çok zor, zor, kolay, çok kolay ve bilmiyorum seçenekleri yer almaktadır. Seçeneklerin puan değerleri sırasıyla 1, 2, 3, 4 'tür. Bu şekilde ölçekten alınabilecek en düşük puan 47 en yüksek puan 188'dir. Hesaplama kolaylığı açısından ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0 ve 50 olarak standardize edilmektedir. Hesaplanan formül yardımıyla dört alt boyut (genel SOY, sağlık hizmeti SOY, hastalıklardan korunma SOY, sağlığın geliştirilmesi SOY) için kesme noktaları belirlenmiştir. SOY düzeyi, puan aralıklarına göre dört seviyede değerlendirilmektedir. 0 puandan 26 puana kadar yetersiz SOY, 26 puandan itibaren 34 puana kadar sorunlu – sınırlı SOY, 34 puandan 43 puana kadar yeterli SOY ve 43 puandan itibaren 50 tam puan mükemmel SOY düzeyini ifade etmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014; Abacıgil ve ark., 2016; Deniz, 2018). Bu araştırmada tüm ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,973 olarak güvenli bulunmuştur

Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)

Ölçek DSÖ tarafından yaşlılarda yaşam kalitesini değerlendirebilmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe

sürümünün güvenilirlik geçerliliği Eser öncülüğünde (2010) yapılmıştır.

WHOQOL-OLD modülü, altı alt boyut içeren 24 sorudan oluşmaktadır. Her birinde eşit soru bulunan bu alanlar “Duyusal İşlevler”, “Özerklik”, “Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık”’tır. Alt boyutlardan en düşük 4 en yüksek 20 puan alınabilmektedir. Ayrıca, her bir tekil puan skorlarının toplamı ile “toplam puan” elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. “Duyusal işlevler” alt boyutunda duyu organlarının işlevleri ve bu işlevlerin azalmasının yaşam kalitesi üzerinde oluşturduğu etkileri değerlendirmektedir. “Özerklik” alt boyutu yaşlılık dönemindeki bağımsızlık anlamına gelmektedir ve kendi kendine yaşama kabiliyetini değerlendirmektedir. “Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri” alt boyutu yaşamdan sağlanan doyum ve gelecekle ilgili düşünceleri göstermektedir. “Sosyal katılım” alt boyutu toplum içerisinde günlük yaşam faaliyetlerinde yer edinmekle ilgilidir. “Ölüm ve ölmek” alt boyutu ise ölüm ve ölmekle ilgili korku ve endişeleri değerlendirmektedir. “Yakınlık” alt boyutu ise bireysel ve özel ilişkiler kurma kabiliyetini içermektedir (Demir, 2013). Araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış genel alfa değeri 0,74 olarak güvenli bulunmuştur.

Verilerin Toplanma Yöntemi

Araştırmanın verileri, sorumlu araştırmacı tarafından diyet polikliniğine, hafta içi beş gün gidilerek yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Örneklem sayısına ulaşıldığında veri toplama işlemi sonlandırılmıştır. Veriler diyet polikliniği veya beslenme ve diyet biriminde toplanmıştır. Bir yaşlıdan veri toplamak ortalama 45 dakika sürmüştür.

Araştırma diyet polikliniğine başvuran ve dâhil edilme kriterlerine uyan yaşlılara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra tamamen gönüllülük esası ile doldurulmuştur. Sorular araştırmacı tarafından okunup katılımcılar tarafından cevaplanmıştır. Araştırmanın veri toplama kısmında 21 kişi araştırmaya katılmaktan vazgeçmiştir. Bu kişilerin verileri hiçbir şekilde araştırmada kullanılmamıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Bağımsız gruplar normal dağılan değişkenler bakımından bağımsız örneklem t testi ya da tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile normal dağılmayan değişkenler bakımından ise Mann Whitney U ya da Kruskal Wallis H testi ile karşılaştırılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma, normal

dağılmayan nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise medyan (25-75. persantil) şeklinde gösterilmiştir. Nitel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler frekans n(%) olarak ifade edilmiştir. p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verileri, 26.02.2020 tarihli ve 2019/068 protokol numaralı etik kurul ve hastane yönetiminden gerekli izinler alındıktan sonra katılımcılardan ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ imzalatılarak toplanmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan yaşlıların %52,6’sı erkek, %47,4’ü kadındır. Araştırmaya katılanların %69,7’si 65-74 yaş aralığında %30,3’ünü 75-89 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 71,5 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların 105’inin (%69,1) evli olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %17,8’inin okuryazar, %54,6’sının ilköğretim, %8,6’sının ortaokul, %10,5’inin lise, %8,5’unun ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur. ASOY ölçeğinden alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar sırasıyla 0 ve 50’dir. Yaşlıların ortalama ASOY genel puanı 25.53±11.18’tir (Tablo 1). Bu puan araştırmaya katılan yaşlıların SOY düzeylerinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

İndeksler	$\bar{x}\pm SS$	%95 Güven Aralığı	
Genel SOY	25,53±11,18	23,74	27,32
Sağlık Hizmeti SOY	30,41±10,97	28,65	32,17
Hastalıklardan Korunma SOY	23,03±13,49	20,87	25,19
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	22,99±11,09	21,22	24,77
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY	20,14±13,39	17,99	22,28
Sağlık Bilgisini Anlama SOY	33,18±11,15	31,39	34,97
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY	17,02±11,05	15,17	18,86
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	29,83±10,60	28,13	31,53

$\bar{x}\pm SS$: Ortalama±standart sapma

Tablo 2’de yer alan SOY alt boyutları incelendiğinde bireyler sağlık hizmeti SOY alt boyutunda sınırlı sağlık okuryazarı, hastalıklardan korunma SOY ve sağlığın geliştirilmesi SOY alt boyutlarında yetersiz sağlık okuryazarıdır. Diğer alt boyutlara bakıldığında yaşlılar sağlık bilgisini anlama SOY ve sağlık bilgisini uygulama SOY alt boyutlarında sınırlı sağlık okuryazarı sağlık bilgisini değerlendirme SOY ve sağlık bilgisini uygulama SOY alt boyutlarında yetersiz sağlık okuryazarıdır.

Araştırmaya katılan yaşlıların genel yaşam kalitesi ortalama puanı 75.53±9.13’tür. WHOQOL-OLD ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde en yüksek puan (16.35±2.54) yakınlık alt boyunda, en düşük puan (7.37±3.35) ise ölüm ve ölmek alt boyutundadır (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşlıların Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Ortalama Puanları

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	$\bar{x}\pm SS$	%95 Güven Aralığı	
Genel Yaşam Kalitesi	75,53±9,13	74,06	76,99
Duyusal İşlevler	8,67±2,23	8,31	9,03
Özerklik	15,53±2,63	15,10	15,95
Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri	14,77±2,87	14,31	15,23
Sosyal katılım	12,84±3,74	12,24	13,44
Ölüm ve ölmek	7,37±3,35	6,83	7,90
Yakınlık	16,35±2,54	15,94	16,75

$\bar{x}\pm SS$: Ortalama±standart sapma

Tablo 3'de yaşlıların kişisel özelliklerine göre ASOY genel puan ortalamaları ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Katılımcıların cinsiyet ve medeni durumlarına göre ASOY genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların daha ileri yaşta olanlarının ASOY genel puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir. Farklı eğitim düzeyinde olan yaşlıların ASOY genel puan ortalamaları istatistiksel olarak birbirinden farklıdır ($p>0.05$). Gelir durumunu iyi olarak ifade eden yaşlıların ASOY genel puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyet ve yaş özellikleri ile genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Evli olan yaşlıların genel yaşam kalitesi puanları evli olmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim düzeyine göre genel yaşam kalitesi puan ortalamaları birbirinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklıdır ($p<0.05$). Araştırmaya katılan yaşlıların gelir durumunu iyi olarak ifade edenlerin genel yaşam kalitesi puan ortalamaları kötü ve orta olarak ifade edenlerinkinden anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 3. Yaşlıların Kişisel Özelliklerine Göre ASOY Genel Puan ve Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	ASOY Genel				Genel Yaşam Kalitesi			
	n	%	($\bar{x}\pm SS$)	Test değeri/p	n	%	($\bar{x}\pm SS$)	Test değeri/p
Cinsiyet								
Kadın	72	47,4	25,49±11,90	$t=0,049/0,961$	72	47,4	76,06±10,56	$t=-0,666/0,507$
Erkek	80	52,6	25,58±10,57		80	52,6	75,05±7,64	
Yaş								
65-74	106	69,7	26,94±10,83	$t=2,389/0,018$	106	69,7	76,41±8,81	$t=1,817/0,071$
75-89	46	30,3	22,29±11,42		46	30,3	73,50±9,62	
Medeni Durum								
Evli	105	69,1	25,89±10,82	$t=0,585/0,560$	105	69,1	77 (71-82)	$t=-2,278/0,023$
Evli Olmayan	47	30,9	24,74±12,03		47	30,9	75 (67-78)	
Eğitim Durumu								
Okuryazar	27	17,8	17,68±9,18	$F=17,547/0,001$	27	17,8	69,74±9,58	$F=5,166/0,001$
İlkokul	83	54,6	23,85±9,42		83	54,6	75,52±8,03	
Ortaokul	13	8,6	25,78±9,49		13	8,6	78±8,16	
Lise	16	10,5	37,23±6,89		16	10,5	80,75±7,75	
Üniversite ve Üzeri	13	8,5	37,97±11,25		13	8,5	11 (8-12,5)	
Gelir Durumu								
Kötü	35	23	21,06±10,38	$F=18,470/0,001$	35	23	71 (66-81)	$F=9,460/0,009$
Orta	82	54	23,65±9,57		82	54	76 (71,75-79,25)	
İyi	35	23	34,42±10,92		35	23	80 (73-87)	

$\bar{x}\pm SS$: Ortalama±standart sapma

ASOY genel ve alt boyutları ile yaşam kalitesi alt boyutlarından olan özerklik, sosyal katılım ve yakınlık arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). ASOY genel ve alt boyutları ile geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). ASOY genel ve alt boyutları ile ölüm ve ölmek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). SOY indekslerinden sağlık bilgisine ulaşma SOY dışındaki alt boyutlar ve ASOY genel ile duyuşal işlevler arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken ($p<0.05$), sağlık bilgisine ulaşma SOY ile duyuşal işlevler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). Genel yaşam kalitesi ile SOY indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Yaşlıların ASOY Genel ve Alt Boyutları ile Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

SOY İNDEKSLERİ	YAŞAM KALİTESİ ALT BOYUTLARI						
	Genel Yaşam Kalitesi	Duyusal İşlevler	Özerklik	Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri	Sosyal katılım	Ölüm ve ölmek	Yakınlık
Genel SOY	$r=0,548$ $p<0,001$	$r=0,207$ $p=0,010$	$r=0,449$ $p<0,001$	$r=0,570$ $p<0,001$	$r=0,462$ $p<0,001$	$r=0,025$ $p=0,756$	$r=0,371$ $p<0,001$
Sağlık Hizmeti SOY	$r=0,543$ $p<0,001$	$r=0,174$ $p=0,032$	$r=0,450$ $p<0,001$	$r=0,565$ $p<0,001$	$r=0,462$ $p<0,001$	$r=0,034$ $p=0,676$	$r=0,365$ $p<0,001$
Hastalıklardan Korunma SOY	$r=0,500$ $p<0,001$	$r=0,199$ $p=0,014$	$r=0,378$ $p<0,001$	$r=0,525$ $p<0,001$	$r=0,458$ $p<0,001$	$r=0,037$ $p=0,650$	$r=0,326$ $p<0,001$
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	$r=0,502$ $p<0,001$	$r=0,211$ $p=0,009$	$r=0,446$ $p<0,001$	$r=0,522$ $p<0,001$	$r=0,370$ $p<0,001$	$r=0,070$ $p=0,390$	$r=0,350$ $p<0,001$
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY	$r=0,559$ $p<0,001$	$r=0,142$ $p=0,082$	$r=0,436$ $p<0,001$	$r=0,594$ $p<0,001$	$r=0,447$ $p<0,001$	$r=0,086$ $p=0,293$	$r=0,340$ $p<0,001$
Sağlık Bilgisini Anlama SOY	$r=0,500$ $p<0,001$	$r=0,232$ $p=0,004$	$r=0,430$ $p<0,001$	$r=0,507$ $p<0,001$	$r=0,434$ $p<0,001$	$r=0,002$ $p=0,980$	$r=0,323$ $p<0,001$
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY	$r=0,479$ $p<0,001$	$r=0,221$ $p=0,006$	$r=0,352$ $p<0,001$	$r=0,535$ $p<0,001$	$r=0,469$ $p<0,001$	$r=0,056$ $p=0,492$	$r=0,361$ $p<0,001$
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	$r=0,498$ $p<0,001$	$r=0,197$ $p=0,015$	$r=0,441$ $p<0,001$	$r=0,510$ $p<0,001$	$r=0,378$ $p<0,001$	$r=0,070$ $p=0,393$	$r=0,367$ $p<0,001$

TARTIŞMA

Araştırma yaşlılarda SOY ile yaşam kalitesi ilişkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan yaşlıların ASOY genel puan ortalamalarının 25.53±11.18 olduğu saptanmıştır. Bozkurt (2017)'un yaptığı araştırmada yaşlıların ASOY genel puanı 27.09 iken Yılmaz Kartal'ın (2019) araştırmada 28.7±7.09 olarak bulunmuştur. Ülkemizde ve Avrupa'da daha genç katılımcılar ile yapılan araştırmalarda bireylerin ASOY genel puanları daha yüksektir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014). Dünya genelinde bütün yaş gruplarında SOY puanlarının istenilenin altında olduğu bu doğrultuda global olarak SOY farkındalık oluşturacak çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir. Araştırmaya katılan yaşlıların sağlık hizmeti alanında SOY

düzeylerinin nispeten daha iyi düzeyde oldukları, hastalıklardan korunma (%57.9) ve sağlığın geliştirilmesi (%60.5) alanlarında daha yetersiz sağlık okuryazarı oldukları saptanmıştır. Sağlık bilgisine ulaşma (% 67.5) ve sağlık bilgisini değerlendirme (%72.4) alanlarında ise sağlık bilgisini anlama (%25.7) ve uygulama (%40.8) alanlarına göre daha düşük SOY düzeyindedirler. Bozkurt'un yaşlılar ile yaptığı araştırmada da bu araştırmaya paralel olarak katılımcılar sağlık hizmeti alanında, sağlığın geliştirilmesi alanına göre daha iyi düzeyde sağlık okuryazarıdır (Bozkurt, 2017). Ünver (2020)'in Tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı araştırmada da bireylerin sağlık hizmeti alanında daha iyi düzeyde sağlık okuryazarı oldukları belirtilmiştir. Bu durumun mevcut sağlık sisteminin tedavi amaçlı hizmetleri daha fazla desteklemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yaşlılar ile yapılan araştırmalarda bu araştırma ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları 75.53±9.13 olarak saptanmıştır. Çıbık (2016) tarafından yaşlılarla yapılan bir araştırmada ise genel yaşam kalitesi ortalama puanı 74.5±12.9 olarak belirtilmiştir. Çıbık'ın araştırmasında en yüksek puan ortalaması yakınlık (15.8±2.8) alt boyutunda, en düşük ise ölüm ve ölmek (7.9±3.3) alt boyutundadır. Doğan'ın kronik hastalığı olmayan bireylerle yaptığı araştırmada bireylerin yaşam kalitesi ortalama puanı 71.73±18.65'tir ve bu araştırmada farklı olarak bireyler ölüm ve ölmek alt boyutu en yüksek, sosyal katılım alt boyutu en düşük puan olduğu belirtilmiştir, bu farklılıkların kronik hastalığının olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Doğan, 2018). İran'da yapılan bir araştırmada bireylerin genel yaşam kalitesi puanı 77.72±10.44 olarak belirtilmiş ve bu araştırmaya benzer olarak bireyler ölüm ve ölmek (10.89±4.10) alt boyutunda en düşük puan alırken en yüksek puan duyuşal işlevler (13.98±3.16) alt boyutundadır (Rezaeipandari, 2020). Çin'de yapılan bir araştırmada ise yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalaması 73.01±11.99'tir (Zhang ve ark., 2018). Eser ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ise genel yaşam kalitesi puan ortalaması 56.02'dir. Katılımcıların en yüksek ve en düşük puan aldıkları alt boyutlar ise bu araştırma ile benzerdir (Eser ve ark. 2010). İslami bakış açısıyla ölümün, korku ve endişeye sebep olacak bir durum olmadığı düşünülmektedir. Ölüm ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkuları ifade eden ölüm ve ölmek alt boyut puanlarının bu araştırmada bu durumla ilişkili olarak düşük çıktığı düşünülmektedir. Bu araştırmada ve ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda kişilerin bireysel ve özel ilişkiler kurabilme kabiliyetini ifade eden yakınlık alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Bu durumun ülkemizin kültürel özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada erkek ve kadınların genel ASOY ve alt alan puanlarının yetersiz düzeyde olduğu ve ASOY genel ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın

olmadığı bulunmuştur. Bozkurt'un yaşlılarla yaptığı araştırmada kadınların SOY düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirtilmektedir (Bozkurt, 2017). Genç katılımcılarla yapılan bazı araştırmalarda da bu araştırma ile benzer olarak cinsiyet ve SOY arasında anlamlı bir fark olmadığı (Abacıgil ve ark., 2016; Hazer ve Ateşoğlu, 2019) bazı araştırmalarda ise kadınların daha düşük SOY düzeyinde olduğu bulunmuştur (HLS-EU Consortium, 2012; Durusu Tanrıöver ve ark., 2014). Bu durumun araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin eğitim düzeylerinin eşit olabileceğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaş gruplarına göre SOY düzeylerine bakıldığında 65-74 yaş grubu bireylerin SOY düzeyleri 75-89 yaş grubu bireylerden anlamlı olarak daha yüksektir (p<0.05). 65-74 yaş grubu bireyler sınırdaki sağlık okuryazarıken, 75-89 yaş grubu bireyler yetersiz sağlık okuryazarıdır. Ülkemizde yapılan farklı araştırmalarda da daha ileri yaştaki bireylerin SOY puan ortalamaları daha düşüktür (Abacıgil ve ark.,2016; Durusu Tanrıöver ve ark., 2014). Vogt ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında ise 76 yaş ve üzerindeki bireylerin daha genç bireylere göre SOY seviyeleri daha düşüktür. Bu doğrultuda yapılan araştırmalar bu araştırma ile benzerlik göstermektedir (Hazer ve Ateşoğlu, 2019; Ha Nguyen, 2013; Baker, 2006; HLS-EU Consortium, 2012; IOM, 2004). Bu durumun yaşlıların daha düşük eğitim seviyesinde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada evli olan grubun ASOY genel puan ortalaması daha yüksek olmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Çimen'in (2015) ve Hazer ve Ateşoğlu'nun (2019) yaşlı bireylerle yaptığı araştırmalarda ve Yılmaz Kartal'ın (2019) yaptığı araştırmada evli olanların SOY puanları daha yüksektir. Evli bireylerin SOY düzeylerinin daha yüksek olması eşlerin birbirlerine verdikleri sosyal destek ve sağlık bilgisi paylaşımından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Farklı eğitim düzeyindeki yaşlıların ASOY genel puanları istatistiksel açıdan birbirinden farklı bulunmuştur (p<0.05). Okuryazar, ilkökul ve ortaokul mezunu olan yaşlıların ASOY genel puan ortalamalarının yetersiz düzeyde olduğu, lise ve üniversite mezunu olanların ise yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. Farklı yaş gruplarında yapılan araştırmalarda da eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların SOY puanlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014; Abacıgil ve ark., 2016; Öztaş, 2018; Çimen, 2015; Bozkurt, 2017; HLS-EU Consortium, 2012; Baker, 2006; Ha Nguyen ve ark., 2013; IOM, 2004; Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Eğitim düzeylerinin artmasıyla bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşabildiği, anlayabildiği ve bu bilgileri daha kolay değerlendirebildiği ve bu nedenle daha yüksek eğitim düzeyinin SOY düzeyini arttırdığı düşünülmektedir (Güven, 2016).

Araştırma verilerine göre gelir durumunu 'iyi' olarak ifade eden yaşlıların ASOY genel puan ortalamaları yeterli, gelir durumunu 'kötü' ve 'orta' olarak ifade edenlerin yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır. Gelir durumunu 'iyi' olarak ifade eden yaşlıların SOY puanları 'orta' ve 'kötü' olarak ifade edenlerinkinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Durusu Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) yetişkinlerle yaptığı bir araştırmada da benzer olarak sosyoekonomik düzey düştükçe SOY düzeyinin de düştüğü belirtilmektedir. Üçpunar (2014)'ın yaptığı araştırmada ise ekonomik durumunu 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin SOY düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Farklı ölçekler kullanılarak farklı yaş gruplarında yapılan birçok araştırmada da gelir durumunu iyi olarak değerlendiren, ekonomik düzeyi daha iyi olan bireylerin SOY puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (HLS-EU Consortium, 2012; Baker, 2006; Özdemir ve ark., 2010; Çimen, 2015; Schaffler ve ark. 2018; IOM, 2004). Sağlık okuryazarlığı yaşanan sosyal ortama bağlı edinilebilen bir kabiliyet olabildiği için yaşlıların sosyoekonomik düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde etkili olduğu sonucu çıkarılabileceği düşünülmektedir.

Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalama ve dağılımları incelendiğinde; yaşlılarda yaş ile genel yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulu (2018) tarafından yapılan bir araştırmada da bu araştırma ile benzer olarak yaş ile genel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu araştırmada genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ileri yaşta daha düşük olmasına rağmen katılımcı sayısından kaynaklı olarak ilişkinin anlamlı çıkmadığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadın ve erkeklerin genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. Eser (2010) ve arkadaşları Çıbık (2016) ve Arslantaş (2006) tarafından yapılan araştırmalarda da erkeklerin genel yaşam kalitesi puanları kadınlardan daha yüksektir. Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farkın olmadığını bildiren araştırmalar da mevcuttur (Bulu, 2018; Altay ve ark., 2016; Tavşanlı 2013). Erkek ve kadın cinsiyetine özel toplumsal rollerin, erkek ve kadınla ilgili fiziksel ve ruhsal farklılıkların bu durumun oluşmasında etkili olabileceği düşünülmektedir ve cinsiyet faktörünün yaşam kalitesine etkisiyle ilgili daha ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir (Tavşanlı, 2013).

Araştırmaya katılan yaşlıların evli olanların genel yaşam kalitesi puanları evli olmayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Bu konuda yapılan diğer bazı araştırmalarda evli olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek iken (Aydın ve Karaoğlu 2012; Özyurt, 2007; Arpacı ve ark. 2015) bazı araştırmalarda da medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir (Bulu, 2018; Söylemez, 2020; Çıbık, 2016). Evlilerin yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olması, yaşlıların duygusal ve sosyal

olarak kendilerine yakın olan birileriyle olmaları ve birbirlerine yardımcı olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Altay ve ark., 2016).

Bu araştırmada farklı eğitim düzeyindeki yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları birbirinden anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur. En düşük genel yaşam kalitesi puanları sadece okuryazar olanlarda, en yüksek ise üniversite ve üstü eğitim alan yaşlılarda bulunmuştur. Söylemez (2020)' in yaptığı bir araştırmada ilkökul ve üstü eğitim düzeyindekilerin genel yaşam kalitesi puanlarının okuryazar olmayanlar ile ilkökul mezunlarından anlamlı olarak yüksek çıktığı bildirilmiştir. Yapılan farklı araştırmalarda da eğitim seviyesi yüksek olanların yaşam kalitesi puanlarının da yüksek olduğu belirtilmiştir (Arpacı ve ark., 2015; Campos ve ark., 2014; Yağcıoğlu, 2013; Lucas-CarrascoveRomano, 2010). Eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla bireylerin daha yüksek gelire sahip olması, daha nitelikli işlerde çalışması, daha iyi sosyal ağ ve ilişkiye sahip olması ve bunlarla bağlantılı olarak da yaşam kalitelerinin daha yüksek olması beklenmektedir (Tavşanlı, 2013; Aydın Boylu ve Terzioğlu, 2007).

Araştırmaya katılan yaşlılardan gelir durumunu 'iyi' olarak ifade edenlerin genel yaşam kalitesi, 'kötü' ve 'orta' olarak ifade edenlerden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı araştırmalarda gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı (Paskulın ve ark., 2007; Knesebeck ve ark., 2007; Erkal ve ark. 2011; Bilgili ve Arpacı, 2014; Batkın ve Sümer, 2010) bazı araştırmalarda da gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişkinin bulunmadığı belirtilmiştir (Çıbık, 2016). Ekonomik şartların en hatırı sayılır belirleyicisi olan gelir durumunun; yaşlıların sağlıkları, yaşamdaki başarı ve doyumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde önemli göstergelerden biri olduğu belirtilmektedir (Aydın Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Bu araştırmada ASOY genel puanları ile genel yaşam kalitesi puanları ve özerklik, sosyal katılım ve yakınlık puanları arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. ASOY genel ve sağlık bilgisine ulaşma dışındaki alt boyutlar ile duyuşal işlevler arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken, sağlık bilgisine ulaşma ile duyuşal işlevler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Genel yaşam kalitesi ile SOY alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. İran'da yaşlılarla yapılan, SOY ve yaşam kalitesinin incelendiği bir araştırmada genel SOY ve genel yaşam kalitesi arasında negatif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir. Aynı araştırmada yaşam kalitesi ile SOY alt boyutlarından olan sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme, sağlık bilgisini (karar verme) uygulama arasında negatif yönde

anlamli bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Aryankhesal ve ark. 2019). Ülkemizde ASOY ölçeği kullanılarak kronik hastalığı olan yetişkin bireylerle yapılan başka bir araştırmada da katılımcıların yaşam kalitesi algısı ile ASOY puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirtilmektedir (Yılmaz Kartal, 2019). Diyabetli olan ve olmayan bireylerde SOY ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada ise SOY ile yaşam kalitesi arasında zayıf, istatistiksel açıdan anlamli pozitif bir ilişki vardır (Shayan, 2018). 2008 yılında yapılan bir araştırmada düşük SOY düzeyleri düşük yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkilidir (Wallace ve ark., 2008). Başka bir araştırmada ise daha yüksek düzey sağlık okuryazarı olan hastalar daha iyi yaşam kalitesi puanlarına sahiptir (Wang ve ark., 2017). İskemik kalp hastalığı olan bireylerde SOY ile yaşam kalitesinin incelendiği bir araştırmada ise düşük SOY olan hastaların yaşam kaliteleri düşüktür (González-ChicaD.A, ve ark., 2016). SOY ve yaşam kalitesiyle ilgili farklı popülasyonlarda yapılan bazı araştırmalarda SOY ve yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki varken (Lee ve ark. 2016; Naimi ve ark. 2017; Shi ve ark. 2017), bazı araştırmalarda ilişki saptanmamıştır (Montbleau ve ark., 2017; Yehle ve ark. 2016). Düşük SOY seviyesinin kötü hastalık yönetimiyle ve bununla bağlantılı olarak daha kötü genel sağlık durumu ve daha düşük yaşam kalitesiyle ilgili olduğu düşünölmektedir.

SONUÇ

Araştırmaya katılan yaşlıların çoğunun 65-74 yaş aralığında, erkek, evli, ilkokul mezunu, gelir düzeyi orta seviyede olan bireyler olduğu belirlenmiş ve yaşlılarda ASOY genel puan ortalaması ve genel yaşam kalitesi puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişkili olduğu saptanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda yaşlıların tedaviye uyumunu arttırmak için sağlık çalışanlarının yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeylerini göz önünde bulundurmaları önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde ve belirli bir zaman diliminde yapılması sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca yaşlılardan beslenme eğitimi sonrasında ve hastane ortamında veri toplanmasının da araştırmayı sınırlandırdığı düşünölmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. (2016). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması. Okyay P, Abacıgil F, editörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1025. s.21-41
2. Altay B. , Çavuşoğlu F., Çal A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 15(3) DOI: 10.5455/pmb.1-1438765038
3. Arpacı F, Tokyürek ř, Bilgili N. (2015). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015, 1: 1-11.

4. Arpacı F. (2005). *Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık*. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları ;33-40.
5. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi. Tıp Dergisi*, 28 (2):81-89
6. Aryankhesal A, Niknam N, Hasani M, Mengelizadeh N, Aghaei N, Ghaedchukamei Z, Ranaei A, Kalteh EA, Naghdi B. (2019). Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes. *J Educ Health Promot.* 29;8:225. doi: 10.4103/jehp.jehp_310_19. PMID: 31867389; PMCID: PMC6904942.
7. Aydın S, Karaoğlan L. (2012). Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(4): 24-33.
8. Aydın Boylu, A, Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15),137-150. DOI: 10.20990/kilisibfakademik.266011
9. Aydın Boyu A., Terzioğlu Günsel R., (2007) *Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı objektif ve subjektif göstergelerin incelenmesi*. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel müdürlüğü yayınları: Bilim serisi 130.sayı/T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Genel Yayın, Türkiye
10. Baker, D.W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21; 878-883
11. Batkın D., Sümer H. (2010). Evde ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*.20(2), 31- 39.
12. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, (et al.) (2011) Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report/ Technology Assessment*; No:199. AHRQ publication number 11-E006.
13. Bilgili, N., Arpacı, F. (2014). Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of gerontology and geriatrics*. 59(2), 415-421.
14. Bozkurt H. (2017). *Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bilişsel Bozukluğu Olmayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa.
15. Bulu Y. G. (2018). *Geriyatrik Bireylerde Ambulasyon Seviyesinin Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Mental Durumları ile İlişkisinin İncelenmesi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep.
16. Campos A. C. V., Ferreira, E. F., Vargas A. M. D., Albala C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*, 12(1),1.

17. Consortium Health Literacy Project European(HLS-EU) (2012),Healthliteracy and Public Health: A Systematic Reviewand Integration of Definitionsand Models. *BMC Public Health*;25;12: 80.
18. Çatı K., Karagöz Y., Yalman F., Öcel Y. (2018). Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67- 88.
19. Çıbık B. (2016). *Yaşlılarda Polifarmasi Yaygınlığı, İlaç Etkileşimi, İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesi*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Çanakkale.
20. Çiftçi F. R. (2019) .65 yaş üstü kadınlarda tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri kullanma durumları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri. Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Yozgat.
21. Çimen, Z. (2015). *Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi İzmir
22. Demir, G., Ünsal, A., Arslan, GG., Çoban, A. (2013). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Yaygınlığının Karşılaştırılması. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*; 2(1)
23. Deniz S. (2018). *Malatya ili Akçadağ ilçesinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi
24. Doğan S.,(2018). *Kronik Hastalığı Olmayan Yaşlı Bireylerde Manevi Bakım, Yaşam Kalitesi ve Aradaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kars
25. Durusu Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. (2014) ‘*Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*.’ 1st ed. Ankara: Sağlık-Sen; 96 p.
26. Ekşioğlu Ahad, Y. (2016). Yaşlıların yaşlılık algısının yaşam kalitesi ve depresyonla ilişkisi / Relationship of life quality and depression with perception of age (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
27. Ercan Şahin N. (2015). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara.
28. Erkal, S.,Şahin, H. , Sürgit, E. B. (2011). Huzurevindeki yaşlıların yaşam kalitesi ile demografik ve kazaya ilişkin özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, , 14(1), 45-53.
29. Eser S.,Saatlı G., Eser E., Baydur H., Fidaner C., (2010). İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 21(1): 37-48
30. González-ChicaD.A, Mnisi Z.,Avery J., Duszynski K., Doust J., Tideman P., Murphy A., Burgess J, Beilby J, Stocks N. (2016). Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian *General Practice*. DOI:10.1371/journal.pone.0151079
31. Gülgen C., Ertan T., Eker E., Yaşar R., Engin F. (2002) Standardize Mini Mental Test’in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4):273-281*
32. Güven A. (2016) *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Ankara
33. Ha Nguyen T.,Kirk J., Arcury T., Ip E., Grzywacz J. G., Saldana S. J., Bell R. A. (2013). Cognitivefunction is a risk for health literacy in older adult swith diabetes’ *Diabetes Research and Clinical Practice*, 145-147
34. Hazer O, Ateşoğlu L. (2019). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği. Akdemir N, editör. *Geriatric ve Gerontolojiye Disiplinlerarası Yaklaşım*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.48- 56.
35. IOM, (2004). Healthliteracy: a prescription to end confusion. Washington DC: *Nationa lAcademies Press*
36. Knesebeck Von Dem, O.,Wahrendorf, M., Hyde, M., Siegrist, J. (2007). Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. *Ageing and Society*. 27: 269-284.
37. Lee EH, Lee YW, Moon SH. (2016). A structuralequation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian Nurs Res.*;10(1):82-7.
38. Lucas-Carrasco Ramona (2010). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish oldera dults. *Aging&MentalHealth*, 15:5, 595-604, DOI: 10.1080/13607863.548054
39. Mancusa MJ. Health Literacy: A Concept / Dimensional Analysis. *Nursing and Health Sciences* 2008;10: 248-255.
40. Montbleau KE, King D, Henault L, Magnani JW. (2017). Health literacy, health-related quality of life, and atrial fibrillation. *Cogent Med*. 2017;4:1412121.
41. Naimi AJ, Naderiravesh N, Bayat ZS, Shakeri N, Matbouei M. (2017) *Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran*, Iran, 2015-2016. *Electron Physician*. ;9(11):5712-20.
42. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a publicgoal: a challenge for contemporary health education and communication strate giesinto the 21st century. *Health Promot Int*, 15(3):259-267
43. Ölmez, E.,H.,Barkan, O., B. (2015). Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkinin Değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, IV, 8: 121-127.

44. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* 1;25(3):464–77
45. Öztaş Ö. (2018). *Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi*. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Denizli
46. Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. (2007). Manisa Muradiye Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*;10(3):117- 123.
47. Paskulin, L. M. G., Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research.* 29: 10-26.
48. Rezaeipandari H., Morowatisharifabad M. A., Mohammadpoorasl A., Shaghghi A. (2020). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the World Health Organization quality of life-old module (WHOQOL-OLD) for Persian-speaking populations' *Health Qual Life Outcomes.* 18: 67. *Health Qual Life Outcomes.*; 18: 67. Published online Mar 11. doi: [10.1186/s12955-020-01316-0](https://doi.org/10.1186/s12955-020-01316-0)
49. Saygun M, Eser E. (2012). Yaşlılık Döneminde algılanan sağlık ve yaşamın niteliği; neredeyiz? “Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler” içinde. (Eds) Aslan D, Ertem M. Ankara, *HASUDER Publishing*, ISMN:978-975-97836-1-7.
50. Schaffler J, Leung K, Tremblay S, Merdsoy L, Belzile E, Lambrou A, Lambert SD. (2018). The Effectiveness of Self Management Interventions for Individuals with 73 Low Health Literacy and/or Low Income. A Descriptive Systematic Review *J Gen Intern Med*-33(4):510-523. doi: [10.1007/s11606-017-4265-x](https://doi.org/10.1007/s11606-017-4265-x).
51. Shayan N. A. (2018). *Diyabetli Olan ve Olmayan Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, ANKARA
52. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R. (2017). Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Intern Emerg Med.* 12(6):765–76.
53. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*;25;12: 80.
54. Söylemez F. (2020). *Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Yaşam Kalitesi, Depresyon Sıklığı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve İlişkili Faktörler* * İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Malatya
55. Sözen F., Çolak MY., Ersoy K. (2020) Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi örneği. *JourTurkFamPhy*; 11 (4): 191-199. Doi: [10.15511/tjftp.20.00491](https://doi.org/10.15511/tjftp.20.00491).
56. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020). *Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi*. Erişim:09.02.2021 <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>
57. Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*, 25: 93-100.
58. TÜİK (2021). *Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar*. Sayı: 37227. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-2020-37227>
59. Üçpınar E. (2014). *Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara
60. Ünver S. (2020) *Aile sağlığı merkezine kayıtlı tip 2 diyabetes mellitus hastalarının diyabet ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi*, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi , Afyon
61. Vogt D., Schaeffer D., Messer M., Berens M., Hurrelmann K. (2018). Health literacy in old age: result of a German cross-sectional study. *Health Promotion International*; 33:739–747 doi: [10.1093/heapromot/dax013](https://doi.org/10.1093/heapromot/dax013)
62. Wallace LS, Rogers ES, Weiss BD. (2008) Relationship between health literacy and health-related quality of life among Tennesseans. *Tenn Med.* 101(5):35–9.
63. Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L. (2017). The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *Int J Equity Health.* ;16(1):58.
64. WHO (2013) *Regional Office for Europe. Health literacy: The solid facts*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. Erişim :08.06.2021
65. WHO (World Health Organization). (2003) *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> Erişim: 24.01.2021
66. Yağcıoğlu, R. (2013). *Huzurevinde kalan 65 yaş ve üstü yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
67. Yehle KS., Plake KS., Nguyen P., Smith D. (2016). Health-related quality of life in heart failure patients with varying levels of health literacy receiving telemedicine and standardized education. *Home Healthc Now.* ;34(5):267–72.
68. Yılmaz Kartal İ. B. (2019). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu ile İlişkisi*. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum,

-
69. Yılmaz M., Tiraki Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?' *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*9(4), 142-147.
70. Zhang X., Xia R., Wang S., Xue W., Yang J., Sun S., Zhuang G. (2018). Relative Contributions of Different Lifestyle Factors to Health-Related Quality of Life in the Elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Feb 3;15(2):256. doi: 10.3390/ijerph1502



Orijinal Araştırma

Prostat Cerrahisi Geçiren Hastalarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Urinary Incontinence and Quality of Life in Patients Undergoing Prostate Surgery

Dilek ÇEÇEN ÇAMLI ^a, Emel YILMAZ ^b, Talha MÜEZZİNOĞLU ^c, Havva KARA ^{*d}, Arzu ASLAN BASLI ^e, Senan MUTLU ^d, Hülya KIZIL TOĞAÇ ^d, Oğuzcan ERBATU ^f

^a Dr. Öğr. Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Yunusemre, MANİSA, TÜRKİYE

^b Prof. Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Yunusemre, MANİSA, TÜRKİYE

^c Prof. Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Yunusemre, MANİSA, TÜRKİYE

^d Arş. Gör. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Yunusemre, MANİSA, TÜRKİYE

^e Arş. Gör. Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Yunusemre, MANİSA, TÜRKİYE

^f Asis. Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Yunusemre, MANİSA, TÜRKİYE

ÖZET

Giriş: Araştırma prostat cerrahisi geçiren hastalarda üriner inkontinans görülme sıklığını ve hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmaya, Türkiye'nin batı bölgesindeki bir üniversite hastanesinde, en az üç ay önce prostat cerrahisi geçiren ve ameliyat öncesi inkontinans şikayeti olmayan 100 hasta alındı. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis, Mann Whitney U testleri ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların %54'ü 68 yaş üzeri (yaş ortalaması: 68.15±8.83), %70'i evli, %98'i emekli ve %38'i üriner inkontinans olmadığını ifade etti. Hastaların SF-36 yaşam kalitesi alt boyut ölçek puanları genel olarak düşük; en düşük emosyonel rol gücülüğü (40.33±48.38) ve genel sağlık (40.89±18.27) olduğu saptandı. ICIQ-SF ölçeğinden aldığı puan ortalaması 6.60±6.19 olarak saptandı. Hastaların yaş ve eğitim durumu ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları ve ICIQ-SF puan ortalaması arasında anlamlı fark saptandı (p<0.05).

Sonuç: Araştırmada, prostat cerrahisi uygulanan hastalarda, yaş arttıkça inkontinans sıklığının arttığı, inkontinans arttıkça da yaşam kalitesinin azaldığı saptandı.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, Hemşirelik, İnkontinans, Prostatektomi, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

Background: The study was conducted to determine the incidence of urinary incontinence and quality of life in patients undergoing prostate surgery.

Methods: In this descriptive and cross-sectional study included 100 patients who had undergone prostate surgery at least three months ago and had no preoperative incontinence complaints in a university hospital in the western part of Turkey. Data; was collected by face to face interview method using SF-36 Quality of Life Scale, Personal Information Form and International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF). In evaluating data; descriptive statistics, Kruskal Wallis, Mann Whitney U tests, Spearman correlation analysis were used.

Results: Patients included in the study 54% over 68 years of age, 70% married, 98% retired and 38% of did not have urinary incontinence. The SF-36 quality of life subscale scores of patients were generally low; the lowest emotional role difficulty (40.33±48.38) and general health (40.89±18.27) were found. The mean score obtained from ICIQ-SF scale was determined as 6.60 ± 6.19. There was a significant difference between age and educational status of patients and the total ICIQ-SF score of SF-36 quality of life subscale scores.

Conclusion: In the study, it was found that frequency of incontinence raised as the age raised in patients, and the quality of life reduced as incontinence raised.

Keywords: Incontinence, Quality Of Life, Nursing, Surgery, Prostatectomy.

☆ Bu çalışma 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (2-5 Kasım 2017, Antalya, Türkiye)

*Sorumlu Yazar: Havva KARA

Adres: Manisa Celal Bayar Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü, Uncubozköy M. 5526 Sk. No:8/4 PK:45030, Yunusemre, MANİSA, TÜRKİYE

e-posta: havvakara83@gmail.com

Geliş tarihi:19.08.2021

Kabul tarihi:23.12.2021

GİRİŞ

Prostat hastalıkları, 40 yaş üzeri erkeklerde en fazla karşılaşılan ürolojik sağlık problemleri arasındadır. Bening prostat hiperplazisi (BPH), prostat kanseri ve prostatit sıklıkla görülen prostat hastalıklarıdır. Gelişmiş ülkelerin çoğunda, akciğer kanseri ve kolorektal kanserden sonra erkeklerde en fazla görülen kanser türü olan prostat kanserinin prevalansı, yaşla birlikte artmaktadır (Shu-Jie, Di, ve Qi, 2012; Vidmar ve ark., 2017; Gomes, Eduardo, Mosteiro-Diaz, Paniagua ve Napoleão 2019). BPH, özellikle 40 yaş üzeri erkeklerde prevalansı giderek artan ve sıklıkla cerrahi girişim gerektiren hastalıklardan biridir. BPH prevalansı 30-40 yaş arasında %10 iken, 50 yaş ve üstü erkeklerde %14-%30 arasında, 60-70 yaş aralığında ise bu oran %50-60'tır (Roehrborn, 2005; Lee, Chan ve Lai 2017).

Prostat kanseri ve BPH cerrahi tedavisinde prostatektomi altın standart olarak kabul edilmektedir (Temeltaş, Yüksel, Tatlı ve Gümüş 2013; Bayraktar ve Aydın, 2018). Prostatektomi sonrasında hastalarda sıklıkla erektil disfonksiyon ve inkontinans gibi komplikasyonlar görülmektedir. İnkontinans; malign veya benign prostat hastalıkları nedeni ile yapılan endoskopik ya da açık prostat cerrahilerinden sonra ortaya çıkabilen bir sorundur (Temeltaş, Yüksel, Tatlı ve Gümüş 2013; Dorey 2013; Singla ve Singla, 2014; Hsu, Liao, Lai ve Tsai 2016). Uluslararası Kontinans Derneği 2002 yılındaki raporunda üriner inkontinansı, "her türlü idrar kaçırma şikayeti" olarak tanımlamıştır. Yetişkin erkeklerde üriner inkontinansın en yaygın nedeni; prostat kanseri için standart bir tedavi olan prostatektomidir (Özcan ve Kapucu, 2014).

Prostatektomi sonrası üriner inkontinans, mesanenin disfonksiyonu, sfinkterik disfonksiyon veya her ikisinin beraber gelişimi nedeniyle görülmektedir. Ameliyat sonrasında hastalarda üriner inkontinans ilk üç ayda (erken dönem) genellikle sıkışma (urge) inkontinans görülürken, geç dönemde ise daha çok stres inkontinans şeklinde görülmektedir (Rassweiler, Teber, Kuntz ve Hofmann 2006). Üriner inkontinans, hastaların yaşamını tehdit eden bir durum olmamasına rağmen utanma duygusundan depresyona kadar pek çok psikolojik probleme yol açtığından hastaların bakımında fiziksel bakımın yanı sıra emosyonel bakım da ele alınmalıdır. Ayrıca üriner inkontinans, sıklıkla psikolojik sorunlara, sosyal izolasyona, hastaların kendine güveninde azalmaya ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Temeltaş, Yüksel, Tatlı ve Gümüş 2013; Demir Korkmaz, 2018; Wang, Song, Li ve Tai 2018).

Prostatektomi sonrası oluşan ve hastaların yaşam kalitesini azaltan üriner inkontinans, hastaların günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olmaktadır (Averbeck ve ark. 2019). Sağlık hizmetlerinin sunumunda, yaşam süresinin uzaması, değişen ve gelişen teknoloji ile birlikte yeni tedaviler ve alternatif tedavi yöntemlerinin çoğalması ve bununla

birlikte sağlık hizmeti çıktısının ölçümünde geleneksel göstergelerin yetersiz kalması nedeniyle, yaşam kalitesi kavramına verilen önem gün geçtikçe artmaktadır (Şahin, Toprak ve Ünal 2012; Temeltaş, Yüksel, Tatlı ve Gümüş 2013; Arslan ve Ağırbaş, 2017)

Hemşirelerin üriner inkontinansın azaltılmasında; inkontinansın koruma, erken tanılama, doğru değerlendirme ve izlemde oluşan önemli görevleri vardır. Hemşireler üriner inkontinanslı hastalarda diğer ekip üyeleri ile birlikte fizik muayene ve öyküden oluşan bilgiler doğrultusunda hastaya özgü bireysel bakım planı geliştirmelidir (Özcan ve Kapucu, 2014).

Üriner inkontinanslı hastalara bakım veren hemşirelerin hasta eğitiminde de önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu rol ve sorumlulukların en iyi düzeyde yerine getirilebilmesi için hemşirelerin bu alandaki bilimsel çalışmaları ve kanıtları yakından takip ederek hasta bakımına yansıtması önemlidir (Demir Korkmaz, 2018).

Hemşirelerin bakım vermedeki temel amaçlarından biri olan hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasına ilişkin uygulamalar, özellikle inkontinanslı olan prostat cerrahisi geçirmiş hastalar için önemli bir yer tutmaktadır. Literatürde prostat cerrahisi sonrası üriner inkontinans ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği yeterince çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma sonuçlarının literatüre katkı sağlayabileceği ve bu konudaki eksikleri giderebileceği düşünülmektedir.

Amaç

Bu çalışmanın amacı prostat cerrahisi geçiren hastalarda üriner inkontinans görülme sıklığını ve hastaların yaşam kalitelerini belirlemektir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı'nda prostatektomi ameliyatı geçiren ve kontrol amacıyla polikliniğe başvuran ve/veya klinikte yatan bireyler oluşturdu (N=120). Şimşir ve Temeltaş'ın "Radikal retropubik prostatektomi sonrası gelişen idrar kaçırma çözüm yolları" isimli çalışması dikkate alınarak PASS programında %99 güç $\alpha:0,01$ yanılma düzeyinde en küçük örneklem büyüklüğü 63 kişi olarak belirlenmiştir (Şimşir ve Temeltaş, 2011). 15.04.2017- 01.09.2017 tarihleri arasında hastaneye başvuran, en az üç ay önce prostat cerrahisi geçirmiş, ameliyattan önce inkontinans şikayeti olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hastadan 9'u açık prostatektomi, 91'i ise Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) ameliyatı geçirmiştir. Çalışmada prostatektomi sonrası süreci (hastanede yatma süresi, üriner kateter takılma

süresi vb değişkenler) benzer olan hastalar araştırmaya dahil edilerek grubun homojen olmasına dikkat edilmiştir. Araştırmada veriler; Kişisel Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) kullanılarak toplandı.

Kişisel Bilgi Formu: Formda hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, medeni durumu, önceden geçirdiği hastalık ve/veya risk faktörlerini saptamaya yönelik sosyo-demografik özelliklerine ve hastalıklarına dair bilgiler yer aldı.

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form ICIQ-SF): Üriner inkontinans ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla Avery ve ark. tarafından 2004 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çetinel ve ark. tarafından 2004 yılında yapılmıştır (Çetinel, Özkan ve Can 2004). Ölçeğin dört boyutu mevcut olup, birinci boyutta idrar kaçırmanın ne kadar sıklıkla olduğu, ikinci boyutta idrar kaçırmanın miktarı, üçüncü boyutta idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyutta idrar kaçırmaya neden olan durumlar sorgulanmaktadır. Değerlendirmede ilk üç boyut puanlanır. Puanlanmayan dördüncü boyuta verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına temellenen idrar kaçırmaya tipinin belirlenmesinde kullanılır. Ölçeğin puanlamasında, boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir. ICIQ-SF skoru için sekiz ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmayı belirleyen en uygun kesme noktası olduğu belirlenmiştir. Ölçekten 0 ile 21 arası puan alınmaktadır. Düşük puan üriner inkontinansın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini göstermektedir (Ceyhan, Göriş ve Zincir, 2018). Ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.71 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ICIQ-SF cronbach alfa değeri 0.88 olarak hesaplanmıştır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilen, yaşam kalitesi ile ilgili ölçekler arasında jenerik ölçüt özelliği olan, genel yaşam kalitesi ölçeklerinden biridir. 36 madde ve 8 adet alt boyuttan oluşan ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır. Fiziksel sorunlara bağlı rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, enerji/vitalite, mental sağlık ve sağlığın genel algılanması ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının her biri için puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta ve 0-100 aralığında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde puanların artması, yaşam kalitesinin de arttığını belirtmektedir (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez ve Memiş 1999). Ölçeğin alt boyut cronbach alfa katsayıları 0.73-0.76 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada da cronbach alfa değerleri 0.84-0.88 arasında bulundu.

Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme tekniği ile üroloji kliniğinde yatan ya da üroloji polikliniğine kontrol için gelen, en az 3 ay önce prostat cerrahisi geçirmiş, iletişime ve işbirliğine açık ve soruları cevaplayabilecek durumda olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalarla poliklinikte ayrı bir odada yaklaşık 15-20 dakikada toplandı. Tanı almış psikiyatrik hastalığı olanlar ve ameliyattan önce inkontinansı olanlar araştırma kapsamına dahil edilmedi. Araştırma öncesinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 20.478.486 no'lu karar ile onay, ayrıca araştırmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izni ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın amacı anlatılarak hastaların sözel ve yazılı onamları alındı.

Araştırma verilerinin analizi SPSS 24.0 paket programında yapıldı. Verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Değişkenlerin normal dağılmadıkları belirlendi ($p < 0,05$) ve analizlerde non parametrik testlerden yararlanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistiklerden ortalama±standart sapma, ortanca, çeyrekler arası aralık (ÇAA), en küçük ve en büyük değer, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistiklerde ise sayı ve yüzde kullanıldı. Çözümleyici bulgular Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Tablo 1'de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri gösterildi. Araştırma kapsamına alınan hastaların %54'ü 69 yaş ve üzeri (yaş ortalaması: 68.15 ± 8.83) ve %98'i emekli, %75'i hafif şişman ve 70'i

Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
Ortıs: 68.15 ± 8.83 (min:54 -maks:85)		
68 yaş ve altı	46	46
69 yaş ve üstü	54	54
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	27	27
İlk ve orta öğretim	60	60
Lise ve yüksekokul	13	13
Meslek		
Emekli	98	98
İşçi /memur	2	2
Beden Kitle İndeksi		
18.5-24.9 kg/m ² (Normal kilolu)	8	8
25.0-29.9 kg/m ² (Hafif şişman)	75	75
30.0 kg/m ² ve üzeri (Şişman)	17	17
Medeni Durum		
Evli	70	70
Bekar	30	30
Üriner İnkontinans Durumu		
Var	62	62
Yok	38	38
Üriner İnkontinans Sıklığı		
İnkontinansı yok	38	38
Haftada bir ya da daha seyrek	19	19
Haftada 2 ya da 3 kez daha fazla	15	15
Günde bir kez ve daha fazla	28	28

Ort: Aritmetik ortalama, ss: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

evlidir. Araştırmaya dahil edilen hastaların %38'i hiç idrar kaçırmadığını belirtti (Tablo 1).

Tablo 2'de araştırma grubunun SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve ICIQ-SF ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları gösterildi. Hastaların ICIQ-SF puan ortalaması 6.60±6.19 olarak belirlendi. Hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları sırası ile fiziksel rol güçlüğü: 41.00±47.74, fiziksel fonksiyon: 50.45±34.67, ağrı: 57.92±22.97, genel sağlık: 40.89±18.27, vitalite (enerji): 45.95±17.76, sosyal fonksiyon: 55.50±23.52, emosyonel rol güçlüğü: 40.33±48.38, mental sağlık: 52.64±14.39'dur. Hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından en yüksek ağrı, en düşük emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarından puan almıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Prostat Cerrahisi Geçiren Hastaların SF-36 ve ICIQ-SF Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı (n=100)

SF-36 Yaşam Kalitesi	Ort. (Min-Maks)	Ortanca (CAA)
Fiziksel rol güçlüğü	41.00±47.74(0-100)	42.00(25-75)
Fiziksel fonksiyon	50.45±34.67(0-100)	47.50(20-80)
Ağrı	57.92±22.97(0-100)	52.00(41.25-74)
Genel sağlık	40.89±18.27(10-72)	37.00(25-57)
Vitalite (enerji)	45.95± 17.76(15-80)	50.00(30-60)
Sosyal fonksiyon	55.50±23.52(12,50-100)	50.00(37,50-75)
Emosyonel rol güçlüğü	40.33±48.38(0-100)	41.00(20-65)
Mental sağlık	52.64±14.39(24-84)	52.00(40-64)
ICIQ-SF	6.60 ±6.19(0-19)	7.00(0-13)

ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu

Ort: Aritmetik ortalama, ss: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer, CAA: Çeyreklerarası aralık

Hastaların yaş, eğitim ve üriner inkontinans durumlarıyla SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut puanları ve ICIQ-SF toplam puan ortalaması arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark belirlendi ($p<0.001$, $p<0.05$). 68 yaş ve altı hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut puanlarının daha yüksek, ICIQ-SF puanlarının daha düşük olduğu saptandı. Ayrıca eğitim durumu yüksek hastalarda SF -36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların BKİ ile toplam ICIQ-SF puan ortalaması ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği hiçbir alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Hastaların medeni durumu ile toplam ICIQ-SF puan ortalaması ve SF-36'ın rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon alt boyut puanları arasında anlamlı fark belirlendi ($p<0.05$). Aynı zamanda hastaların üriner inkontinans durumlarıyla toplam ICIQ-SF puan ortalaması ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0.001$) (Tablo 3).

ICIQ-SF puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite ile negatif yönde yüksek; genel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık arasında negatif yönde orta düzey ilişki belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Tablo 4. ICIQ-SF Puan Ortalaması ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki (n=100)

Değişken	Fiziksel Rol Güç.	Fiziksel Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güç.	Mental Sağlık
ICIQ-SF	r_{s---} 0.677** $p<0,001$	r_{s---} -0.812** $p<0,001$	r_{s---} 0.673** $p<0,001$	r_{s---} 0.622** $p<0,001$	r_{s---} 0.729** $p<0,001$	r_{s---} -0.666** $p<0,001$	r_{s---} -0.729** $p<0,001$	r_{s---} 0.518** $p<0,001$

r_s : Spearman'ın rho ** $p<0.01$

Çalışmada prostatektomi geçirmiş hastaların yaş ortalaması 68.15±8.83 olarak belirlendi. Yapılan benzer çalışmalarda prostatektomi geçirmiş hastaların yaş ortalamasının yaklaşık 65 ve üzerinde olduğu belirtilmiştir (Ardahan ve Bayık Temel, 2006; Ayhan, İyigün, Göktaş ve Hatipoğlu 2008; Yavuz Karamanoğlu, Yavuz Van Giersbergen ve Zümrütbaş 2017). Literatürde prostat kanserinin, 50 yaşın üzerindeki erkek hastalarda sıklıkla görüldüğü ve ayrıca hastaların %85'inin 65 yaş üzerinde olduğu bildirilmektedir (Ardahan ve Bayık Temel, 2006; Yencilek, Koca ve Kuru 2018). Araştırmadaki hastaların yaş ortalamaları literatür ile uyumludur.

Çalışmada hastaların SF-36 yaşam kalitesi alt boyut ölçek puan ortalamalarının genel olarak düşük; en düşük emosyonel rol güçlüğü (40.33±48.38) ve genel sağlık (40.89±18.27) olduğu saptandı. Bu durumun hastaların yaş ortalamalarının (68.15±8.83) yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut toplam puan ortalamalarının tümü ile ICIQ-SF toplam puanı arasında ileri düzeyde negatif yönde ilişki bulunmuştur.

Prostat hastalıkları nedeniyle uygulanan cerrahi girişimler sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biri üriner inkontinansdır. Literatürde yurt içinde ve yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde prostatektomi sonrası üriner inkontinans görülme oranının %66'lara ulaştığı görülmektedir (Namiki ve ark. 2004; Burt, Caelli, Moore ve Anderson 2005; Ayhan, İyigün, Göktaş ve Hatipoğlu 2008; Arslan ve ark. 2013). Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde hastalarda üriner inkontinans görülme oranı %62 olarak belirlendi. Çalışmaya katılan hastaların üriner inkontinansa ilişkin şikayetleri incelendiğinde; %38'i inkontinansı olmadığını, %28'i günde bir kez ve daha fazla, %19'u haftada bir ya da daha az, %15'i ise haftada 2 ya da 3 kez daha fazla inkontinansı olduğunu ifade etti. Araştırma bulguları literatüre uygunluk göstermektedir. Si ve ark.'nın yaptığı çalışmada da hastaların %49,5'inde orta derecede üriner inkontinans tespit edilmiştir (Si, Ding, Huang, Zhang ve Zhang 2021).

Çalışmada ICIQ-SF puan ortalaması 6.60±6.19 olarak saptandı, Yavuz Karamanoğlu ve ark.'nın (2017) çalışmasında prostatektomi geçirmiş hastalarda ICIQ-SF puan ortalaması 14.91±3.91 olarak belirlenmiştir (Yavuz Karamanoğlu, Yavuz Van Giersbergen ve Zümrütbaş 2017). Bu çalışmada hastaların inkontinansa bağlı yaşam kaliteleri daha iyidir.

Tablo 3. Değişkenler ile SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Puanları ve ICIQ-SF Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=100)

Değişkenler	n	Fiziksel Rol Güçlüğü	Fiziksel Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık	ICIQ-SF
		Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)
Yaş										
68 yaş ve altı	46	100.00 (25.00-100.00)	77.50 (53.75-100.00)	74.00 (52.00-85.00)	58.50 (35.00-67.00)	60.00 (50.00- 65.00)	75.00 (25.00-100.00)	100.00 (33.33-100.00)	64.00 (51.00-68.00)	0.00 (0.00-6.35)
69 yaş ve üstü	54	42.00 (20.00-50.00)	22.50 (8.75-50.00)	52.00 (31.00-61.00)	60.00 (20.00-40.00)	35.00 (20.00-50.00)	50.00 (10.00-60.00)	52.00 (35.00-65.00)	48.00 (36.00-56.00)	11.50 (6.00-15.00)
<i>Test İstatistiği</i>		z=-5.48 p=0.001	z=-6.55 p=0.000	z=-5.86 p=0.000	z=-6.04 p=0.000	z=-6.89 p=0.000	z=-5.84 p=0.000	z=-5.68 p=0.001	z=-4.33 p=0.000	z=-6.05 p=0.000
Eğitim Durumu										
Okuryazar değil	27	20.00 (10.00-40.00)	10.00 (0.00-50.00)	41.00 (31.00-52.00)	20.00 (10.00-42.00)	35.00 (21.00-50.00)	37.50 (12.50-62.50)	41.00 (30.00-50.00)	40.00 (31.20-56.00)	13.00 (0.00-15.00)
İlk ve orta öğretim	60	12.50 (0.00-100.00)	47.50 (5.50-80.00)	52.00 (31.00-74.00)	38.50 (25.00-61.50)	50.00 (20.00-60.00)	50.00 (37.50-75.00)	12.50 (0.00-100.00)	56.00 (36.00-64.00)	6.00 (0.00-10.75)
Lise ve üstü	13	100.00 (75.00-100.00)	100.00 (100.00-100.00)	74.00 (52.00-100.00)	57.00 (30.20-64.50)	60.00 (38.00-67.50)	75.00 (42.50-93.70)	100.00 (0.00-100.00)	64.00 (37.60-68.00)	20.00 (5.00-30.00)
<i>Test İstatistiği</i>		χ²=29.031 p=0.000	χ²=22.803 p=0.000	χ²=22.603 p=0.000	χ²=20.159 p=0.000	χ²=17.836 p=0.000	χ²=21.728 p=0.000	χ²=21.662 p=0.001	χ²=12.324 p=0.000	χ²=19.604 p=0.000
BKI										
Normal kilolu	8	10.00 (31.25-100.00)	75.00 (33.75-92.50)	63.00 (36.25-74.00)	52.00 (36.25-56.50)	55.00 (42.50-60.00)	68.75 (53.12-75.00)	10.00 (8.33-100.00)	62.00 (43.00-67.00)	10.00 (0.00-12.25)
Hafif şişman	75	20.00 (0.00-100.00)	50.00 (0.00-100.00)	52.00 (41.00-74.00)	35.00 (25.00-60.00)	45.00 (30.00-60.00)	50.00 (37.50-75.00)	20.00 (10.00-50.00)	58.00 (40.00-64.00)	7.00 (0.00-13.00)
Şişman	17	30.00 (0.00-62.50)	35.00 (0.00-100.00)	52.00 (42.00-74.00)	35.00 (42.50-60.00)	50.00 (20.00-57.50)	50.00 (37.50-75.00)	30.00 (20.00-50.00)	42.00 (36.00-60.00)	6.00 (0.00-12.50)
<i>Test İstatistiği</i>		χ²=2.992 p=0.224	χ²=6.037 p=0.490	χ²=0.966 p=0.617	χ²=1.806 p=0.405	χ²=1.301 p=0.522	χ²=1.401 p=0.496	χ²=2.607 p=0.279	χ²=1.799 p=0.407	χ²=1.168 p=0.558
Medeni Durum										
Evli	70	25.00 (0.00-100.00)	62.50 (30.00-85.00)	53.00 (52.00-64.00)	41.00 (32.00-74.00)	50.00 (35.00-60.00)	62.50 (50.00-75.00)	30.00 (20.00-40.00)	56.00 (36.00-68.00)	6.00 (0.00-10.25)
Bekar	30	10.00 (8.75-60.00)	25.00 (0.00-81.25)	47.00 (31.00-74.00)	30.00 (18.75-50.50)	35.00 (23.75-55.00)	50.00 (25.00-75.00)	20.00 (10.00-30.00)	42.00 (36.00-56.00)	10.50 (3.75-15.00)
<i>Test İstatistiği</i>		z=-2.476 p=0.008	z=-1.852 p=0.064	z=-2.610 p=0.009	z=-2.093 p=0.036	z=-2.239 p=0.025	z=-2.547 p=0.011	z=-1.606 p=0.114	z=-3.135 p=0.002	z=-2.583 p=0.010
Üriner İnkontinans Durumu										
Evet	62	0.00 (0.00-6.25)	25.00 (10.00-50.00)	52.00 (31.00-52.00)	30.00 (20.00-40.50)	37.50 (20.00-51.25)	50.00 (25.00-53.12)	2 0.00 (0.00-30.00)	48.00 (40.00-57.00)	11.00 (7.00-15.00)
Hayır	38	100.00 (0.00-100.00)	90.00 (75.00-100.00)	74.00 (74.00-100.00)	58.50 (44.25-67.00)	60.00 (50.00-66.25)	75.00 (62.50-75.00)	40.00 (10.00-100.00)	64.00 (52.00-68.00)	30.00 (0.00-50.00)
<i>Test İstatistiği</i>		z=-7.241 p=0.000	z=-6.205 p=0.000	z=-6.601 p=0.000	z=-5.754 p=0.000	z=-5.410 p=0.000	z=-5.953 p=0.000	z=-5.207 p=0.000	z=-3.730 p=0.000	z=-7.728 p=0.000

ÇAA: çeyreklerarası aralık χ^2 Kruskal Wallis testi, z: Mann Whitney U testi, p<0.001, p<0.05

Araştırmada 68 yaş ve altı hastalarda, SF -36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puanlarının tümü daha yüksek, ICIQ-SF puanlarının daha düşük, 69 yaş ve üzeri hastalarda ise SF -36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut puanlarının daha düşük, ICIQ-SF puanlarının ise daha yüksek olduğu belirlendi. Literatürde yapılmış çalışmalarda da benzer şekilde 65 yaş ve üzeri hastaların genel yaşam kalitesi ölçeğinden düşük puan aldıkları belirlenmiştir (Ceyhan, Görüş ve Zincir, 2018; Yavuz Karamanoğlu, Yavuz Van Giersbergen ve Zümrübaşı 2017). İleri yaştaki hastalarda kronik hastalık varlığının, geçirilen ameliyata bağlı komplikasyonların daha fazla olmasına ve inkontinansın daha çok etkilenmelerine bağlı olarak yaşam kalitelerinin azaldığı düşünülmektedir.

Çalışmada lise ve yükseköğretim mezunu olan eğitim durumu yüksek hastalarda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puanlarının tümü daha yüksek olduğu saptandı. Yavuz Karamanoğlu ve ark. (2017) yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının, eğitim düzeyi düşük olan hastalara oranla daha yüksek olduğu, ancak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir.

ICIQ-SF ölçeğinden alınan düşük puan üriner inkontinansın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini göstermektedir. Buna göre eğitim düzeyi yüksek hastalarda genel yaşam kalitesi algısı yüksek ve inkontinansa ilişkin yaşam kalitesinin daha az etkilendiği düşünülmektedir. Hastaların üriner inkontinans sıklığı ile sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Kikuchi ve ark. 2007; İlçe ve Ayhan, 2011).

ICIQ-SF puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel fonksiyon, emosyonel rol gücüğü, vitalite ile negatif yönde yüksek; genel sağlık, fiziksel rol gücüğü, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık arasında negatif yönde orta düzey ilişki belirlendi. Aynı zamanda üriner inkontinans olan hastaların SF-36 yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ile anlamlı fark bulundu. SF-36 genel yaşam kalitesi ölçeği olup ölçekten alınan puan yaşam kalitesinin yüksek olduğu, ICIQ-SF ten alınan puanın düşük olması ise inkontinans şikâyetinin yaşam kalitesi algısını daha az etkilediğini göstermektedir. İki ölçek arasında negatif ilişki olması beklenen bir durumdur. Fiziksel fonksiyon, ağrı, fiziksel rol gücüğü, emosyonel rol gücüğü, genel sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutları ile ICIQ-SF puan ortalamasının yüksek bir korelasyon gösterdiği görülmektedir. Bu durum, inkontinans varlığı hastaların fiziksel ve sosyal hayatlarını etkileyebilen bir durum olduğundan ilişkili olarak yaşam kalitesi algılarını da etkilemektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bir üniversite hastanesinin üroloji kliniğinde yürütüldü. Bundan dolayı çalışma sonuçları sadece bu hastalar

için genellenebilir. Araştırmanın en önemli sınırlılığı ameliyat öncesi dönemde hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmemiş olmasıdır. Diğer bir sınırlılık verilerin yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olmasıdır. Ayrıca hastaların yaş ortalamasının yüksek olması da sınırlılık olarak kabul edilebilir. Verilerin güvenilirliği hastaların verdikleri cevaplar ile sınırlıdır. Araştırmada gözleme dayalı bulguların olmaması da diğer bir sınırlılıktır. Tüm bu sınırlılıklara karşın araştırma prostatektomi sonrası üriner inkontinans ve yaşam kalitesini birlikte değerlendirdiğinden çalışma bulgularının daha sonra yapılacak araştırmalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Araştırmanın sonucunda, prostatektomi yapılan hastaların %62'sinde üriner inkontinans geliştiği, genel yaşam kalitelerinin düşük, inkontinansla ilişkili yaşam kalitesinin daha az etkilendiği saptandı. Yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi değişkenlerin genel yaşam kalitesi ve ICIQ-SF ölçek puanlarını etkilediği belirlendi. Prostatektomi cerrahisi geçirmiş hastalara bakım veren hemşirelerin üriner inkontinanslı hastalarda diğer ekip üyeleri ile birlikte fizik muayene ve öyküden oluşan bilgiler doğrultusunda hastaya özgü bakım planı geliştirmeleri, hastaların genel yaşam kalitelerini artırmaya yönelik girişimleri planlamaları ve uygulamaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ardahan, M. ve Bayık Temel, A. (2006). Prostat Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (2), 1-14.
2. Arslan, B., Antar, B., Kozacıoğlu, Z., Bozkurt, H. İ., Yonguç, T., Akdeniz, F., Gülden, İ. (2013). Prostatektomi Sonrası İdrar Kaçımalarında Transobturatör Askı Operasyonu: 27 Olguda Sonuçları, *Tepecik Eğitim Hast Dergisi*, 23 (3), 121-126.
3. Arslan, D. T. ve Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY, *Sağ. Perf. Kal. Dergisi*, 13, 99-126.
4. Averbeck, M.A., Woodhouse. C., Comiter, C., Bruschini, H., Hanus, T., Herschorn, S., Goldman H. (2019). Surgical treatment of post-prostatectomy stress urinary incontinence in adult men: Report from The 6th International Consultation On Incontinence. *Neurourol Urodyn*, 38(1), 398-406.
5. Ayhan, H., İyigün, E., Göktaş, S., Hatipoğlu, S. (2008). Radikal Prostatektomi Geçiren Erkeklerin Yaşadığı Güçlükler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 180-189.
6. Bayraktar, N., Aydın, N. (2018). Prostat Tümörlerinde Cerrahi ve Bakım. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 4(2), 123-8.
7. Burt, J., Caelli, K., Moore, K., Anderson, M. (2005). Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *J Clin Nurs*, 14, 883-890.
8. Ceyhan, Ö., Görüş S., Zincir, H. (2018). An important problem affecting sleep in elderly individuals: Incontinence. *Journal of Health Sciences*, 27(1), 29-35.
9. Çetinel, B., Özkan, B., Can, G. (2004). ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*, 30, 332-338.

10. Demir Korkmaz, F., (2018). Üriner İnkontinanslarda Cerrahi ve Bakım. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 4(2), 129-34
11. Dorey, G., (2013). Pelvic floor exercises after radical prostatectomy. *Br J Nurs*, 22(9), 4-6.
12. Gomes, C., Eduardo, A., Mosteiro-Diaz, M., Paniagua, J., Napoleão, A. (2019). Nursing interventions for urinary incontinence and sexual dysfunction after radical prostatectomy. *Acta Paul Enferm*, 32(1), 106-12.
13. Hsu L.F., Liao Y.M., Lai F.C., Tsai P.S. (2016). Beneficial effects of biofeedback-assisted pelvic floor muscle training in patients with urinary incontinence after radical prostatectomy: A systematic review and metaanalysis. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 99-111, doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.03.013.
14. İlçe A., Ayhan, F. (2011). Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim. *Anatol J Clin Investig*, 5(1), 15-23.
15. Kikuchi, A., Kaijun, N., İkedo, Y., Hazowa, A., Nakagawa, H., Guo, H., Matsuda, K.O., Yang, G., Farmawati, A., Sami, A., Arai, Y., Tsuji, I., Nagotomi, R. (2007). Association Between Physical Activity and Urinary İnkontinence in a Community- Based Elderly Population Aged 70 years and over. *European Urology*, 52(3), 868-75.
16. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek G., Ölmez N., Memiş A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği, Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
17. Lee, S.W.H., Chan E.M.C., Lai Y.K. (2017). The global burden of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia:A systematic review and metaanalysis. *Scientific Reports*, 7, 7984. doi:10.1038/s41598-017-06628-8.
18. Namiki, S., Tochigi, T., Kuwahara, M., Ioritani N., Terai A., Numata I., Satoh M., Saito S., Koinuma N., Arai Y. (2004) Health related quality of life in Japanese men after radical prostatectomy or radiation therapy for localized prostate cancer. *Int J Urol*, 11, 619-627.
19. Özcan M., Kapucu, S. (2014). Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 101-109.
20. Rassweiler, J., Teber, D., Kuntz, R., Hofmann R. (2006). Complications of transurethral resection of the prostate (TURP) incidence, management, and prevention. *Eur Urol*, 50, 969-979.
21. Shu-Jie, X., Di, C., ve Qi, J. (2012). An overview of prostate diseases and their characteristics specific to Asian men. *Asian J Androl*, 14(3): 458-464. doi: 10.1038/aja.2010.137.
22. Si, L., Ding, Y., Huang, Y., Zhang, M., Zhang, J. (2021). Postprostatectomy Incontinence and Self-management for Urinary Incontinence After Laparoscopic Radical Prostatectomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 48, 5, 440-446. doi: 10.1097/WON.0000000000000793.
23. Singla, N., Singla, A.K. (2014). Post-prostatectomy incontinence, Etiology, evaluation and management. *Turkish Journal of Urology*, 40, 1-8.
24. Şahin, Ş., Toprak, S., ve Ünal, E. (2012). QALY; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları. *Medicine Science*, 1(4), 232-243.
25. Şimşir A., Temeltaş G. (2011). Radikal Retropubik Prostatektomi Sonrası Gelişen İdrar Kaçırmada Çözüm Yolları *Üroonkoloji Bülteni*, 2, 108- 111.
26. Temeltaş, G., Yüksel, M.B., Tatlı, V., Gümüş, B. (2013). Prostatektomi Sonrası Oluşan İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Artifişyal Üriner Sfinkter İmplantasyonunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *The Cystoscope*, 1, 22- 26.
27. Vidmar, R., Marcq, G., Flamand, V., Fantoni, J.C., Hénon, F., Villers, A., Ouzzane, A. (2017). Tekrarlayan prostat kanseri için kurtarma radikal prostatektomi: morbidite, onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar. *Progres en Urologie*, 27, 458-466. doi:10.1016.
28. Wang, C., Song, Z., Li, S., Tai, S. (2018). Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26, 1553-1560. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3988-x>.
29. Yavuz Karamanoğlu, A., Yavuz Van Giersbergen, M., Zümrütbaş, A.E. (2017). Urinary incontinence experiences of patients after radical prostatectomy. *27th Surgical Nursing Nurse Education Conference, Dubai, Birleşik Arap Emirlikleri*, 6, 31.
30. Yencilek, F., Koca, O., Kuru, M. (2018). Prostat Kanserinde Tanı, *Nucl Med Semin*, 4, 163-173.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1019041>

Orijinal Araştırma

Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarının ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi

Investigation of Smoking Status and Related Factors of Nurses Working in a State Hospital

Dilek HASSOY ^{a,*}, Safiye ÖZVURMAZ ^b

^a Uzm. Hem. Torbalı Devlet Hastanesi, İZMİR, TÜRKİYE

^b Doç. Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE

ÖZET

Giriş: Sağlık çalışanlarının sigara kullanımı; kendi sağlıklarını tehdit etmesinin yanı sıra toplumdaki tütün bağımlılığı ile mücadele konusunda önemli zayıflığa neden olmaktadır. Çalışmamızın amacı hemşirelerin sigara kullanımlarını, risk faktörlerini ve bırakma girişimlerini değerlendirmek, alanda yapılacak müdahale programlarına ve politika geliştirmeye ışık tutacak bilimsel veri sağlamaktır.

Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel tipteki bu araştırma Aralık 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında İzmir ilindeki bir ilçe devlet hastanesinde çalışan 131 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan tanımlayıcı form ve sigara kullanan katılımcılara nikotin bağımlılık düzeyini ölçmeye yönelik Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği (FNBT) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hemşirelerin %37.4'ünün (n=49) her gün sigara kullandığı, %6.9'unun (n=9) sigarayı ara sıra kullandığı, %13'ünün (n=17) sigarayı bıraktığı ve %42.7'sinin (n=56) sigarayı hiç kullanmamış olduğu tespit edildi. Katılımcılardan 40 yaş üstü grup 20-39 yaş grubuna göre daha fazla sigara kullanmaktadır. Yoğun ve stresli olduğu bilinen cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin daha fazla sigara kullandığı, sigara kullanan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların cerrahi birimlerde çalışanlara göre sigara bırakmayı daha çok istediği tespit edilmiştir (p<0.05).

Sonuç: Hemşirelerde sigara kullanma prevalansı yüksektir (%44.3). Özellikle 40 yaş üstü ve cerrahi birimlerde çalışan hemşireler daha yüksek oranda sigara kullanmaktadır. Hemşirelerin sigara bırakma isteği ve çok sayıda bırakma girişimi olmasına rağmen, profesyonel yardım alma oranları düşüktür. Bu konuda yapılacak çalışmalar gelecekte hemşirelerin sigarayı bırakmasının önündeki engellerin kaldırılması bakımından önem taşımaktadır.

Anahtar sözcük: Hemşire, Sigara bırakma, Sigara kullanımı.

ABSTRACT

Background: Smoking of health workers; not only threatening their own health, also causes significant weakness in the fight against tobacco addiction in the society. The aim of this study is to determine the smoking use of nurses, to determine the risk factors associated with tobacco use and to evaluate their attempts to quit, to provide scientific data that will shed light on intervention programs and policy development in this area.

Methods: This descriptive-cross-sectional study was carried out with the participation of 131 nurses working in a district state hospital in Izmir between December 2019 and January 2020. As a data collection tool, the descriptive form created by the researchers by reviewing the literature and the Fagerström Nicotine Addiction Scale (FNBT) to measure the nicotine addiction level of the smokers were used.

Results: Of the nurses participating in our study, 37.4% (n=49) smoked every day, 6.9% (n=9) used it occasionally, 13% (n=17) quit, and 42.7% (n=56) was determined to have never used cigarettes. Among the participants, the group over the age of 40 uses more cigarettes than the age groups of 20-39. It has been determined that nurses working in surgical units, which are known to be busy and stressful, smoke more, and among the nurses who smoke, those working in internal units want to quit smoking more than those working in surgical units (p<0.05).

Conclusion: The prevalence of smoking among nurses was high (44.3%). Especially nurses over the age of 40 and working in surgical units smoked more. Although nurses had a desire to quit smoking and many attempts to quit, the rate of getting professional help was low. Studies on this subject are important in terms of removing the obstacles that prevent nurses from quitting smoking in the future.

Key words: Nurse, Smoking, Smoking cessation.

*Sorumlu Yazar: Dilek HASSOY

Adres: Torbalı Devlet Hastanesi, İZMİR, TÜRKİYE

e-posta: dihasoy09@gmail.com

Geliş tarihi:04.11.2021

Kabul tarihi:14.12.2021

GİRİŞ

Tütün kullanımı dünyadaki erken ölümlerin en önemli ve önlenebilir nedenlerinden biridir. Sigara epidemisi sadece 2016 yılında dünya çapında 7.1 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmuştur. Bu ölümlerin 6.3 milyonunun doğrudan sigara kullanımına, 884.000'inin pasif sigara dumanı maruziyetine bağlı olarak gerçekleştiği bildirilmiştir (American Cancer Society, 2018). Hayatı boyunca düzenli sigara kullanan bir insan, ömrünün yaklaşık 10-11 yılını sigarayla ilişkili nedenlerden kaybetmektedir. Tütün kullanımının azaltılması, dünya genelindeki ölümlerin %71'inden sorumlu olan bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünü azaltmak için kritik öneme sahiptir (World Health Organization [WHO], 2021 July).

Tütün kullanımının yaygınlığı kadar, neden olduğu hastalıklar da çok çeşitlidir. Tütün kullanımının, iskemik kalp hastalığı, kanser, felç ve solunum yolu hastalıkları dahil olmak üzere birçok hastalıktan ölüm riskini arttırdığı bilinmektedir (American Cancer Society, 2018). Dünyada her yıl 41 milyon insan bulaşıcı olmayan bu hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2021 Apr). Ülkemizde de kanserlerin büyük oranda sigara ilişkili kanserler olarak şekillendiği; akciğer, mesane ve larinks kanserlerinin, bütün erkek kanserlerinin üçte birinden fazlasını (%35,8) oluşturduğu bildirilmiştir (Türkiye Sağlık Raporu, 2020).

Dünya genelinde, 15 yaş ve üzeri 942 milyon erkek ve 175 milyon kadının sigara kullanıcısı olduğu bildirilmiştir (American Cancer Society, 2018). Türkiye'de 2019 yılı verilerine göre nüfusun %28'i her gün düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Bu kullanım oranı kadınlarda %14,9, erkeklerde %41,3 olarak bildirilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2021 istatistiklerine göre ülkemizde sigara kullanımı prevalansı 2018 yılında %29,3'tür (WHO, 2021). Tütün kontrolü alanında gerçekleştirilen tüm faaliyetlere rağmen, Türkiye'de kadınlarda tütün ve ürünlerinin kullanım sıklığı artmaktadır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2016 verilerine göre Türkiye'de kadınların %19,2'si halen sigara kullanmaktadır (Global Adult Tobacco Survey [GATS], 2016). 2016 yılında saptanan bu prevalans değeri 2008 yılında görülen %15,2 ve 2012 yılında saptanan %13,1 değerlerinden yüksektir (GATS, 2010; GATS, 2012).

2000 ile 2014 yılları arasında dünyada 63 ülkede yapılmış 229 çalışmanın incelenmesi sonucunda; sağlık çalışanlarının sigara içme prevalansı %21 olarak hesaplanırken, erkeklerde %31 kadınlarda %17 oranında olduğu saptanmıştır (Nilan, McKeever, McNeil, Raw ve Murray, 2019). Türkiye genelindeki sağlık çalışanlarının sigara içme durum ve tutumlarını inceleyen en kapsamlı çalışma 2007 yılında gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışan personeli kapsayan bu çalışmaya göre sigara kullanma prevalansı doktorlarda %30,5, hemşire ve ebelerde %29,5

olarak bildirilmiştir. 2011 yılında tekrarlanan çalışmanın ön raporunda sigara kullanımının doktorlarda %23,9, hemşire ve ebelerde %19,2-21,9 seviyesine gerilediği saptanmıştır (Aslan, Bilir, Özcebe ve Ergüder, 2008). KYTA 2016 sonuçlarına göre tütün kullanıcılarının %13,6'sının kullanmayı bıraktıkları tespit edilmiştir. Halen kullanıcı olanların %32,8'i bırakmayı planladıklarını ya da düşündüklerini, ancak bunlardan sadece %7,2'lik bir bölümünün gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşündükleri tespit edilmiştir. Tütünü halen kullanmakta olan ve son bir yıl içinde bırakmış olanların sadece %40,1'inin sağlık kurumuna başvurusu sırasında sigara bırakma tavsiyesi aldığı ve %24,6'sının bir önceki yıl sigarayı bırakma girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (GATS, 2016). Sağlık çalışanlarının sigara bırakmaya ilişkin tutum ve davranışları ve sigara bırakma çabaları ile ilişkili etmenlere dair yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır (Nilan ve ark., 2019).

Sağlık çalışanlarının tütün kullanımı; öncelikle kendi sağlıklarını tehdit etmesinin yanı sıra tütün bağımlılığı ile mücadelede önemli zayıflığa neden olmaktadır. Konuları gereği sağlık çalışanları, sigara bırakmaya teşvik etmek ve tütün bağımlılığını tedavi etmek için hastalara en yakın konumdadırlar (Raw ve ark., 2012). Sağlık profesyonellerinin tütün kullanmayarak topluma örnek olmalarının ve rol model oluşturmalarının önemi, DSÖ'nün Tütün Kontrolü Sözleşmesinin 14. maddesinde vurgulanmaktadır. Tütün kullanan bir sağlık profesyoneli tütün kullanımına karşı yürütülen mücadelenin güvenilirliğini azaltmasının yanı sıra otoritesini de sarsacaktır (WHO, 2010). Tütün ve ürünleriyle mücadele sağlık bakım disiplinleri arasında paylaşılsa da, işgücünün en büyük birliği olan ve hastalarla daha uzun süreli temasta olan hemşireler bu rolü yerine getirmek için daha çok fırsata sahiptir. Hemşirelerin sigara bırakma müdahaleleri sağlamada etkili olabileceğini gösteren kanıtlar mevcuttur (Rice, Hartmann-Boyce ve Stead, 2013). Sigara bırakma danışmanlığına ilişkin 37 çalışmanın meta-analizini yapan Gorin ve Heck sigara bırakma danışmanlığında doktorlardan sonra en büyük etkinin hemşireler tarafından sağlandığını bildirmişlerdir (Gorin ve Heck, 2004). Diğer yandan, sigara kullanan hemşireler ise hastalarına sigara bırakma danışmanlığı vermek için daha az hazırlıklı olduklarını ve bu konudaki tavsiyelerinin etkili olabileceğine daha az inandıklarını bildirmişlerdir (Merrill, Gagon, Harmon ve Milovic, 2010) Gorin 2001 yılında yayınladığı bir diğer çalışmada sigara kullanan hemşirelik öğrencilerinin tütün kontrolüne katılma olasılıklarının, sigarayı hiç kullanmamış veya bırakmış olanlara göre daha düşük olduğunu bildirmiştir (Gorin, 2001). Tütün kontrolü için önemli ve güçlü bir kaynak olan hemşirelerin sigarayı bırakmalarını için yapılacak çalışmalar toplumun sağlığına da katkı sağlayacaktır.

Amaç

Bu çalışmanın amacı hemşirelerin sigara kullanma durumlarını tespit etmek, sigara kullanımlarıyla ilişkili risk faktörlerini belirlemek ve bırakma girişimlerini değerlendirmek, bu alanda yapılacak müdahale programlarına ve politika geliştirmeye ışık tutacak nesnel veriler sağlamaktır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hemşirelerin sigara kullanma durumlarını tespit etmek, sigara kullanımlarıyla ilişkili risk faktörlerini belirlemek ve bırakma girişimlerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İzmir İlindeki bir ilçe devlet hastanesinde Aralık 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Aralık 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında İzmir İlindeki bir ilçe devlet hastanesinde görev yapan 160 hemşire oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimi yapılmamış tümüne ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırma, katılmaya gönüllü olan 131 hemşire ile tamamlanmıştır. Araştırmamızın kapsayıcılığı %81.87'dir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler anket formu ile toplanmıştır. Anketin birinci kısmında sosyo-demografik özelliklere ait sorular, ikinci kısmında ise sigara içme ve bırakma çabasına ait sorular bulunmaktadır. Ayrıca halen sigara kullanan katılımcılara nikotin bağımlılık düzeyini ölçmeye yönelik Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği (FNBT) uygulanmıştır.

Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, sigara içme durumları ile ilgili olabileceği düşünülen 17 sorudan oluşmuş olup bu form literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; sigara kullanma durumu ve bırakmaya istekli olup olmama durumlarıdır. Bağımsız değişkenleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumları, eğitim durumları, ekonomik algıları ve hastanede çalıştıkları birimdir. Hastanede acil servis, ameliyathane, yoğun bakım ve cerrahi servislerinde çalışanlar cerrahi birimler, poliklinikler, dahiliye servisi, göğüs servisi, çocuk servisinde çalışanlar dahili birimler olarak gruplandırılmıştır. Katılımcılardan sigara kullananlara; kaç yıldır sigara kullandıkları, gün içinde en çok sigara tükettikleri zaman dilimi, sigarayla ilişkili olabilecek öksürük, balgam çıkarma, efor kaybı, nefes darlığı semptomların varlığı, sigarayı bırakmayı isteyip istemedikleri ve sigarayı bırakmayı deneme durumları sorulmuştur. Sigarayı bırakmayı daha önce denemiş olan katılımcılara, profesyonel yardım alma durumları, en uzun bırakma süreleri, ve sigara bırakmayı kaç kez denedikleri ve bir gün sigarayı bırakmayı başaracaklarına olan inançları sorulmuştur. Sigara kullanan katılımcıların

nikotin bağımlılık düzeyi ise FBNT ile ölçülmüştür. 1991'de geliştirilen FNBT 6 sorudan oluşmaktadır (Heatherton, Kozlowski, Frecker, Fagerström, 1991). FBNT'nin Türkçe geçerlilik çalışması Uysal ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Nikotin bağımlılığını ölçmek için sıkça kullanılan bir testtir. Günlük sigara içme miktarı, sabah sigara içmeye başlama saati, sigara içmenin yasak olduğu yerlerdeki zorlanma durumları gibi toplam altı sorudan oluşan FNBT ölçeğinde puanlama; 0-2: çok az bağımlılık, 3-4: az bağımlılık, 5: orta derecede bağımlılık, 6-7: yüksek bağımlılık ve 8-10: çok yüksek bağımlılık olarak kategorize edilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.56'dır. Bu çalışmada da 0.69 bulunmuştur.

Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri Aralık 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Katılımcılarla önceden görüşülerek randevu alınmış ve uygun zaman diliminde hastane ortamında yüz-yüze görüşülerek anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmamızın yapıldığı dönemde geçici görevde ve izinde olan hemşireler ile araştırmaya katılmak istemeyen hemşireler çalışmamıza dahil edilmemiştir. Uygulama öncesi hemşirelere araştırmayla ilgili kısa bir bilgilendirme yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 23.0 paket programında analiz edilerek yorumlanmıştır. Tanımlayıcı analizler; normal dağılıma uyum gösterenler için ortalama (X) ve standart sapma (SS), normal dağılım göstermeyen değişkenler için ortanca ve minimum-maksimum (min-maks) değerleri ve ordinal değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılarak verilmiştir. Sigara içme ve sigarayı bırakma isteği değişkenleri ile kategorik yapıdaki sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde p<0.05 anlamlılık seviyesi olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılması için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 50107718-050.99 sayılı ile izin alınmıştır. Araştırmanın belirlenen kuruma yürütülebilmesi için kurum izni alınmış, çalışma yürütülürken Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyulmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelere gerekli bilgilendirmeler yapılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmamıza 131 hemşire katılmıştır. Araştırmamızın kapsayıcılığı %81.87'dir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Katılımcılarımızın %87.8'ini (n=115) kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşları 20 ile 62 arasında

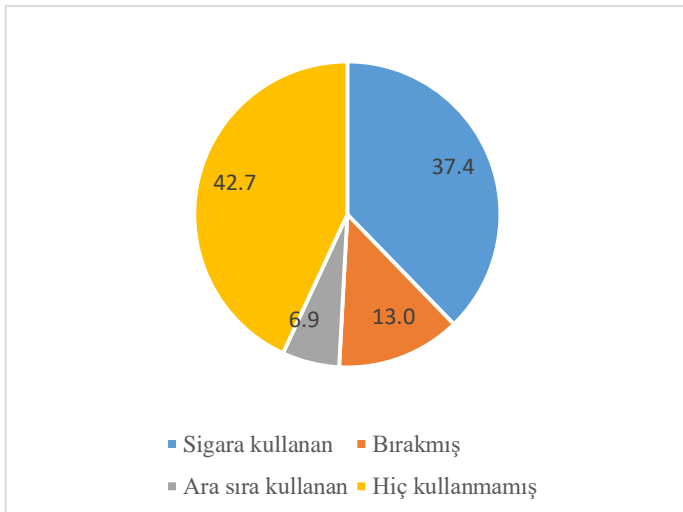
değişmekle birlikte, ortalama ve standart sapması 38.44 ± 8.6 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %79.4 (n=104) evli olup, çocuk sayısı ortalaması 1.61 ± 0.79 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %68.7 (n=90) ile lisans mezunlarının çoğunlukta olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların gelir algıları sorulduğunda %46.6'sı (n=61) gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ve %46.6'sı (n=61) da gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir. Katılımcılarımızın hastane içinde çalıştıkları birimlere göre dağılımlarına bakıldığında; %61.8'inin (n=81) dahili birimlerde, %38.2'sinin (n=50) cerrahi birimlerde çalıştıkları görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri (n=131).

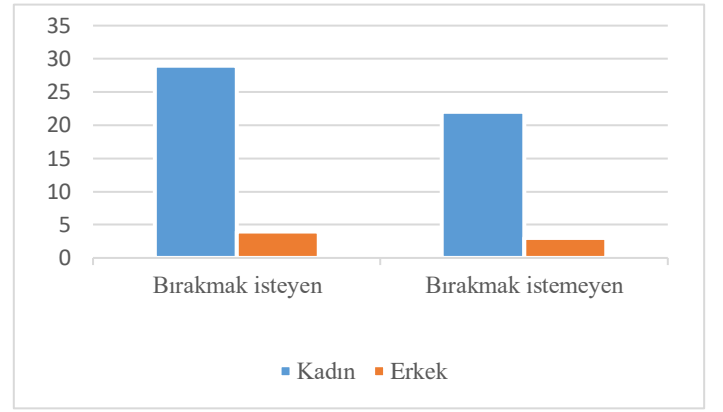
Cinsiyet	n (%)
Kadın	115 (87.8)
Erkek	16 (12.2)
Yaş (yıl), X±SS	38.44±8.6
Medeni durum	
Evli	104 (79.4)
Bekar	27 (20.6)
Çocuk sayısı, X±SS	1.61±0.79
Eğitim durumu	
Lise	6 (4.6)
Ön Lisans	21 (16.0)
Lisans	90 (68.7)
Lisansüstü	14 (10.7)
Gelir algısı	
Gelir giderden az	61 (46.6)
Gelir gidere eşit	61 (46.6)
Gelir giderden fazla	9 (6.9)
Çalıştığı birim	
Dahili Birimler	81 (61.8)
Cerrahi Birimler	50 (38.2)

*X: Ortalama, SS: Standart sapma.

Katılımcılarımıza ait sigara kullanım durumları Grafik 1a'da sunulmuştur. Buna göre çalışmamıza katılan hemşirelerin %37.4'ünün (n=49) her gün sigara kullandığı, %6.9'unun (n=9) ara sıra kullandığı, %13'ünün (n=17) sigarayı bıraktığı ve %42.7'sinin (n=56) sigarayı hiç kullanmamış olduğu tespit edilmiştir (Grafik 1a).



Grafik 1a. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sigara Kullanım Durumları (%), (n=131).



Grafik 1b. Sigara Kullanan Hemşirelerin Sigara Bırakmaya İlişkin Özellikleri, (n=58).

Araştırmamıza katılan hemşirelerden sigara kullananlara ait veriler Tablo 2'de sunulmuştur. Katılımcılarımızdan sigara kullananların ortalama olarak 16.68 ± 8.27 yıldır sigara kullandıkları tespit edilmiş olup, %36.2'si (n=21) 11-20 yıldır sigara içmektedir. Sigara kullanıcısı hemşirelerin gün içinde en çok sigara tükettiği zaman dilimleri incelendiğinde; %48.3'ünün (n=28) gündüz mesaisinde daha çok sigara tükettiği belirlenmiştir. Sigara kullanıcısı hemşirelere sigarayı bırakmak istiyor musunuz? diye sordüğümüzda; %56.9'u (n=33) bırakmak istediğini bildirmiştir (Grafik 1b). Araştırmamıza katılan ve sigara kullanan hemşirelerden %89.7'si (n=52) daha önce en az bir kez sigarayı bırakmayı denemiş, %10.3'ü (n=16) ise sigarayı bırakmayı hiç denememiştir. Sigara içen katılımcıların FNBT puanları incelendiğinde %63.8'sinin (n=37) çok az bağımlı, %17.2'inin (n=10) az bağımlı, %10.3'ünün (n=6) orta bağımlı, %5.2'sinin (n=3) yüksek bağımlı ve %3.4'ünün (n=2) çok yüksek bağımlı olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanan katılımcılarımızın FNBT puanları 0 - 10 arasında olup, medyan=1.5, range=10, ortalama ve standart sapma= 2.24 ± 2.36 'dır. Araştırmamıza katılan ve sigara içen hemşirelerin sigara bırakma sürecine ilişkin tutumları sorulduğunda %59.9'u (n=33) sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir. Katılımcılarımızdan %89.7'sinin (n=52) daha önce sigara bırakmayı en az bir kez denemiş olduğu ve sadece %23.1'nin (n=12) sigarayı bırakmak için profesyonel yardım aldığı tespit edilmiştir. Sigara kullanan katılımcılarımızın %75.9'u (n=44) bir gün sigarayı bırakmayı başaracağını bildirmiştir. Katılımcılardan sigarayı bırakmayı deneyenlerin sigara bırakma süreleri ortalama 20.17 ± 28.49 ay (Min-Max= 1 ay-13 yıl; medyan=12, range=155) olarak tespit edilmiştir. Katılımcılarımızdan sigara kullananların sigara bırakmayı deneme ortalaması 2.87 ± 2.22 kez (Min-Max= 1-10; medyan=2, range=9) olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Sigara Kullanımı ve Bırakma Sürecine İlişkin Özellikleri (n=59)

Hemşirelerin sigara kullanımına ilişkin özellikleri	n	%
Sigara kullanım süresi		
0-10 yıl	18	31.0
11-20 yıl	21	36.2
21 yıl ve üstü	19	32.8
Sigara kullanım süresi (yıl), X±SS	16.68±8.27	
Gün içinde en çok sigara kullanılan zaman dilimi		
Gündüz mesaisi	28	48.3
Mesai sonrası	18	31.0
Gece mesaisi	12	20.7
Fagerström puanı, X±SS	2.24±2.36	
Fagerström nikotin bağımlılık durumları		
Çok az bağımlı	37	63.8
Az bağımlı	10	17.2
Orta bağımlı	6	10.3
Yüksek bağımlı	3	5.2
Çok yüksek bağımlı	2	3.4
Semptom **		
Yok	26	30.6
Oksürük	15	17.6
Nefes darlığı	11	12.9
Balgam çıkarma	16	18.8
Efor kaybı	17	20.0
Hemşirelerin sigara bırakma sürecine ilişkin özellikleri		
Sigarayı bırakma isteği		
Evet	33	56.9
Hayır	25	43.1
Sigarayı bırakma deneyimi		
Evet	52	89.7
Hayır	6	10.3
Profesyonel yardım alma durumu		
Evet	12	23.1
Hayır	40	76.9
Sigarayı bırakmayı başaracağını düşünüyor mu?		
Evet	44	75.9
Hayır	14	24.1
En uzun süre ne kadar içmedi (ay), X±SS	20.17±28.49	
Sigara bırakmayı kaç kez denedi, X±SS	2.87±2.22	

*X: Ortalama, SS: Standart sapma.

** Katılımcıların birden fazla semptom işaretlemelerine izin verilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve sigara kullanımları arasındaki karşılaştırmalar Tablo 3’de verilmiştir. Katılımcıların yaş grupları ile sigara kullanımları arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). 40 yaş üstü grup 20-39 yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha fazla sigara kullanmaktadır. Çalışılan birimler ile sigara kullanma durumlarına ait karşılaştırmalarda cerrahi birimlerde çalışanların dahili birimlerde çalışanlara oranla daha fazla sigara kullandıkları tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olmaları, eğitim durumları ve gelir algıları ile sigara kullanımları arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Katılımcılarımızdan sigara kullananların bırakma durumlarına ait karşılaştırmalar Tablo 4’de sunulmuştur. Katılımcıların çalıştıkları birimler ile sigara bırakma istekleri arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sigara kullanan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların cerrahi birimlerde çalışanlara göre sigara bırakmayı daha çok istediği tespit edilmiştir. Katılımcılarımızdan sigara kullananların; cinsiyet, medeni

durum, çocuk sahibi olmaları, eğitim durumları ve gelir algıları ile sigara bırakma istekleri arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 3. Hemşirelerin Sigara Kullanımları ile İlişkili Etmenler (n=131).

	Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	51	44.3	64	55.7	0.002	0.964
Erkek	7	43.8	9	56.3		
Yaş						
20-39	21	32.3	44	67.7	7.489	0.006
40 ve üstü	37	56.1	29	43.9		
Medeni durum						
Evli	47	45.2	57	54.8	0.172	0.678
Bekar	11	40.7	16	59.3		
Çocuk varlığı						
Var	55	46.2	64	53.8	1.989	0.158
Yok	3	25.0	9	75.0		
Eğitim durumu						
Lise	3	50.0	3	50.0		
Ön Lisans	7	33.3	14	66.7	1.962	0.580
Lisans	43	47.8	47	52.2		
Lisansüstü	5	35.7	9	64.3		
Gelir algısı						
Gelir gidere eşit	25	41.0	36	59.0	1.299	0.522
Gelir giderden	30	49.2	31	50.8		
Gelir giderden fazla	3	33.3	6	66.7		
Çalıştığı birim						
Dahili Birimler	34	42.0	47	58.0	0.455	0.050
Cerrahi Birimler	24	48.0	26	52.0		

Tablo 4. Hemşirelerin Sigara Bırakmayı İsteme Durumları ile İlişkili Etmenler (n=58).

	Sigarayı bırakmak isteyen		Sigarayı bırakmak istemeyen		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	29	56.9	22	43.1	0.000	0.989
Erkek	4	57.1	3	42.9		
Yaş						
20-39	13	65.0	7	35.0	0.817	0.366
40 ve üstü	20	52.6	18	47.4		
Medeni durum						
Evli	27	57.4	20	42.6	0.031	0.861
Bekar	6	54.5	5	45.5		
Çocuk varlığı						
Var	27	54.0	23	46.0	1.240	0.265
Yok	6	75.0	2	25.0		
Eğitim durumu						
Lise	1	33.3	2	66.7		
Ön Lisans	4	57.1	3	42.9	1.788	0.618
Lisans	24	55.8	19	44.2		
Lisansüstü	4	80.0	1	20.0		
Gelir algısı						
Gelir gidere eşit	17	68.0	8	32.0		
Gelir giderden	15	50.0	15	50.0	2.518	0.284
Gelir giderden fazla	1	33.3	2	66.7		
Çalıştığı birim						
Dahili Birimler	25	73.5	9	26.5	9.269	0.002
Cerrahi Birimler	8	33.3	16	66.7		

TARTIŞMA

Bu çalışmada bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin sigara kullanımlarını tespit etmek, sigara kullanımıyla ilişkili risk faktörlerini belirleme ve bırakma girişimleri ile ilişkili etmenleri değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmamız sonucunda örneklemimizde bulunan hemşirelerin %37.4’ünün her gün düzenli olarak, %6.9’unun da ara sıra

olmak üzere toplamda %44.3'ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir. Hemşirelerde yaş grupları arasındaki karşılaştırmada 40 yaş üstü hemşirelerin daha fazla sigara kullandığı, cerrahi branşlarda çalışan hemşirelerin daha az oranda sigarayı bırakmak istendiği saptanmıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin sigara kullanma prevalansı yüksek bulunmuştur benzer şekilde; dünyada hemşireler arasında sigara içme ve sigarayı bırakma konusundaki tutumlarına ilişkin yakın tarihli bir uluslararası inceleme hemşirelerin sigara içme oranlarının Çin'de %2'den Kuzey İrlanda'da %25.8'e kadar ve İtalya, Sırbistan ve İspanya'da %30'un üzerinde olduğunu bildirmiştir (Chandrakumar ve Adams, 2015). Ülkemizde sağlık çalışanlarının madde, sigara ve internet bağımlılıkları üzerine çalışma yürüten Özsoy ve Kulu (2021); Tokat Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi sağlık çalışanları ile yaptıkları araştırmalarında hemşirelerde sigara kullanma oranını %41.8 olarak bildirmişlerdir. Sezgin ve Pirinçci'nin (2020) 436 hemşire ile yaptıkları çalışmalarında; hemşirelerde sigara kullanım oranını %52.8 olarak bildirmişler, bu kişilerin %39.0'u her gün düzenli olarak içerken %13.8'u ara sıra içtiğini bildirmişlerdir. Özvurmaz ve Yavaş'ın (2018) hekim dışı sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmalarında %35.1, Üzer'in (2018) Kastamonu Devlet Hastanesinde çalışan sağlık personeli ile yaptığı çalışmasında %30.0, Alışkın ve arkadaşları (2015) çalışmalarında sağlık çalışanlarının %27'sinin her gün, %13.3'ünün nadiren içtiğini saptamışlardır. Çalışmamızdaki yüksek sigara kullanım prevalansı özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarla uyumludur. Türkiye'de eğitim ve gelir düzeyi yüksek, çalışan kadınların daha fazla sigara içtiği literatürde saptanmıştır. Ayrıca kadınlarda sigara içmenin modernite, özgürleşme ve bağımsızlık gibi kavramlarla ilişkilendirildiği vurgulanmıştır (Hassoy, Ergin ve Kunst, 2014). Çalışmamızın örneklemindeki hemşireler yukarıda tarif edilen sosyo-ekonomik profille uyumludur.

TÜİK rakamlarına göre Türkiye'de her 7 kadından 1'i (%14.9) sigara kullanıcısıyken bu oran erkeklerde neredeyse her 2 erkekte 1'i (%41.3) oranında olduğu tespit edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019). Sigara kullanımı ile cinsiyet arasındaki ilişki büyük oranda erkeklerin aleyhinedir. Hemşireler üzerine yapılan çalışmalarda da sigara kullanımı ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki bildiren çalışmalar mevcuttur (Alışkın ve ark., 2015; Özvurmaz ve Yavaş 2018; Sezgin ve Pirinçci, 2020). Araştırmamızın sonuçlarına göre sigara kullanımı ile cinsiyet arasında anlamlılık tespit edilmemiştir. Çalıştığımız popülasyondaki erkek katılımcı sayısının az olması (%12.2) ile ilgili olabileceği düşünülen bu durum çalışmamızın bir sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda yaşı 40 ve üstü grupta olan hemşirelerin, 40 yaş altındakilere oranla anlamlı düzeyde fazla sigara kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmamız Üzer'in (2018) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Sezgin ve Pirinçci

(2020) Muş İlinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında 31 yaş ve üzeri hemşirelerde sigara içme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Hemşireler gibi yüksek eğitilmiş kadınlarda daha fazla sigara içme paterninin öncelikle genç jenerasyonlarda ortadan kalktığı saptanmıştır (Hassoy ve ark., 2014). Bulgularımız bu durumu destekler niteliktedir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre; daha yoğun ve stresli olduğu bilinen cerrahi birimlerde çalışan (ameliyathane, acil, yoğunbakım) hemşirelerin, dahili birimlerde (poliklinikler, servisler) çalışanlara oranla daha fazla sigara kullandığı tespit edilmiştir, çalışmamız Alışkın ve arkadaşlarının (2015) çalışmasıyla uyumludur. Çalışmalar, stresin sigara içme prevalansını artıran birincil faktör olduğunu ve yüksek düzeyde stresin, özellikle kadınlar arasında artan sigara içme prevalansı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Steptoe, Wardle, Pollard, Canaan ve Davies, 1996; Torres ve O'Dell, 2015). Cerrahi branşların yoğun ve hızlı temposu, strese ve dolayısıyla sigara içme prevalansının artmasına katkıda bulunan faktörler olabilir. Ek olarak, yoğun çalışma ortamı ve yüksek iş talepleri sigara ile ilişkili olabilir (Albertsen, Borg ve Oldenburg, 2006). Kadınlar arasında sigara içme prevalansının çalışma tempolarının hızıyla birlikte arttığı gösterilmiştir (Steptoe ve ark., 1998). Bu nedenlerden dolayı cerrahi branşlarda çalışan hemşirelerin sigarayı bırakma istekleri daha az olabilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük oranda sigara bırakmayı deneyimlediği tespit edilmiştir (%89.7). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bu oranı Üzer (2018) %64.8, Aydoğan Eroğlu (2013) %68.9 olarak bildirmişlerdir. Literatürle uyulan bulgularımız sağlık çalışanlarının sigara bırakmayı denediğinin ve desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları; çalışmamızın kesitsel tasarımı olması sebebiyle neden-sonuç ilişkisi aynı anda incelenmiştir. Bu bir sınırlılık yaratmış olabilir. Çalışmamızda sigara içme değişkeninin sorgulanması öz bildirimle dayalı olarak yapılmıştır. Bu nedenle eksik bildirim meydana gelmiş olabilir; ancak yapılan çalışmalarda sigara içmeyle ilgili öz bildirim güvenilir, tutarlı ve doğru olduğu bildirilmiştir (Patrick ve ark., 1994; Soulakova, Hartman, Liu, Willis ve Augustine, 2012). Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı da evrenimizdeki erkek sayısının az olmasıdır.

SONUÇ

Sonuç olarak hemşireler arasında sigara kullanımı yaygındır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının sigara kullanım sıklıklarının izlenmesi, sigara bırakma konusunda desteklenmesi ve sigara bırakmaya yönelik hizmetlerin rutin olarak sunulması önem arz etmektedir. Ayrıca 40 yaş üstü kadın çalışanlar ve yoğun-stresli çalışma ortamında görev yapan gruplara sigara bırakma konusunda disiplinlerarası profesyonel yardım sağlanması, sigara kullanım oranlarının

düşürülmesinde fayda sağlayabilir. Stresli branşlarda görev yapan sağlık çalışanlarına, stresle baş etme, stres yönetimi gibi rehabilite edici uygulamalarla destek olmak, sağlık çalışanını başta sigara bırakma olmak üzere her alanda motive edip güçlendirilebilir. Özellikle yüksek oranda sigara bırakma isteği ve denemesi olmasına rağmen, profesyonel yardım alma oranının düşük olması konusunda yapılacak müdahale çalışmaları gelecekte hemşirelerin sigarayı bırakmasının önündeki engellerin kaldırılmasını kolaylaştırabilir.

Teşekkür

Yoğun iş tempolarına rağmen çalışmamıza katılarak bize destek olan meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Albertsen, K., Borg, V., Oldenburg, B. (2006). A systematic review of the impact of work environment on smoking cessation, relapse and amount smoked. *Preventive medicine*, 43, 291-305.
2. Alıskın, Ö., Savas, N., İnandı, T., Peker, E., Erdem, M., Yeniçeri, A. (2015). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 6(24), 32-42.
3. Aslan, D., Bilir, N., Özcebe, H. ve Ergüder, T. (2008). Türkiye’de sağlık çalışanlarının sigara içme durumları ve etkileyen faktörleri araştırma raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
4. Aydoğan Eroğlu, S. (2013). İstanbul’da genel bir devlet hastanesinde çalışanların sigara içme durumu ve etkileyen faktörler *İstanbul Med J*, 14, 170-4. doi: 10.5152/imj.2013.46
5. Chandrakumar, S. Adams, J. (2015). Attitudes to smoking and smoking cessation among nurses. *Nurs Stand*, 30(9), 36-40. doi:10.7748/ns.30.9.36.s44
6. Drope, J. ve Schluger, N.W. (Ed.). (2018). *The Tobacco Atlas 6th Edition*. Atlanta USA: American Cancer Society.
7. Global Adult Tobacco Survey (GATS) (2010). Turkey Report. Erişim tarihi:04.09.2021 http://file.tkd.org.tr/pdfscop/tobacco_plan_en.pdf
8. Global Adult Tobacco Survey (GATS) (2012). Turkey Report. Erişim tarihi:04.09.2021 <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/GATS-2012-ENG-25-07-2014.pdf>
9. Global Adult Tobacco Survey (GATS) (2016). Turkey FactSheet. Erişim tarihi:04.09.2021 www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf.
10. Gorin, S.S. (2001). Predictors of tobacco kontrol among nursing students. *Patient education and counseling*, 44, 251-262.
11. Gorin, S.S., Heck, J.E. (2004). Meta-analysis of the efficacy of tobacco counseling by health care providers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 13, 2012-2022.
12. Hassoy, H., Ergin, I., Kunst, A.E. (2014). Socioeconomic inequalities in current daily smoking in five Turkish regions. *Int J Public Health*, 59(2), 251-60. doi: 10.1007/s00038-013-0476-z.
13. Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 86, 1119-27.
14. Merrill, R., Gagon, H., Harmon, T., Milovic, I. (2010). The importance of tobacco cessation training for nurses in Serbia. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41, 2, 89-96.
15. Nilan, K., McKeever, T.M., McNeil, A., Raw, M., Murray R.L. (2019). Prevalence of tobacco use in healthcare workers: a systematic review and metaanalysis. *Plos One* 14(7). doi:10.1371/journal.pone.0220168
16. Özsoy, F., Kulu, M. (2021). Sağlık çalışanlarında bağımlılık: sigara, alkol, internet, akıllı telefon bağımlılığı ve dikkat eksikliği düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Derg*, 31(1), 82-90.
17. Özvurmaz, S., Yavaş, S. (2018). Hekim dışı sağlık çalışanlarının sigara içme ve bağımlılık düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Dergisi*, 11(2), 157-162.
18. Patrick, D.L., Cheadle, A., Thompson, D.C., Diehr, P., Koepsell, T., Kinne, S. (1994). The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 84, 1086-93.
19. Raw, M., Anderson, P., Batra, A., Dubois, G., Harrington, P., Hirsch, A. (2012). WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tobacco control*, 11(1), 44-6. doi:10.1136/tc.11.1.44
20. Rice, V.H., Hartmann-Boyce, J., Stead, L.F. (2013). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 12 (8). doi:10.1002/14651858.CD001188.pub4
21. Sağlık Bakanlığı Çalışanları Tütün Kullanımı Araştırması 2011 Ön Raporu HASUDER http://www.ssuk.org.tr/savefiles/basin_bulteni_10_0_9_2012.pdf.
22. Sezgin, L., Pirinççi, E. (2020). Muş ili ve ilçelerindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerin sigara içme durumlarının değerlendirilmesi. *KSÜ Tıp Fak Der*, 15(3), 14-21.
23. Soulakova, J., Hartman, A., Liu, B., Willis, G., Augustine, S. (2012). Reliability of adult self-reported smoking history: data from the tobacco use supplement to the current population survey 2002-2003 cohort. *Nicotine Tobacco Res.* 14, 952-60.
24. Steptoe, A., Wardle, J., Pollard, T.M., Canaan, L., Davies, G.J. (1996). Stress, social support and health-related behavior: A study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 171-80.
25. Steptoe, A., Wardle, J., Lipsey, Z., Mills, R., Oliver, G., Jarvis, M. (1998). A longitudinal study of work load and variations in psychological well-being, cortisol, smoking, and alcohol consumption. *Annals of Behavioral Medicine*, 20,84-91.

27. Torres, O., O'Dell, L. (2015). Stress is a principal factor that promotes tobacco use in females. *Prog neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 65. doi: 10.1016/j.pnpbp.2015.04.005
28. Türkiye İstatistik Kurumu (2019). Erişim tarihi:04.09.2021 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>.
29. Uysal, M.A., Kadakal, F., Karşıdağ, C., Bayram, N.G., Uysal, O., Yılmaz, V. (2004). Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*, 52, 115-121.
30. Üner, S. ve Okyay, P. (Ed.). (2020). Türkiye sağlık raporu 2020. Ankara: Hipokrat Yayınevi.
31. Üzer, F. (2018). Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış. *Türk Aile Hek Derg* 22 (2), 92-99.
32. WHO. (2010). Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Erişim tarihi:04.10.2021, www.who.int/fctc/Guidelines.pdf?ua=1.
33. WHO. (2021, Apr) . 2021. Erişim tarihi:04.10.2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
34. WHO. (2021, July) Report on the Global Tobacco Epidemic 2021 Erişim tarihi:10.10.2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.875287>

Derleme

Alt Ekstremitte Cerrahisi Geçiren Bireylerin Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı Care According to Kolcaba's Comfort Theory in Individuals Undergoing Lower Extremity Surgery

Beyza BEKTAŞOĞLU^a, Semra EYİ^b

^a Yüksek Lisans Öğrencisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, ESKİŞEHİR, TÜRKİYE

^b Dr. Öğr. Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, ESKİŞEHİR, TÜRKİYE

ÖZET

Kemik, eklem, yumuşak doku deformiteleri ile femur kırıkları alt ekstremitelerde ciddi oranda mortaliteye sebep olan durumlar arasındadır. Alt ekstremitte cerrahileri sonrası ağrı, hareketsizlik, kullanılan alçılar ve pansumanlar bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için en önemli unsur olan hareket yeteneğinde azalmaya neden olmakta, bireyi hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilemektedir. Alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylere bakım veren ortopedi hemşireleri, cerrahi sonrası bireylerin ağrılarını azaltmak ve en erken dönemde günlük yaşam aktivitelerine dönmelerini sağlamak amacıyla genel hemşirelik bakımı dışında konfor artırıcı uygulamaları süreç planlamalarına katarak kaliteli bir bakım sunmalıdır. Konfor kuramı doğrultusunda alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylere verilen bakımın ortopedi hemşirelerine daha özgün bir anlayış kazandırabileceği düşünülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda yola çıkılan bu çalışmada Katharina Kolcaba konfor kuramı çerçevesinde, alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin evde bakımına yönelik bir rehber hazırlanmış ve rehberin bu bireylere bakım veren ortopedi hemşirelerine özgün bir anlayış kazandırması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Alt Ekstremitte Cerrahisi, Hemşirelik Bakımı, Konfor, Kuram

ABSTRACT

Bone, joint, soft tissue deformities and femur fractures are among the conditions that cause severe mortality in the lower extremities. Pain, inactivity, plasters and dressings used after lower extremity surgeries cause a decrease in the ability to move, which is the most important element to meet the needs of the individual, and affect the individual both physically and psychologically. Orthopedic nurses who care for individuals undergoing lower extremity surgery should offer quality care by attaching comfort-enhancing practices other than general nursing care to process planning in order to reduce the pain of postoperative individuals and to ensure that they return to daily life activities at the latest. It is thought that the care given to individuals undergoing lower extremity surgery in line with comfort theory can give orthopedic nurses a more unique understanding. In accordance with this information, which was set out in line with this information, a guide was prepared for the home care of individuals undergoing lower extremity surgery within the framework of Katharina Kolcaba comfort theory and the guide was aimed to provide a unique understanding to orthopedic nurses who care for these individuals.

Key Words: Comfort, Lower Extremity Surgery, Nursing Care, Theory

*Sorumlu Yazar: Beyza BEKTAŞOĞLU

Adres: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, ESKİŞEHİR, TÜRKİYE

e-posta: beyza.bktsel@gmail.com

Geliş tarihi:05.02.2021

Kabul tarihi:17.12.2021

GİRİŞ

Kemik, eklem, yumuşak doku deformiteleri ile femur kırıkları alt ekstremitelerde ciddi oranda mortaliteye sebep olan durumlar arasındadır (Çopuroğlu ve Heybeli, 2011). Bu deformite ve kırıklar, bağımsız aktiviteler yapabilen bireylerin ağrı, hareket kısıtlılığı yaşamaları nedeniyle tedavi sonrası bile bağımsız yaşama dönememesine ve ajite olmalarına sebep olmaktadır (Tüzün ve Tıkız, 2006). Bu nedenle alt ekstremitte deformite ve kırıkları, ilaçlar veya aylarca sürebilen fizyoterapiye rağmen cerrahi müdahaleyi gerektirebilmektedir. Ortopedide alt ekstremitteye yönelik sıklıkla karşılaşılan cerrahi tedaviler artroskopi, artroplasti ve amputasyonları içermektedir (Lucas, Drozd, Flynn ve Blair, 2014; Tosun ve ark., 2015). Alt ekstremitte cerrahileri sonrası ağrı, hareketsizlik, kullanılan alçılar ve pansumanlar bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için en önemli unsur olan hareket yeteneğinde azalmaya neden olmakta, bireyi hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilemektedir (Bölükbaşı, 2008; Tosun ve ark., 2015). Bu durum alt ekstremitte cerrahisi sonrasında, cerrahi başarının yanı sıra etkili bakım, iyi yönetilmiş rehabilitasyon süreci, taburculuk sonrası evde bakımın planlanması ile çok yönlü bakımın ve bakımda sürekliliğin önemini ortaya çıkarmaktadır (Savcı ve Bilik, 2015). Çünkü uzun süre hastanede kalış, yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenmesi, dolayısı ile konforunun bozulmasına neden olmaktadır.

Ortopedi hemşireleri alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin cerrahi sonrası ağrılarını azaltmak ve en erken dönemde günlük yaşam aktivitelerine dönmelerini sağlamak amacıyla genel hemşirelik bakımı dışında konfor artırıcı uygulamaları süreç planlamalarına katarak kaliteli bir bakım sunmalıdır (Drozd, Jester ve Santy, 2007). Ortopedi hemşireleri hasta konforunu, ameliyat öncesi dönemden başlayarak taburculuk dönemine kadar süren geniş bir yelpazede sağlamak durumundadır. Cerrahi öncesi dönemde hasta anksiyetesini azaltmak, cerrahi sırası dönemde hasta anestezi aldığı mahremiyetini, vücut ısını korumak ve güvenliğini sağlamak, cerrahi sonrası dönemdeki ağrı gibi konforunu etkileyecek durumları kontrol altına almak ortopedi hemşirelerinin bakım sürecinde dikkat etmeleri gereken girişimlerdir (Arslankılıç ve Göl, 2020). Literatürde yer alan çalışmalarda, hasta konforunu etkileyen durumları dikkate alarak verilen bakımın ve hastalara bu doğrultuda verilen taburculuk eğitiminin hasta konforunu arttırdığı belirtilmektedir (Gürçayır, 2011; Yılmaz ve ark., 2018).

Bu nedenle konfor kuramı doğrultusunda alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylere verilen bakımın ortopedi hemşirelerine daha özgün bir anlayış kazandırılabilceği düşünülmektedir.

KONFOR KURAMI

Latince “güçlendirmek” anlamına gelen “confortare” kelimesinden türeyen konfor kavramı, “fiziksel, maddi ve

ruhsal olarak iyi olma durumu, sıkıntılardan kurtulma” olarak tanımlanabilmektedir (Terzi ve Kaya, 2017). Fransızca sözlüğe ise konfor kelimesi, “rahatlık” olarak geçmektedir (Çınar Yücel, 2011). Hemşirelikte bireye özgü bir kavram olarak görülen konfor kavramı, çeşitli kuramcılar tarafından kaliteli bakımın parçası olarak kabul edilmiştir (Arslankılıç ve Göl, 2020).

1990 yılında ilk kez Katharina Kolcaba tarafından bir hemşirelik kuramı olarak ortaya atılan konfor kuramı, bireyin ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için gereksinimlerine yönelik yardım etme, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bütünlük içinde ihtiyaca yönelik önlem alıcı veya destekleyici bakım sunmadır (Terzi ve Kaya, 2017).

Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları

Kolcaba’ya göre konfor kuramı düzeyi ve boyutları olarak iki gruba ayrılmıştır. Birinci grupta konfor üç düzey olarak ele alınmaktadır.

1. Ferahlama:

Bireyin gereksinimlerini karşılamaya başladıkça konforu bozan durumdan kurtulmayı hissettiği durumdur (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

2. Rahatlama:

Bireyin huzur duyarak memnuniyetini bildirmesi durumudur (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

3. Üstünlük:

Bireyin gücünün artarak sorunlarının üstesinden gelebildiği durumdur (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

İkinci grupta ise Kolcaba konforu holistik yaklaşıma göre 4 boyutta ele almıştır.

1. Fiziksel konfor:

Ağrı, beslenme, bağırsak fonksiyonları, dinlenme, egzersiz gibi bedensel algılarla ilgili durumlardır. Fiziksel konforun devamlılığı için sıvı- elektrolit dengesi, yeterli oksijen saturasyonu, dengeli kan biyokimyası gibi fizyolojik faktörlerde sapma olmaması gerekmektedir (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

2. Psikospiritüel konfor:

Bireyin yaşamına anlam veren; öz saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma gibi manevi duyguları kapsamaktadır. Cerrahi süreçte yaşanan anksiyete ve bilgi eksikliği gibi konular psikospiritüel konfora etki etmektedir (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

3. Sosyo-kültürel konfor:

Hemşire, dini ve kültürel inançlara uygun bakım verme, bilgi eksikliğini ve iletişim sorunlarını giderme, sosyal yaşama adapte olma, taburculuk eğitimi gibi konularda bireyin ailesiyle de iş birliği içerisinde sosyal konfora katkı sağlamaktadır (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

4. Çevresel konfor:

Gürültü, ışık, sıcaklık, kötü kokular ve mahremiyet gibi dış etkenlere bağlı olarak bireyin konforunu etkileyen çevresel durumlardır. Rahatsız edici bir yatak, soğuk bir ortam, parlak ışıklar bireyin çevresel konforunu önemli derecede azaltır (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

Bu bilgiler doğrultusunda yola çıkılan bu derlemede Katharina Kolcaba konfor kuramı çerçevesinde, alt ekstremite cerrahisi geçiren bireylerin bakımına yönelik bir rehber hazırlanmış ve rehberin bu bireylere bakım veren ortopedi hemşirelerine özgün bir anlayış kazandırması amaçlanmıştır.

Alt Ekstremitte Artroplastileri Sonrası Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı

Kalça Artroplastisi

Kalça artroplastisi ameliyatı sonrası bireylerin evde dikkat etmesi gereken durumlar bulunmaktadır. Hastalar dikkatli bir şekilde bu uygulamalara uyduğunda daha konforlu bir süreç geçirebilirler. Cerrahi sonrasında hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları; akut ağrı, gereksinimden az beslenme, sıvı-elektrolit dengesizliği riski, fiziksel harekette bozulma, aktivite intoleransı, özbakım eksikliği, uyku örüntüsünde bozulma, konstipasyon, anksiyete, bilgi eksikliği, enfeksiyon riski, aile ilişki ve rollerini sürdürmede yetersizlik ile terapötik rejimi yönetmede yetersizlik olabilmektedir. Bu tanımlar, konfor düzeyi ve boyutları sınıflandırması ile ilişkilendirilerek bakım rehberi oluşturulmuştur (Tablo 1) (Köse ve Güler Demir, 2019).

Diz Artroplastisi

Diz eklemi, insan vücudunun en büyük ve pek çok hareketi sağlayabilen kondiler tip eklemdir. 0-140° fleksiyon ekstansiyon şeklinde ana hareketini yaparken 5-10° hiperekstansiyon hareketine ve 30° fleksiyondan sonra 5-25° rotasyon hareketlerine de izin vermektedir. Protez sonrasında da diz bu yuvarlanma ve kayma hareketlerine devam edebilmelidir (Demir ve Çalış, 2002). Operasyon sonrasında hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları; akut ağrı, gereksinimden az beslenme, sıvı-elektrolit dengesizliği riski, fiziksel harekette bozulma, aktivite intoleransı, özbakım eksikliği, uyku örüntüsünde bozulma, konstipasyon, anksiyete, bilgi eksikliği, enfeksiyon riski, aile ilişki ve rollerini sürdürmede yetersizlik ve terapötik rejimi yönetmede yetersizlik olarak bu tanımlar konfor düzeyi ve boyutları sınıflandırması ile ilişkilendirilerek bakım rehberi oluşturulmuştur (Tablo 2) (Köse ve Güler Demir, 2019).

Alt Ekstremitte Amputasyonları Sonrası Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı

Amputasyon hastalarında, bedensel değişimle beraber hastada depresyon ve stres bozukluğu görülebilmektedir (Oğul ve Erden, 2005). Amputasyon sonrası hastalarda kanama, nekroz, ağrı, ödem, enfeksiyon, fantom ağrısı, psikolojik ve sosyal sorunlar, protez kullanımına ilişkin sorunlar oldukça fazla görülebilmektedir (Kaya ve Bilik, 2020). Akut ağrı, duysal algıda bozulma, öz bakım eksikliği, fiziksel harekette bozulma, deri bütünlüğünde bozulma, etkisiz başetme, beden imajında bozulma, bilgi eksikliği, sosyal izolasyon, enfeksiyon riski, düşme riski, anksiyete, keder, umutsuzluk ve aile içi rollerde bozulma gibi hemşirelik tanıları hasta konforu ile ilişkilendirilerek bakımda yol göstermektedir (Tablo 3) (Köse ve Güler Demir, 2019).

Alt Ekstremitte Artroskopileri Sonrası Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı

Artroskopisi işlemi hem tanısal hem de tedavi amaçlı kullanılabilen son zamanların yaygın cerrahi işlemidir. Alt ekstremitede özellikle dizde, küçük invaziv girişim açılarak optik kamera ve artroskop denilen cihaz ile yapılan işlem sonrasında hasta günlük yaşamına kısa sürede dönebilmektedir (Yavuz, 2014). Artroskopisi sonrası hemşirelik tanıları; akut ağrı, fiziksel mobilitede bozulma, aktivite intoleransı, öz bakım eksikliği, düşme riski, rollerini yerine getirmede kesintiye uğrama ve bilgi eksikliği şeklinde olup konfor düzeyi ve boyutlarıyla ilişkilendirilerek bakım rehberi sunulmaktadır (Tablo 4) (Köse ve Güler Demir, 2019).

SONUÇ





Sonuç olarak, kalça artroplastisi, diz artroplastisi, amputasyon ve artroskopisi gerektiren alt ekstremitte cerrahisi hastaların konforunu önemli ölçüde etkilemektedir. Kolcaba'nın konfor kuramı doğrultusunda alt ekstremitte cerrahi girişimleri sonrasında hasta bireyin, fiziksel boyutta ferahlama düzeyinde; uygulaması gereken egzersizleri öğrenmesi, refah düzeyinde öğretilen egzersizleri uygulaması, oral alımının yeterli olmasına, düzenli uyku, ağrı yönetimi ve üstünlük düzeyinde ise uyguladığı egzersizlerle günlük aktivite düzeyini arttırması yönünde girişimler planlanmalıdır. Psikospirüel boyutun ferahlama, refah ve üstünlük düzeylerinde bireyin kendi bakımına aktif olarak katılması sağlanmalı ve etkili başetme beceresi göstermesi konusunda destek verilmelidir. Hasta bireyin psikolojik durumunu göz önünde bulundurarak duygularını ifade etmesine izin verilmeli ve öz bakım gereksinimlerini karşılaması için kendisine fırsat verilmelidir. Çevre boyutunda hasta bireyin ferahlama ve refah düzeylerinde hasta bireyin ihtiyaç duyduğu yardımcı araç gereçler ve bulunduğu çevrenin düzeni, çevrenin hastaya uygun düzenlenmesi ile düşme riskinin en aza indirilmesine yönelik girişimlere yer verilmelidir. Sosyokültürel boyutun ferahlama, refah ve üstünlük düzeylerinde hasta birey rol ve sorumluluklarını yerine getirmede cesaretlendirilmeli, ailesi ile

koordineli olması sağlanmalıdır. Buna yönelik ortopedi hemşirelerinin hasta eğitim sürecinde yararlanacakları yeterli kaynak olmaması sebebiyle hasta konforunu da göz önüne alarak Kolcaba'nın konfor kuramı taksonomik yapısı, alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin evde bakım uygulamaları ile ilişkilendirilerek tablolar oluşturulmuştur. Planlanan bu tabloların hasta konforuna önem veren bir hasta eğitim yöntemi olarak literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Akan, K. H. (2015). Diyabetik ayakta amputasyon. *TOTBİD Dergisi*, 14, 421-432
- Arslankılıç Ç., Göl E. (2020). Kolcaba'nın konfor kuramının cerrahi operasyon geçiren hastalarda kullanımı: sistematik derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 34-44.
- Başal, Ö. Korkmaz, S., Türk, B. (2015). *Ortopedi ve Spor Yaralanmaları Asistan Kitabı içinde: Amputasyonlar.*, Atay T. (Ed.), Derman yayıncılık, Ankara, s: 857.
- Böyükbaşı S. (2008).3 Kemik ve yaşlanma. *Türkiye Klinikleri*, 28, 130-133.
- Çınar Yücel, Ş. (2011). Kolcoba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(2), 79-88.
- Çoban, N., Gezginci, E., Göktaş, S. (2019). Amputasyon bakımında Abdellah'ın modelinin kullanımı: olgu sunumu. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 249-256.
- Çopuroğlu, C., Heybeli, N. (2011). Yaşlılarda ortopedik sorunlar. *GeroFam*, 2(1), 1-10.
- Demir, H., Çalış, M. (2002). Diz artroplastisi rehabilitasyonu. *Erciyes Tıp Dergisi*, 24(4), 194-201
- Drozd, M., Jester, R., Santy, J. (2007). The inherent components of the orthopaedic nursing role: An exploratory study. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11, 43-52
- Ekici, B. (1995). Amputasyon ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Bülteni*, 9(36), 49-53.
- Erek Kazan, E. (2011). Soğuk uygulamalar ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(1), 73-82
- Gürçayır D. (2011). Kalça protezi ameliyatı olacak hastalara verilen eğitimin ameliyat sonrası konfor düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Halstead, J. A. (2004). *Orthopedic Nursing: Caring for Patients with Musculoskeletal Disorders içinde: Care Of Patients With A Fractured Hip.* Halstead J. A.(Ed.), Western Schools, Brockton,, s:100-102.
- Kaya, Ç., Bilik, Ö. (2020a). Amputasyon ameliyatı uygulanan bir hastanın roy uyum modeli'ne göre yapılandırılmış hemşirelik bakımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 17(Ek Sayı), 131-9.
- Kaya, Ç., Bilik, Ö. (2020b). Total diz protezi ameliyatı planlanan bireylere neden danışmanlık verilmeli? *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(1), 25-30
- Köse, G., Güler Demir, S. (2019). Kavram Haritası ve Akış Şemalı Cerrahi Hemşireliği içinde: Kas İskelet Sistemi Cerrahisinde Bakım. Karadağ M., Bulut, H (eds.), Vize, Ankara, s: 823-879.
- Lucas, B., Drozd, M., Flynn, S., Blair, V. (2014). *Orthopaedic and trauma nursing An evidence-based approach to musculoskeletal care içinde: Elective Orthopaedic Surgery.* Clarke S, Santy-Tomlinson J (eds.), John Wiley ve Sons, UK, s:168.
- Oğul, M., ve Erden, G. (2005). Amputasyonun psikososyal boyut. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 7, 27-33.
- Savcı, A., Bilik, Ö. (2015). Hemşirelik bakımı ile modelin buluşması: total diz protezi uygulanan hastalarda roy uyum modeline göre yapılandırılmış sürekli bakım. *DEUHFED*, 8(2), 145-154
- Terzi, B., Kaya, N. (2017). Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 67-74.
- Tosun, B., Aslan, Ö., Tunay, S., Akyüz, A., Özkan, H., Bek, D., Açıksöz, S. (2015). Turkish version of Kolcaba's immobilization comfort questionnaire: a validity and reliability study, *Asian Nursing Research*, 9(4), 271-356
- Tüzün, Ç., Tıkız, C. (2006). Yaşlılarda kalça kırığı ve rehabilitasyon sorunları. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(2), 108-116.
- Yavuz, M. (2014). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım içinde: Kas İskelet Sistemi Hastalıkları. Karadokovan A, Eti Aslan F (eds.), Akademisyen Tıp, Ankara, s: 1272-1295.
- Yıldırım, M., Kanan, N. (2016). Fantom ekstremitte ağrısının yönetiminde ayna terapisinin etkisi. *Ağrı*, 28(3), 127-134.
- Yılmaz, E., Çeçen, D., Kızıl Toğaç, H., Mutlu, S., Kara, H., Aslan, A. (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 3-9.

Tablo 1. Kalça Artroplastisi Sonrası Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı

KONFOR			
Düzeyleri			
Boyutları	Ferahlama (Bireyin gereksinimlerini karşılamaya başladıkça konforu bozan durumdan kurtulmayı hissettiği durumdur)	Rahatlama (Bireyin huzur duyarak memnuniyetini bildirmesi durumudur)	Üstünlük (Bireyin gücünün artarak sorunlarının üstesinden gelebildiği durumdur)
	<p>-İlk sekiz hafta sırt üstü ve yan yatarken bacak arası yastık kullanılmalıdır</p> <p>-Hasta yürürken yürüteç yüksekliği bel hizasının biraz altında olmalı ve dirsekte hafif fleksiyona izin vermeli</p> <p>- Yürütecin tüm noktaları güvenli bir şekilde yere değene kadar sağlıklı ekstremiteler ileletilmemelidir</p> <p>-Gerektiğinde ağırlığı desteklemek için kolları kullanarak yürüteç ve işlem yapılan ekstremiteler aynı anda ilerletmeli sonra sağlıklı ekstremiteler yürüteç ileletmelidir. Bacak çok fazla öne atılmamalı ve eğilmekten kaçınılmalıdır</p> <p>-Yürüteç uçları, yürüteç civataları ve vidaları aşınma ve gevşeklik açısından periyodik olarak incelenmelidir</p> <p>-Hasta kendini sandalyeye otururken destek için yürüteç kullanmamalıdır</p> <p>-Hasta sandalye alçak olmamalı ve hasta tam 90 dereceye bacaklarını bükmemelidir</p> <p>-Hasta oturma pozisyonundan kalkarken hasta yataktan veya sandalyeden kalkmalı ve sonra ellerini yürüteç üzerine koymalıdır.</p> <p>Evde yapabileceği egzersizler;</p> <p>-Ayak parmakları önce kendine çekilip sonra karşıya itilerek pompalama yapılır. Hareket 10 kez tekrarlanır.</p>	<p>-Aktivite düzeyi arttığında hastada artan ağrı şiddeti konforunu etkileyecektir. Bu durumda kontrollü analjezik kullanılabilir. Hasta kendini çok fazla yormamalı, dikkatini başka yöne çekme, sevdiği aktivitelere yönelme gibi nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılarak hastanın ağrısı yönetilmelidir.</p> <p>-Kemik iyileşmesinin hızlanması için hasta düzenli ve dengeli beslenmelidir</p> <p>-Konstipasyonun önlenmesi için hasta lifli gıda almalı ve bol su tüketmelidir</p> <p>-Düzenli uykunun iyileşme üzerine etkisi düşünülerek uyku düzeni sağlanmalı, uykuyu bozabilecek faktörler belirlenerek gerekli önlemler alınmalıdır</p>	<p>-Öncelikle küçük egzersizlerle başlanarak, hastanın aktivitelerini yavaş yavaş arttırması sağlanmalıdır (zamanla merdiven çıkmaya başlar)</p> <p>-Yara yeri kontrolü, akıntı, sızıntı, enfeksiyon belirtileri hastaya öğretilmelidir</p> <p>-Derin ven trombozu önlemek amacıyla hastanın antiembolik çoraplarını giymesi sağlanmalıdır (8 saatte bir yarım saat çıkararak dinlendirebilir)</p> <p>-Hastanın deri bütünlüğünü korumak amacıyla bası oluşan yerlere önlem alınması sağlanmalıdır (sık pozisyon değişimi, uygun bir yatak, antiembolik çorap veya bacak arası yastığın bası uyguladığı yerlerin kontrolünü sağlamak vb.)</p> <p>-Hasta dislokasyon bulguları yönünden (bacak boyunda kısılma, dönme, ani keskin ağrı) takip edilmeli, dislokasyonu önlemek için hastaya eğitim verilmeli ve hastanın 90 dereceden fazla fleksiyondan, iç ve dış rotasyondan kaçınması, açıklanan yürüyüş kurallarına uygun hareket etmesi, pantolon ve çorap giyerken önce ameliyat olan taraftaki bacadan başlaması, çömelme ve bağdaş kurmaktan kaçınması sağlanmalıdır</p>
Fiziksel	 <p>-Uyluğu, dizin arkası yatağa tamamen değecek şekilde kasıp topuk yataktan 5-10 cm yukarıya kalkacak şekilde bacak kaldırılıp 10 sn tutup yavaşça indirilmelidir. Bu egzersiz 10 defa yapılır.</p>  <p>-Ayak bileğinden içe ve dışa doğru döndürülür. Bu hareket günde 3-4 defa 10 kez tekrar edilir.</p>  <p>-Kalça kasları sıkarak kasılıp 5 e kadar sayılıp gevşetilir.</p> 		
Psikospritiyel	<p>-Bilgi eksikliği yaşadığı konular belirlenmeli</p> <p>-Özellikle cinsel ilişkiyi ne zaman yaşayacağı konusunda soru sormada hastalar çekingen davranabilir. Bu konuda hemşirelerin tutumu önemlidir. 8 hafta sonrasında kalçayı aşırı fleksiyondan koruyarak cinsel ilişki yaşayabileceği anlatılmalı, düşüncelerini eşi ile paylaşması sağlanmalıdır</p>	<p>Hasta öz bakımını karşılamada bir süre bakım vericilerinden destek almasının uygunluğu ve bunun geçici olduğunu bilmelidir. Hastanın en üst düzeyde öz bakımına katılımı sağlanmalıdır (saç taramak, ağız bakımını sağlamak gibi yapabileceği aktiviteler).</p> <p>-Yaşadığı zorluklar konusunda hastanın duygularını ifade etmesine izin verilmelidir</p>	<p>-Her gün bir önceki günden daha iyiye gittiğini fark etmeli</p> <p>-Kendi değerinin farkında olmalı, ailesinin, bakım vericilerin, sağlık ekibinin onun için elinden geleni yaptığını hissetmeli</p> <p>-Hastanın bakımı ile ilgili kararlara aktif katılım sağlanmalıdır</p>

Çevresel	-Hasta eve gitmeden düzenleme yapmak önemlidir. -Yürüteç kullanımında halı, mobilya gibi eşyalara takılmaması için ortadan kaldırılmalı, yerler kaygan olmamalıdır -Klozet kullanırken destek amaçlı ayaklarının altına basacak konulmalıdır	-Hastanın kişisel eşyaları uzanabileceği mesafede olmalıdır -Hastanın banyoya yakın olacak şekilde bir odaya yerleşmesi sağlanmalıdır -Gece ışık açık bırakılarak hastanın çevreyi görmesi sağlanmalıdır -Banyoda tutacak vb. yardımcı ekipmanlar bulundurulmalıdır	-Gece lavabo gibi ihtiyaçlarını söylemesi için hasta cesaretlendirilmelidir -Hastanın kaldığı yer kendi alışkanlıklarına göre düzenlenmelidir
Sosyokültürel	-Hastaya yardımcı olabilecek kişiler aile üyeleri veya sağlık görevlisi ayarlanmalıdır -Hastalar ameliyat sonrası tekrar bağımsız yaşama dönemeyeceğini düşünerek depresyona girebilir. Bu durumda yapılabilecekler konusunda aile ile görüşülmelidir. -Özellikle yaşlı hastalarda bakım vericiler deliryum yönünden hastayı gözlemlemelidir (bilinç bulanıklığı, anlamsız konuşmalar, saldırganlık, oryantasyon bozukluğu) ve hastanın kendisine zarar vermesi önlenmelidir.	-Hastanın endişelerini yatıştırmak için dinleyerek sosyal hizmetler, destek gruplar, din adamları gibi potansiyel kaynaklardan yardım alınmalıdır	-Hastaya ilaçlarını saatinde ve düzenli kullanmasının önemini öğretilmeli, ek hastalıkları varsa yine tedaviye uyum göstermesi ve sağlığını tehlikeye atacak davranışlardan kaçınması gerektiği anlatılmalıdır (sigara-alkol kullanımı vb). -Hasta rol ve ilişkilerini sürdürmeye devam etmesi konusunda desteklenmelidir

Bölükbaşı, 2008; Halstead, 2004; Köse ve Güler Demir, 2019; Yavuz, 2014; Yılmaz ve ark., 2018.

Tablo 2. Diz Artroplastisi Sonrası Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı

KONFOR			
Düzeyleri			
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
	(Bireyin gereksinimlerini karşılamaya başladıkça konforu bozan durumlardan kurtulmayı hissettiği durumdur)	(Bireyin huzur duyarak memnuniyetini bildirmesi durumudur)	(Bireyin gücünün artarak sorunlarının üstesinden gelebildiği durumdur)
Fiziksel	-Günde iki kez ev egzersizi yapılmalıdır. Her hareket en az 10 kez olacak şekilde aşırı ağrı ve yorgunluktan kaçınılmalıdır. ✓ Sırt üstü yatarken kalça sıkılarak üçe kadar sayılıp bırakılır. Aynı şekilde dizin arka kısmı yatağa bastırılarak üçe kadar sayılıp bırakılır. ✓ Bacaklar düz iken ayak gaz pedalına basar şekilde ileri ve parmak ucu size doğru bakacak şekilde geri hareket ettirilerek gevşetilir. ✓ Sandalyede otururken sağlam bacak ameliyatlı bacağın üzerine alınıp geriye doğru bastırılır ve gevşetilir. ✓ Ayak bileğine 1.5 kg ağırlık koyarak düz bir şekilde bacak kaldırılıp indirilir. -Başlangıçta trabzanlardan destek alınarak merdiven inip çıkılmalıdır. Hasta merdivenleri çıkarken ilk adımı sağlam bacağıyla, inerken ise ameliyat olduğu bacağı ile atmalıdır -Sementli protezlerde yük verilerle sementsiz protezde yük vermeden mobilizasyon sağlanmalıdır -Hastaya yürümeye yardımcı araçlar tanıtılarak ilk haftalarda yürüteç, diğer haftalar da değnek yardımıyla yaklaşık altı hafta destek alınabilir.	-Hastanın ağrı olduğunda kontrollü analjezik kullanılmalı veya rahatlatıcı aktivitelere yönelmelidir -Hastanın ödem ve ağrısını azaltmak amacıyla soğuk uygulama yapılmalıdır (İlk günlerde saatte bir on dakika buz uygulaması, sonraları azaltılabilir) -Kemik iyileşmesinin hızlanması için hasta düzenli ve dengeli beslenmelidir -Konstipasyonun önlenmesi için hasta lifli gıda almalı ve bol su tüketmelidir -Düzenli uyukunun iyileşme üzerine etkisi düşünülerek uyku düzeni sağlanmalı, uykuyu bozabilecek faktörler belirlenerek gerekli önlemler alınmalıdır	-Hasta 6 hafta sonra araba kullanılabilir ve 2 aydan sonra doktora danışarak işe dönebilir -Hastanın fiziksel aktiviteleri yavaş yavaş geri kazanarak yardımcı araçları güvenle kullanması sağlanmalıdır -Eklem açıklığını sağlamak için hasta aktif ve pasif hareketleri yapması konusunda cesaretlendirilmelidir - Yara yeri kontrolü, akıntı, sızıntı, enfeksiyon belirtileri hastaya öğretilmelidir - Derin ven trombozu önlemek amacıyla hastanın antiembolik çoraplarını giymesi sağlanmalıdır (8 saatte bir yarım saat çıkararak dinlendirebilir) -Hasta dislokasyon bulguları yönünden (bacakta dönme, ani keskin ağrı) takip etmeli, dislokasyonu önlemek için hastaya hastaya eğitim verilmeli ve diz eklemine iç ve dış rotasyondan kaçınması, açıklanan yürüyüş kurallarına uygun hareket etmesi, bedeni öne eğmekten, çömelmekten kaçınması ve 1 saatten fazla sandalye üzerinde oturmaması söylenmelidir
Psikospritiüel	-Diz üzerine oturma ve çökme hareketleri yapılamayacağından, hastaya namaz kılma gibi ibadetlerini sandalyede oturarak yapması gerektiği söylenmelidir -Hasta, cinsel aktiviteden ameliyat sonrası 4-6 hafta boyunca uzak durmalı, düşüncelerini eşi ile paylaşması için cesaretlendirilmelidir	-Yaşadığı zorluklar konusunda hastanın duygularını ifade etmesine izin verilmelidir -Hastanın öz bakımına en üst düzeyde katılımı sağlanmalıdır (saç taramak, ağız bakımını sağlamak gibi yapabileceği aktiviteler).	-Hastanın her gün bir önceki günden daha iyiye gittiğini fark etmesi sağlanmalıdır -Hastanın kendi değerinin farkında olması, ailesinin, bakım vericilerin, sağlık ekibinin onun için elinden geleni yaptığını hissetmesi sağlanmalıdır -Hastanın bakımı ile ilgili kararlara aktif katılım sağlanmalıdır -Hasta gerçekçi hedefler belirleyerek bunları uygulaması konusunda cesaretlendirilmelidir
Çevresel	-Yürüteç kullanımında halı, mobilya gibi eşyalara takılmaması için ortadan kaldırılmalı, yerler kaygan olmamalıdır -Yükseltilmiş tuvalet ve sandalye üzerine minder yerleştirme ile dizin tam fleksiyonundan kaçınılmalıdır	-Hastanın kişisel eşyaları uzanabileceği mesafede olmalıdır. -Hastanın banyoya yakın olacak şekilde bir odaya yerleşmesi sağlanmalıdır -Gece ışık açık bırakılarak hastanın çevreyi görmesi sağlanmalıdır -Banyoda tutacak vb. yardımcı ekipmanlar bulundurulmalıdır	-Gece lavabo gibi ihtiyaçlarını söylemesi için hasta cesaretlendirilmelidir -Hastanın kaldığı yer kendi alışkanlıklarına göre düzenlenmelidir

	-Hastaya yardımcı olabilecek kişiler aile üyeleri veya sağlık görevlisi ayarlanmalıdır	-Hastanın endişelerini yatıştırmak için dinleyerek sosyal hizmetler, destek gruplar, din adamları gibi potansiyel kaynaklardan yardım alınmalıdır	- Hasta rol ve ilişkilerini sürdürmeye devam etmesi konusunda desteklenmelidir - Hastaya ilaçlarını saatinde ve düzenli kullanmasının önemi öğretilmeli, ek hastalıkları varsa yine tedaviye uyum göstermesi ve sağlığını tehlikeye atacak davranışlardan kaçınması gerektiği anlatılmalıdır (sigara-alkol kullanımı vb).
--	--	---	--

Demir ve Çalış, 2002; Kaya ve Bilik, 2020b; Köse ve Güler Demir, 2019, Savcı ve Bilik, Ö. (2015); Yavuz, 2014; Yılmaz ve ark., 2018.

Tablo 3. Alt Ekstremitte Amputasyonları Sonrası Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı

KONFOR			
Düzeyleri			
Boyutları	Ferahlama (Bireyin gereksinimlerini karşılamaya başladıkça konforu bozan durumdan kurtulmayı hissettiği durumdur)	Rahatlama (Bireyin huzur duyarak memnuniyetini bildirmesi durumdur)	Üstünlük (Bireyin gücünün artarak sorunlarının üstesinden gelebildiği durumdur)
Fiziksel	-Amputasyon sonrası hastanın günlük pansumanı ve bandajlaması önemlidir. Bandaj dolaşımı bozacak şekilde sıkı olmamalıdır -Hasta günde 4 defa yarım saat prone pozisyonunda kalmalıdır -Hasta fizyoterapistin göstereceği egzersizleri günlük arttıracak şekilde yapmalıdır -Hasta ampute edilen uzvu kalan kısmı ile itme çekme hareketi yapmalıdır	-Kontraktür oluşumunu engellemek amacıyla pozisyon verilirken hasta desteklenmeli, alt ekstremitenin fleksiyonu ve abduksiyonu önlenmelidir -Hastanın güdüğü, insizyonun kapanmasından sonra günde iki kez sabunlu ılık su ile yıkanmalı, kurulanmalı ve hava aldırılmalıdır	-Hastanın aktivitelerinin zamanla artırılmalıdır -Hastaya enfeksiyon belirtileri konusunda eğitim verilmelidir. -Hastaya elastik bandaj ile güdük bölgesini sarması öğretilmelidir -Hasta güdük bölgesini travma ve tahrişten korumalıdır
Psikospiritüel	-Hasta şok, kayıp, kabullenmeme gibi duygularını ifade etmesi konusunda cesartlandırılmelidir -Hastanın düşük benlik saygısı yaşamaya önlenmelidir. -Hastada depresyon belirti bulguları fark edildiğinde psikolojik destek alması sağlanmalıdır -Hasta kişisel hijyenini sürdürmesi konusunda desteklenmelidir -Hasta cinsellik konusunda eşi ile konuşması için cesartlandırılmeli, gerekirse bir uzmandan yardım alması sağlanmalıdır	-Hasta ve bakım vericisine fantom ağrı hissi, nedeni, bu durumun normal olduğu ile ilgili bilgi verilmeli ve zamanla geçeceği anlatılmalıdır -Hastanın rehabilitasyon programına bir an önce başlaması sağlanmalıdır	-Hastanın kendi bakımına aktif olarak katılması sağlanmalıdır -Hastaya etkili başatme beceresi göstermesi konusunda destek verilmelidir -Hasta hazır olduğunda geride kalan uzvunu görmek için cesartlandırılmelidir -Hastanın fantom ağrısı ile ayna egzersizleri yaparak başa çıkması ve bunu ifade etmesi sağlanmalıdır
Çevresel	-Ev ortamı hastaya uygun düzenlenmeli, çevredeki engeller kaldırılmalı (halı, kilim vb), yerler ıslak, kaygan olmamalı	-Hastanın kişisel eşyaları uzanabileceği mesafede olmalıdır -Hastanın banyo hastaya yakın olacak şekilde bir odaya yerleşmesi sağlanmalıdır -Gece ışık açık bırakılarak hastanın çevreyi görmesi sağlanmalıdır - Banyoda tutacak vb. destek malzemeleri bulundurulmalıdır	-Hasta gece lavabo gibi ihtiyaçlarını söylemesi için cesartlandırılmelidir. -Hastanın kaldığı yer kendi alışkanlıklarına göre düzenlenmelidir
Sosyokültürel	-Hastanın duygusal durumunu yakınları ile paylaşması sağlanarak ihtiyaçlarını karşılaması için desteklenmelidir -Hastanın iş, meslek vb konularda eski performansı sağlayamayacağı bir işte çalışıyor ise şartlar ona uygun şekilde yeniden değerlendirilerek kendisini işe yarar durumda olduğunu görmesi için desteklenmelidir ve hasta, alternatif yöntemlere başvurulmalıdır	-Hasta rol ve ilişkilerini sürdürürebilmelidir. Gerekliğinde sosyal ortamlara katılımı sağlanmalıdır (ampute basketbol takımına katılma vb.) -Hasta protez kullanımı konusunda bilgilendirilmelidir	-Hastanın rol ve ilişki performansının artırılmalıdır -Hasta ilaçlarını saatinde ve düzenli kullanmanın önemini bilmeli, ek hastalıkları varsa yine tedaviye uyum göstermesi ve sağlığını tehlikeye atacak davranışlardan kaçınmalıdır (sigara-alkol kullanımı vb)

Akan, 2015; Ekici, 1995; Başal, Korkmaz ve Türk, 2015; Çoban, Gezgin ve Göktaş, 2019; Halstead, 2004; Kaya ve Bilik, 2020; Köse ve Güler Demir, 2019; Oğul ve Erden, 2005; Yıldırım ve Kanan, 2016

Tablo 4. Alt Ekstremitte Artroskopileri Sonrası Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı

KONFOR			
Düzeyleri			
Boyutları	Ferahlama (Bireyin gereksinimlerini karşılamaya başladıkça konforu bozan durumdan kurtulmayı hissettiği durumdur)	Rahatlama (Bireyin huzur duyarak memnuniyetini bildirmesi durumdur)	Üstünlük (Bireyin gücünün artarak sorunlarının üstesinden gelebildiği durumdur)
Fiziksel	-En az ilk beş gün boyunca -özellikle alçı veya atel de varsa- nörovasküler (ağrı, ödem, ısı, his kaybı, renk, nabız, kapiller dolum) takibe devam edilmelidir -Hastaya düz bacak kaldırma egzersizleri, germe, yürüyüş ve gerekli ise fizik tedavi uygulamalarını	-Varsa alçının rahatsız eden kısımlarına koruyucu ped yerleştirilmelidir -Hastaya 2-3 hafta boyunca soğuk uygulamaya devam etmesinin ağrı ve şişliği azaltmadaki önemi açıklanmalıdır	-Hastanın zamanla normal hareketlerine geri dönene kadar egzersizi arttırması sağlanmalıdır -Hastaya gelişebilecek komplikasyonlar ve yapılacaklar konusunda eğitim verilmelidir.

	<p>yapmasının eski formunu kazanması açısından önemli olduğu anlatılmalıdır</p> <p>-Hasta etkilenmeyen ekstremitesini normal kullanması konusunda teşvik edilmeli, işlem yapılan ekstremitenin egzersizlere devam edilmelidir</p>	<p>-Hastaya proteinden zengin beslenme ve yeterli sıvı alımı önerilmelidir</p>	
Psikospritiüel	<p>-Hastanın kişisel bakımındaki yetersizlikleri tanımlamasına izin verilerek bağımsız olarak yapabileceği faaliyetler için desteklenmelidir</p> <p>-Hastaya öz bakım eksikliği yaşamaması için bacağına sararak pansumanı ıslanmayacak şekilde banyo yapabileceği anlatılmalıdır</p>	<p>-Yaşadığı zorluklar konusunda hastanın duygularını ifade etmesine izin verilmelidir.</p>	<p>-Hasta sürecin geçici olduğu ve bağımsız yaşama döneceğine inanması konusunda desteklenmelidir.</p>
Çevresel	<p>-Ev ortamı hastaya uygun düzenlenmeli, çevredeki engeller kaldırılmalı (halı, kilim) ve yerler ıslak kaygan olmamalıdır</p>	<p>-Hastanın kişisel eşyaları uzanabileceği mesafede olmalıdır</p> <p>- Hastanın banyo hastaya yakın olacak şekilde bir odaya yerleşmesi sağlanmalıdır</p> <p>-Gece ışık açık bırakılarak hastanın çevreyi görmesi sağlanmalıdır</p> <p>-Banyoda tutacak vb. destek malzemeleri bulundurulmalıdır</p>	<p>-Hasta gece lavabo gibi ihtiyaçlarını söylemesi için cesaretlendirilmelidir.</p> <p>-Hastanın kaldığı yer kendi alışkanlıklarına göre düzenlenmelidir</p>
Sosyokültürel	<p>-Hasta sosyal ilişkileri, aile içi ve mesleki rolleri aksadığında bunun geçici bir süreç olduğunu kabul etmesi ve zamanla önceki yaşamına geri döneceği konusunda cesaretlendirilmelidir</p>	<p>-Hastanın rol paylaşımında yapabileceği faaliyetlere katılımı sağlanmalıdır</p>	<p>-Hastaya aktif yaşama dönmek için acele etmemesi söylenmelidir</p> <p>-Hasta sağlığı zararlı uygulamalardan kaçınması konusunda bilgilendirilmelidir.</p>



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.873965>

Derleme

Yenidoğan Bağırsak Mikrobiyotasına Etki Eden Faktörler Factor Affecting Neonatal Intestinal Microbiota

Esra GÖKDAĞ BALCI ^a, Ümram YEŞİLTEPE OSKAY ^b

^a *Uzm. Hem.*, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Kadın ve Aile Hizmetleri Müdürlüğü, İSTANBUL, TÜRKİYE

^b *Prof. Dr.*, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL, TÜRKİYE

ÖZET

Mikrobiyota; insan sağlığı ve homeostazi için önemli olan pek çok koruyucu ve metabolik fonksiyon görevini üstlenen, vücudun farklı ekosistemlerinde bulunan mikroorganizma popülasyonudur. Tüm mikrobiyota popülasyonu içinde en fazla orana sahip olan organımız bağırsaktır. Bağırsak mikrobiyota yapısının çeşitliliği ve sayısının bireysel farklılıklar göstermesinde birçok faktör etkilidir. Yaşamın ilk yılında bağırsak mikrobiyotasının çeşitliliğini etkileyen faktörler arasında kadınların üreme sistemindeki mikrobiyota yapısı, doğum şekli, doğumdaki gebelik haftası, yenidoğanın beslenme şekli, antibiyotik kullanımı, probiyotik kullanımı, annenin beslenme tarzı yer almaktadır. Yenidoğan bağırsak mikrobiyota yapısını etkileyen bu faktörlerin etkileri doğum öncesi dönemden itibaren başlamaktadır. Yaşamın ilk yıllarında oluşan mikrobiyota yapısı ileriki yıllarda büyük ölçüde sabit kalıp yetişkinlik döneminde sayı ve çeşitlilik bakımından en üst seviyeye çıkmaktadır. Anne ve yenidoğan ile yakın etkileşimde bulunan sağlık profesyonelleri arasında önemli yere sahip olan ebe/hemşirelerin vereceği danışmanlık ve bakım hizmetleri, yenidoğanın sağlıklı bir bağırsak mikrobiyotasına sahip olmasında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bağırsak, Mikrobiyota, Yenidoğan, Ebelik, Hemşirelik

ABSTRACT

Microbiota, it is a population of microorganism found in different ecosystems of the body that perform many protective and metabolic functions that is important for human health and homeostasis. Within the entire microbiota population, intestine has the highest rate. Many factors are effective to show in the diversity and number of intestinal microbiota structure. Among the factors affecting the diversity of intestinal microbiota in the first year of life are; microbiota structure in the reproductive system of women, form of delivery, gestational week at birth, new-born nutrition, use of antibiotics, use of probiotics, and mothers' nutrition habits. The effects of these factors affecting the neonatal intestinal microbiota structure start from the prenatal period. Although microbiota structure formed in the first years of life remain stable, it reaches high levels during the adulthood considering the numbers and varieties. It is important to explain that for the newborn to have a healthy intestine microbiota, health professionals who interact closely with the mother and newborn and consultancy and care services to be provided by midwives / nurses play an important role.

Key Words: Intestine, Microbiota, Newborn, Midwifery, Nursing

*Sorumlu Yazar: Esra GÖKDAĞ BALCI

Adres: İstanbul Büyükşehir Belediyesi, İSADEM, Abdurrahmangazi Mahallesi Hızırbey Caddesi No:13, Sancaktepe-İSTANBUL, TÜRKİYE

e-posta: esra.gokdag13@gmail.com

Geliş tarihi:08.02.2021

Kabul tarihi:01.06.2021

GİRİŞ

Mikrobiyota, insan sağlığı ve homeostazı için önemli olan pek çok koruyucu ve metabolik fonksiyon görevini üstlenmektedir. Sindirim, enerji, endokrin, nöral ve immün yollar aracılığı ile inflamasyonun düzenlenmesi önemli fonksiyonel görevleri arasında yer almaktadır (Sankar ve ark., 2015). İnsanların sindirim sistemi, deri, genitoüriner sistem ve solunum sistemi gibi vücudun farklı ekosistemlerinde bulunan mikroorganizma popülasyonlarının tamamını kapsamaktadır. Bu sistemlerde yer alan tüm mikroorganizmaların genomu ise mikrobiyom olarak adlandırılmaktadır. (Altuntas ve Batmaz, 2017; Aslan ve Altındış, 2017; Cong, 2016). Prescott'a göre; insan mikrobiyomu kavramı ilk kez Joshua Lederberg tarafından kullanılsa da mikrobiyotanın terim olarak ortalama 50 yıldır kullanılmaktadır (Prescott, 2017). İnsan vücudunda hücrelerinin yaklaşık 10 katı kadar bakteri popülasyonu mevcuttur. Bağırsak mikrobiyotası, tüm mikrobiyota popülasyonu içinde en fazla orana sahip olup, tüm popülasyonun ortalama %70' lik kısmını oluşturmaktadır (Adak ve Khan, 2018).

Bağırsak mikrobiyotasının çeşitliliği ve sayısı yaşam boyunca değişmektedir. Yaşamın ilk yıllarında çeşitli değişkenler aracılığıyla oluşmaya başlar. Yetişkinlik döneminde çeşitlilik ve sayı olarak en üst seviyeye ulaşan mikrobiyota popülasyonu yaşlılık döneminde tekrar azalmaya başlar (Mayer, 2017; Özdemir ve Demirel, 2017). Her insanın mikrobiyom yapısının farklı olmasında, beslenme alışkanlığı, prebiyotik ve probiyotik alımı, genetik yapısı, yaşadığı yer ve çevre koşulları, sosyal faktörler, coğrafi köken, hijyen koşulları ve ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımı, hastalıklar gibi çeşitli faktörler etkili olmaktadır (Altuntaş ve Batman, 2017; Nazlıkul, 2018; Karacaer, Varım, Toka, Yaylacı ve Genç, 2017; Damar, 2018; Aksoyalp ve Nacitarhan, 2018; Yetkin, Satış ve Satış, 2017; Tekin, Çiçek ve Konyagil, 2018).

Yenidoğan mikrobiyotası da değişkenlik ve bireysel farklılıklar gösterebilir. Yetişkinlere kıyasla daha az sayıda mikroorganizma popülasyonuna sahiptirler ve mikrobiyotalarının yapısı bir ila üç yaş arasında değişmeye başlar. Üç yaşından itibaren yetişkinlerdeki mikroorganizma topluluklarına benzer bir hal alır (Matamoros, Gras-Leguen, Le Vacon, Potel ve Cochetiere, 2013). Yaşamın ilk yıllarında oluşan mikrobiyota yapısı daha sonra büyük ölçüde sabit kaldığı için ayrıca önem taşımaktadır (Ottman, Smidt, De Vos ve Belzer, 2012). Bağırsak mikrobiyotasının çeşitliliğini etkileyen faktörler şunlardır; doğum şekli ve yeri, doğumda gebelik haftası, doğum ağırlığı, anne sütü ile besleme, antibiyotik kullanımı, probiyotik kullanımı, annenin sağlığı, beslenme şekli ve mikrobiyotası, doğumdan sonra hastanede kalış süresi, cilt bakımı ve kullanılan kimyasallar, bakterilere çevresel maruziyet, stres, cerrahi operasyon geçirme, ekonomik düzey, kardeş sayısı ve fiziksel aktivitedir (Berti ve ark., 2017; Azad ve ark., 2013; Özdemir ve Demirel, 2017; Kashtanova ve ark., 2016; Yuvacı ve Çevirioglu, 2017;

Mueller, Bakacs, Combellick, Grigoryan ve Dominguez-Bello, 2015).

Bu bölümde; yenidoğan bağırsak mikrobiyotasını etkileyen faktörler gebelik öncesi dönem, gebelik dönemi, doğum ve doğum sonrası dönem süreçlerine göre ele alınarak mevcut bilgiler derlenmiştir.

Gebelik Öncesi Dönemle İlişkisi

Kadınların üreme sistemlerinde de mikrobiyota yapısı saptanmıştır. Bu yapıların varlığı doğurganlığı etkilemektedir (Franasiak ve Scott, 2015). Herhangi bir nedenle mikrobiyotanın dengesinin bozularak fonksiyonlarının kaybolmasına disbiyozis denir. Disbiyozis bakteriyel vajinozis, amniyon sıvısı enfeksiyonu, prematüre doğum, kendiliğinden düşük yapma ve gebe kalma yeteneği gibi faktörler ile ilişkilidir (Van, De Sutter, Meys ve Verstraelen, 2013).

Pelzer ve arkadaşları (2013) oosit toplama sırasında alınan folikül sıvılarının mikrobiyal bir flora olduğunu ve bu sıvıda saptanan fırsatçı bakterilerin feritlizasyonda başarısızlığa neden olabileceğini tespit edilmiştir (Pelzer, Allan, Waterhouse, Ross, Beagley ve Knox, 2013). Buna karşın Barbonetti ve arkadaşları (2011) ise yararlı bakterilerin feritlizasyon başarısını artırdığını tespit etmişlerdir (Barbonetti ve ark., 2011).

Annenin yaşadığı ortamın biyo çeşitliliğinin fazla olması fetal mikrobiyal çeşitliliği de artırmaktadır (Tapiainen ve ark., 2018). Vajinal mikrobiyota, yenidoğanın maternal dokularla temas sağladığı önemli bir unsurdur. Annenin sahip olduğu vajinal mikrobiyota etnik köken, adet döngüsü, cinsel aktivite ve çevresel değişimler gibi faktörlerden etkilenmektedir (Amabebe ve Anumba, 2018).

Maternal mikrobiyotanın, fetal mikrobiyota gelişimine olan etkisi ve yenidoğan sağlığına olabilecek yararlarının değerlendirilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Gebelik Dönemi ve Doğumla İlişkisi

1885'li yılların başlarında fetüsünün steril bir ortamda geliştiği düşüncesi hakimken son yıllarda yapılan çalışmalarda plasenta, amniyon sıvısı, mekonyum ve umbilikal kordda bakterilerin saptanmasıyla fetüsün intrauterin yaşamda steril bir ortamda olmadığı anlayışı kabul edilmektedir (Alkan, 2017; Aslan ve Yardımcı, 2017; Yetkin, Satış ve Satış, 2017; Kashtanova ve ark., 2016; Edwards, 2017).

Fetusla ilgili bakteri transferinin işleyişi tam olarak bilinmemekle birlikte intrauterin ortama mikroorganizmaların transplasental yolla iletiildiği ve buradan da diğer organ sistemlerine bakteriyel geçiş yaptığı görüşü artmaktadır. (Funkhouser ve Bordenstein, 2013; Perez-Muñoz, ve ark.,

2017). Aagaard ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında ise bakterilerin plesanta aracılığıyla fetüsa ulaştığı ve bu bakteri grubunun oral flora bakterileriyle benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir (Aagaard ve ark., 2014).

Yenidoğanlarda yapılan çalışmalar doğum şeklinin, bağırsak mikrobiyotası ile direkt olarak ilişkili olduğunu göstermektedir (Çelebi, 2013). Sezaryen doğumlarda bebeğin ilk gün gaitasında bazı bakterilerin az olduğu veya hiç olmadığı saptanmıştır. Bu farklılık üç yaşa kadar devam etmektedir (Kalip, 2018). Vajinal doğum ile dünyaya gelen bebeklerde, bebeğin bağırsak mikrobiyotası anne genitoüriner sistem mikroorganizmalarını içermekte iken sezaryen doğumda bebeğin bağırsak mikrobiyotası anne derisi ve hastane kaynaklı alanlara benzer mikroorganizma içermektedir (Çelebi, 2013; Kalip, 2018; Goldsmith, O’Sullivan, Smilowitz ve Freeman, 2015).

Sezaryen doğuma bağlı olarak bireylerde astım, obezite, çölyak hastalığı, alerji, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, tip 1 diyabet, atopik egzema, otizm riskinin arttığı bildirilmiştir (Black ve ark., 2015; Kuhle, Tong ve Woolcott, 2015; Adlercreutz, Wingren, Vincente, Merlo ve Agardh, 2015; Adlerberth, ve ark., 2007; Güney ve Çınar, 2017; Perlmutter ve Loberg, 2017). Risk artışının nedeni ise sezaryen doğumda maternal vajinal ve bağırsak florasıyla olan temas eksikliği ile mikrobiyal kolonizasyondaki değişiklikler nedeniyle olduğu açıklanmıştır (Neu ve Rushing, 2011). Hill ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise doğum şekli ile birlikte gestasyonel yaşın da erken dönem mikrobiyota üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (Hill ve ark 2017).

Perinatal stres faktörleri bağırsak mikrobiyotasının gelişiminde etkili olmaktadır (Mayer, 2015). Sezaryen ile doğumların fizyolojik strese yol açabilmesi nedeniyle anne sütüne mikrobiyota geçişini de olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Cabrera-Rubio ve ark., 2012).

Annenin beslenme şekli gastrointestinal, vajinal ve anne sütü mikrobiyotasını doğrudan etkilemektedir. Gebelik sırasında probiyotik kullanan annenin bağırsak mikrobiyotası, dolayısıyla bebeğinin de mikrobiyotası olumlu şekilde etkilenmektedir (Thum ve ark., 2012; Grönlund, Grzebkowiak, Isolauri ve Salminen, 2011).

Annenin düşük çeşitlilikte mikrobiyotaya sahip olması erken doğum yapma riskini artırmaktadır. Nelson ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, daha düşük bakteriyel zenginlik ve çeşitlilik saptanan kadınların erken doğum yaptıkları saptanmıştır (Nelson ve ark., 2014).

Son zamanlarda vajinal tohumlama olarak adlandırılan ‘vajinal seeding’, sezaryen ile doğan bebeğin doğumdan hemen sonra annenin vajinal sıvısıyla temas ettirilmesi şeklinde uygulanmaktadır. (Haahr ve ark., 2018). Ancak bu durum neonatal enfeksiyon riski oluşturarak barsak

mikrobiyotasını da olumsuz etkileyebileceğinden dolayı önerilmemektedir (ACOG, 2017).

Doğum Sonrası Dönemle İlişkisi

Doğum sonrası dönemde yenidoğanın bağırsak mikrobiyotasını oluşturan mikroorganizmaların türü ve miktarına etki eden faktörler arasında annenin beslenmesi, probiyotik kullanması ya da kullanmaması, bebeğin beslenme şekli, antibiyotik ve benzeri ilaç kullanımı yer almaktadır (Ceyhan ve Alıç, 2012).

Emzirme dönemindeki annenin sağlığı da sütün mikrobiyom yapısını etkilemektedir. Eğer anne de alerji ve obezite gibi sağlık sorunları varsa sütündeki yararlı bakterilerin daha az olduğu bulunmuştur (Collado, Laitinen, Salminen ve Isolauri, 2012).

Yenidoğanın beslenme tipi, bağırsak mikrobiyotasının gelişiminde oldukça etkilidir (Mayer, 2015). Gebelik döneminde annenin vücudunda meydana gelen değişikliklerle birlikte annenin intestinal ve süt bezlerindeki mikrobiyotasında da değişim başlamaktadır. Laktasyon döneminde annenin intestinal mikrobiyotasında yer alan bakterilerin süt bezlerine ulaştığı ileri sürülmektedir (Fernández ve ark., 2013; Bode ve ark., 2014; Bergmann, Rodríguez, Salminen ve Szajewska, 2014). Anne sütü, prebiyotikler ve probiyotikleri içeren sinbiyotik bir besin olması nedeniyle yenidoğanın bağırsak mikrobiyotasının yapılanmasında önemli yer tutmaktadır (Coppa, Bruni, Morelli, Soldi ve Gabrielli, 2004). Martin ve arkadaşlarının (2012) anne sütünün ve vajinanın yenidoğanın bağırsak mikrobiyotası üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; beş annenin sütü, vajinal sürüntü örnekleri ve bebeklerinin gaita örnekleri karşılaştırmışlardır. Vajinal sürüntü örneklerinde tespit edilen bakteri türlerine anne sütü örneklerinde rastlanmazken, gaitada bulunan birkaç türün anne sütünde de olduğu bulunmuştur (Martin ve ark., 2012). Murphy ve arkadaşlarının (2017) ilk üç ayda ve onuncu ayda anne sütü örnekleri ile bebeğin gaitalarını karşılaştırmışlar ve her ikisinde de benzer bakteri gruplarının olduğunu tespit edilmiştir. Buna göre anneden bebeğe emzirme yoluyla bakteri transferi olduğu görülmektedir (Murphy ve ark., 2017).

Gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte antibiyotik kullanımı bebeğin bağırsak mikrobiyotasını etkilemektedir. Özellikle anne sütü almayan bebeklerde bu etki bir yaşa kadar devam etmektedir. Annenin antibiyotik kullanımından sonraki üç ay boyunca bebeğin gaita örneklerinde incelendiğinde mikroorganizma tür ve yoğunluğunun etkilendiği görülmektedir (Edwards, 2017; Azad ve ark., 2013). Erken dönem antibiyotik kullanımının bağırsak mikrobiyotası ve çocuk gelişimi üzerindeki uzun vadede etkileri tartışılmaktadır (Turta ve Rautava, 2016).

Bağırsak Mikrobiyotasının Düzenlenmesinde/Korunmasında Ebe ve Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Ebe ve hemşire, doğum öncesi dönemden doğum sonrası döneme kadar kadının en çok birlikte olduğu sağlık profesyonellerindedir. Bu dönemde hem annede hem de bebekte görülen sorunlar önlenabilir durumlar olduğundan, bakımdan ve danışmanlıktan doğrudan sorumlu olan ebe/hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Atıcı ve Gözüm, 2001; Mucuk ve Güler 2002).

Doğum şekli yenidoğan mikrobiyotasının yapılanmasında rol oynayan en önemli etkenler arasında yer almaktadır. Ancak kadınlar normal doğumda ağrıyla baş edemeyecekleri düşüncesi gibi çeşitli nedenlerle sezaryen doğuma yönelebilmektedir (Gökdağ Balcı ve Yeşiltepe Oskay, 2021). Anneye doğum öncesi dönemde verilecek doğum şekli ve ağrı yönetimi danışmanlığı bu nedenle önem taşımaktadır. Doğum ağrısının kontrolünde ebe/hemşirenin rolünü önemli kılan etmenler arasında kaliteli doğum öncesi bakım vermesi, annenin önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi, gerektiğinde yeni başa çıkma stratejilerini anneye öğretmesi, bakım planına göre anneyi değerlendirmesi yer almaktadır (Aslan ve Badır, 2005).

Yenidoğanın anne sütü ile beslenmesini sağlamak ve sürdürülebilir olmasını desteklemek için ebe ve hemşire doğum sonu erken dönemde emzirmeyi destekleyici olmalı, emzirme sürecini yönetebilmeli, emzirmeyi desteklemeli, yetersizliğe yol açan nedenleri belirlemeli ve doğumdan sonraki ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeyi sağlamalıdır (Cangöl ve Şahin 2014; Gözükara, 2014). Prematüre ve yoğun bakım ünitelerinde kalmakta olan yenidoğanların bağırsak mikrobiyasının gelişmesi yavaş olur ve enfeksiyonlara yatkın kılan patolojik flora gelişme olasılığı daha yüksektir (Coşkun, 2006). Bu gibi durumlarda da ebe ve hemşirenin emzirmeyi desteklenmesi ayrıca önem kazanmaktadır.

Annenin antibiyotik kullanımının hem kendisi hem de bebeğinin mikrobiyota yapısına verebileceği zararlardan bahsedilmeli ve akılcı ilaç kullanımı konusunda danışmanlık verilmelidir (Şahingöz ve Balcı, 2013).

Annenin beslenme şekli bağırsak, vajinal ve anne sütü mikrobiyotası üzerinde oldukça etkilidir. Beslenmenin mikrobiyal çeşitliliği hem bağırsak mikrobiyota yapısını, hem de fonksiyonunu etkileyebilmektedir. Bu nedenle gebelik ve emzirme dönemlerinde prebiyotik ve probiyotik içeren gıdalara diyetle yer verilmesi önemlidir (Erick, 2018; Thum ve ark., 2012).

Üreme çağındaki kadınlara barsak mikrobiyotasına olumlu etkileri olduğu için stres yönetimi, fiziksel egzersiz, kaliteli uyku ve perine hijyeni konusunda da bilgi verilmesi uygun olacaktır. Kadınların perine hijyeni konusunda bilinçlendirilmesi, enfeksiyon nedeni olabilecek yanlış hijyen alışkanlıklarının saptanması da önem taşımaktadır. Bu öneriler

yenidoğanın barsak mikrobiyotasına da katkıda bulunacaktır (Jakobsen ve Szereday, 2017; Mika ve ark., 2015; Reynolds ve ark., 2017; Tekkaş ve Bahar, 2019).

SONUÇ

Son araştırmalar doğrultusunda artık yeni bir organ olarak değerlendirilen mikrobiyota, doğum öncesi dönemden başlayarak yaşamın her döneminde çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Yenidoğanın bağırsak mikrobiyota oluşumunda maternal etkiler oldukça fazladır. Ebe ve hemşirenin doğum öncesi dönemden itibaren danışmanlık ve bakım rollerini etkin kullanmaları yenidoğanın sağlıklı bağırsak mikrobiyotasına sahip olmalarında önemlidir. Bu nedenle ebe ve hemşirenin mikrobiyota konusundaki güncel bilgileri takip etmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aagaard K, Ma J, Antony KM, Ganu R, Petrosino J, Versalovic J. (2014). The placenta harbors a unique microbiome. *Sci Transl Med*, 21;6(237),237. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3008599>
2. Adak A, Khan MR. (2018). An insight into gut microbiota and its functionalities. *Cell Mol Life Sci*, 76(3),473. <https://doi.org/10.1007/s00018-018-2943-4>
3. Adlerberth I, Strachan DP, Matricardi PM, Ahrne S, Orfei L, Aberg N, Perkin MR, Tripodi S, Hesselmar B, Saalman R. (2007). Gut microbiota and development of atopic eczema in 3 European birth cohorts. *J Allergy Clin Immunol*, 120(2),343-50. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1476-7961-6-11>
4. Adlercreutz EH, Wingren CJ, Vincente RP, Merlo J, Agardh D. (2015). Perinatal risk factors increase the risk of being affected by both type 1 diabetes and coeliac disease. *Acta Paediatr*, 104(2),178-84. <https://doi.org/10.1111/apa.12836>
5. Aksoyalp, Z.Ş. ve Nacitarhan, C. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda barsak mikrobiyotasının rolü. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 75(2), 213-224.
6. Alkan, Ş. (2017). İmmün sistem ve barsak mikrobiyotası. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research Mikrobiyota*,7-16. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bshr/issue/32641/362301>
7. Altuntaş, Y., ve Batman, A. (2017). Mikrobiyota ve metabolik sendrom. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 45(3),286-296. <https://dx.doi.org/10.5543/tkda.2016.72461>
8. Amabebe E, Anumba DOC. (2018). The Vaginal Microenvironment: The Physiologic Role of Lactobacilli. *Front Med*; (5):181-182.
9. Aslan NN, Yardımcı H. (2017). Anne sütü ve mikrobiyota. *Türkiye Klinikleri J Nutr Diet- Special Topics*, 3(2), 95-100.
10. Aslan, F, Altındiş, M. (2017). İnsan mikrobiyom projesi, mikrobiyotanın geleceği ve kişiye özel tıp uygulamaları. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research, Mikrobiyota*,1-6. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bshr/issue/32641/362272>

11. Aslan, F.E. ve Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, 17 (2), 44-51.
12. Atıcı İ, Gözüm S. (2001). Postpartum erken taburculukta lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problemler ve anksiyete üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2),77-91.
13. Azad MB, Konya T, Maughan H, Guttman DS, Field CJ, Chari RS, Sears MR, Becker AB, Scott, JA, Kozyrskyj AL. (2013). Gut microbiota of healthy Canadian infants: Profiles by mode of delivery and infant diet at 4 months,185,385-94. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121189>
14. Barbonetti A, Cinque B, Vassallo MR, Mineo S, Francavilla S, Cifone MG, Francavilla F. (2011). Effect of vaginal probiotic lactobacilli on in vitro- induced sperm lipid peroxidation and its impact on sperm motility and viability. *Fertil Steril*, 95(8),2485-8. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.03.066>
15. Bergmann H, Rodríguez JM, Salminen S, Szajewska H. (2014). Probioticsin human milk and probiotic supplementation in infant nutrition: a workshop report. *British Journal of Nutrition*, 112(7),1119-1128. <https://doi.org/10.1017/S0007114514001949>
16. Berti C, Agostoni C, Davanzo R, Hyppönen E, Isolauri E, Meltzer HM, Steegers- Theunissen RPM, Cetin, I. (2017). Early-life nutritional exposures and lifelong health: immediate and long-lasting impacts of probiotics, vitamin D, and breastfeeding. *Nutr Rev*, 75(2),83-97. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw056>
17. Black M, Bhattacharya S, Philip S, Norman JE, McLernon DJ. (2015). Planned cesarean delivery at term and adverse outcomes in childhood health. *Jama*,314(21),2271-9. 10.1001/jama.2015.16176
18. Bode L, McGuire M, Rodriguez JM, Geddes DT, Hassiotou F,Hartmann PE, McGuire, MK. (2014).It's alive: microbes and cells in humanmilk and their potential benefi ts to mother and infant. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*,5(5),571-573. <https://dx.doi.org/10.3945/2Fan.114.006643>
19. Cabrera-Rubio R, Collado MC, Laitinen K, Salminen S, Isolauri E, Mira A. (2012). The human milk microbiome changes over lactation and is shaped by maternal weight and mode of delivery. *The AmericanJournal of Clinical Nutrition*,96(3),544-551. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.037382>
20. Cangöl E, Şahin NH, (2014). Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(3),100-5. <https://doi.org/10.16948/zktb.80388>
21. Ceyhan, N., ve Alıç, H. (2012). Bağırsak mikroflorası ve probiyotikler. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, 5(1), 107-113.
22. Collado MC, Isolauri E, Laitinen K, Salminen S. (2010). Effect of mother's weight on infant's microbiota acquisition, composition, and activity during early infancy: a prospective follow-up study initiated in early pregnancy. *Am J Clin Nutr*,92(5),1023-30. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29877>
23. Collado MC, Laitinen K, Salminen S, Isolauri E. Maternal weight and excessive weight gain during pregnancy modify the immunomodulatory potential of breast milk. *Pediatr Res* 2012;72:77-85.
24. Committee Opinion No. 725: Vaginal seeding. (2017). American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*,130,274-8. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002402>
25. Cong X, Xu W, Romisher R, Poveda S, Forte S, Starkweather A. (2016). Gut microbiome and infant health: brain-gut-microbiota axis and host genetic factors. *Yale J Biol Med*,89(3),299-308. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27698614>
26. Coppa GV, Bruni S, Morelli L, Soldi S, Gabrielli O. (2004).The first prebiotics in humans: human milk oligosaccharides. *Journal Of Clinical Gastroenterology*,38(6),80-3.
27. Coşkun T. (2006). Pro-, pre- and synbiotics. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*,49(2),128-148.
28. Çelebi G, Uygun A. (2013). İntestinal mikrobiyota ve fekal transplantasyon. *Güncel Gastroentoloji Derg*,17(2),148-57.
29. Damar, R.M. (2018).Simbiyotik kullanımının bağırsak mikrobiyotası üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. doi: <https://doi.org/10.1038/pr.2018.29>
30. Edwards CA. (2017). Determinants and duration of impact of early gut bacterial colonization. *Ann Nutr Metab*,70(1),46-50. <https://doi.org/10.1159/000466711>
31. Erick M. (2018). Breast milk is conditionally perfect. *Med Hypotheses*, 111(2), 82-9. <https://doi.org/10.3390/antiox7040054>
32. Fernández L, Langa S, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Martín R,Rodríguez JM.(2013). The human milk microbiota: origin and potential rolesin health and disease. *Pharmacological Research*, 69(1),1-10. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2012.09.001>
33. Franasiak JM, Scott RT, Jr. (2015). Reproductive tract microbiome in assisted reproductive technologies. *Fertil Steril*,104(6),1364-71. 10.1016/j.fertnstert.2015.10.012
34. Funkhouser LJ, Bordenstein SR. (2013). Mom knows best: the universality of maternal microbial transmission. *PLoS Biol*,11(8),10. 10.1371/journal.pbio.1001631
35. Goldsmith F, O'Sullivan A, Smilowitz JT, Freeman SL. (2015). Lactation and intestinal microbiota: how early diet shapes the infant gut. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*.20(3-4),149-158. <https://doi.org/10.1007/s10911-015-9335-2>
36. Gökdağ Balcı, E. Yeşiltepe Oskay, Ü. (2021). Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konforuna ve uyumuna etkileri.

- Hemşirelik Bilimi Dergisi 3(3),1-8.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/hbd/issue/59569/800055>
37. Gözükara F, Eroğlu K. (2011). Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: "Bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 18(2), 89- 100.
38. Gözükara, F. (2014). Emzirmenin başarılmasında anahtar faktör: baba desteğinin sağlanması ve hemşirenin rolleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 11(3),289-296.
39. Grönlund MM, Grzebkowiak Ł, Isolauri E, Salminen S. (2011). Influence of mother's intestinal microbiota on gut colonization in the infant. Gut Microbes,2(4),227-233.
<https://doi.org/10.4161/gmic.2.4.16799>
40. Güney R, Çınar N. (2017). Anne sütü ve mikrobiyotaya gelişimi. Biotechnol and Strategic Health Res,1(1),17-24.
41. Güney, R, Çınar, N. (2017). Anne sütü ve mikrobiyotaya gelişimi. journal of biotechnology and strategic health research, Mikrobiyotaya,17-24.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/bshr/issue/32641/362582>
42. Haahr, T., Glavind, J., Axelsson, P., Bistrup Fischer, M., Bjurström, J., Bonde, U., Fuglsang, J.,(2018). Vaginal seeding or vaginal microbial transfer from the mother to the caesarean-born neonate: a commentary regarding clinical management. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists;125(5): 533-536.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.14815>
43. Hill CJ, Lynch DB, Murphy K, Ulaszewska M, Jeffery IB, O'Shea CA, Watkins C, Dempsey E, Mattivi F, Tuohy K, Ross RP, Ryan CA, O'Toole PW, Stanton C.(2017). Evolution of gut microbiota composition from birth to 24 weeks in the INFANTMET Cohort. Microbiome, 5(1), 4. 10.1186/s40168-016-0213-y
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/bshr/issue/32641/362656>
44. Jakobsen O. A. J, Szereday L. (2018).The "three amigos" lurking behind type 1 diabetes: hygiene, gut microbiota and viruses. Acta Microbiologica et Immunologica Hungarica,28,1-18.
<https://doi.org/10.1556/030.65.2018.017>
45. Kalip, K, Atak, N. (2018). Bağırsak mikrobiyotası ve sağlık. Turkish Journal of Public Health, 6 (1), 58-73.10.20518/tjph.458203
46. Karacaer, C, Varım, C, Toka, B, Yaylacı, S, Genç, A. (2017). Bağırsak mikrobiyotası, probiyotikler ve irritable bağırsak sendromu (İBS). Journal of Human Rhythm,3(3),120-125.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/johr/issue/31267/340419>
47. Kashtanova DA, Popenko AS, Tkacheva ON, Tyakht AB, Alexeev DG, Boytsov SA. (2016). Association between the gut microbiota and diet: Fetal life, early childhood, and further life. Nutrition,32,620-7. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2015.12.037>
48. Kuhle S, Tong OS, Woolcott CG. (2015). Association between caesarean section and childhood obesity: a systematic review and metaanalysis. Obes Rev, 16(4),295-303.
<https://doi.org/10.1111/obr.12267>
49. Magne F, Suau A, Pochart P, Desjeux J-F. (2005). Fecal microbial community in preterm infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 41,386-392.<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1097%2F01.mpg.0000179855.38543.85>
50. Martín V, Maldonado-Barragán A, Moles L, Rodriguez-Baños M, Campo RD, Fernández L, Rodríguez JM, Jiménez E. (2012). Sharing of bacterial strains between breast milk and infant feces. Journal of Matamoros S, Gras-Leguen C, Le Vacon F, Potel G, de La Cochetiere MF. (2013). Development of intestinal microbiota in infants and its impact on health. Trends Microbiol, 21(4),167-73.
<https://doi.org/10.1016/j.tim.2012.12.001>
51. Mayer E A, Tillisch K, Gupta A. (2015). Gut/brain axis and the microbiota. J Clin Invest,125(3),926-938.
<https://dx.doi.org/10.1172%2FJCI76304>
52. Mayer, E. (2017). Beyin-Bağırsak Bağlantısı (Üçüncü Baskı). İstanbul: Paloma Yayınevi, 24-52.
<https://doi.org/10.1172/JCI76304>.
53. Mika A, Van Treuren W, González A, Herrera JJ, Knight R, Fleshner, M (2015). Exercise is more effective at altering gut microbial composition and producing stable changes in lean mass in juvenile versus adult male F344 rats. Plos One,27;10(5),10-11. 10.1371/journal.pone.0125889.
54. Mucuk S, Güler N. (2002). Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu. Sağlık Bilimleri Dergisi,11(1),21-9.
<https://doi.org/10.16948/zktipb.267263>
55. Mueller NT, Bakacs E, Combellick J, Grigoryan Z, Dominguez-Bello MG. (2015). The infant microbiome development: mom matters. Trends in Molecular Medicine,21(2),109-117.
<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.molmed.2014.12.002>
56. Murphy K, Curley D, O'Callaghan TF, O'Shea CA, Dempsey EM, O'Toole PW, Ross RP, Ryan CA, Stanton C. (2017). The composition of human milk and infant faecal microbiota over the first three months of life: a pilot study. Scientific Reports,7:40597.
<https://doi.org/10.1038/srep40597>
57. Nazlıkul, H. (2018). Duygusal beyin: bağırsak. İstanbul:Destek Yayınları.
58. Nelson DB, Hanlon A, Nachamkin I, et al.(2014). Early pregnancy changes in bacterial vaginosis-associated bacteria and preterm delivery. Paediatric and Perinatal Epidemiology;28(2):88-96. doi:
<https://doi.org/10.1111/ppe.12106>
59. Neu, J., Rushing, J. (2011). Cesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis. Clin Perinatol;38(2):321-31.
60. Ottman N, Smidt H, De Vos WM, Belzer C. (2012). The function of our microbiota: who is out there and what do they do? Frontiers

- in Cellular and Infection Microbiology,2. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2012.00104>
61. Özdemir, A, Büyüktuncer Demirel, Z. (2017). Beslenme ve mikrobiyota ilişkisi. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research ,Mikrobiyota,25-33.
62. Pelzer ES, Allan JA, Waterhouse MA, Ross T, Beagley KW, Knox CL (2018). Microorganisms within human follicular fluid: effects on IVF.PLoSOne.,8(3),1. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.005906>
63. Perez-Muñoz, M. E., Arrieta, M. C., Ramer-Tait, A. E., & Walter, J. (2017). A critical assessment of the sterile womb and in utero colonization hypotheses: implications for research on the pioneer infant microbiome. Microbiome,5(1),48. <https://doi.org/10.1186/s40168-017-0268-4>
64. Perlmutter, D., and Loberg, K. (2017). Beyin ve bağırsak (BirinciBaskı).İstanbul:Pegasus Yayınları.
65. Prescott, S. L. (2017). History of medicine: Origin of the term microbiome and why it matters. Human Microbiome Journal, 4, 24-25. <https://doi.org/10.1016/j.humic.2017.05.004>
66. Ratier,N., Balenbois, E., Letouzey, V., Marès, P., De Tayrac, R.(2015). [Methods of pushing at vaginal delivery and pelvi-perineal consequences. Review]. Progres en Urologie: Journal de L'Association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie,25(4),180-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.01.003>.
67. Reynolds AC, Paterson J. L, Ferguson SA, Stanley D, Wright KP, Dawson D. (2017). The shift work and health research agenda: Considering changes in gut microbiota as a pathway linking shift work, sleep loss and circadian misalignment, and metabolic disease. Sleep Medicine Reviews,3-9. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.06.009>
68. Sankar SA,Lagier JC, Pontaratti P, Raoult D, Fourni-ere PE.(2015).The human gut microbiome, a taxonomic conundrum. Systemic and Applied Microbiology,38,276-86. <https://doi.org/10.1016/j.syapm.2015.03.004>.
69. Şahingöz, M. ve Balcı, E. (2013). Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(1), 57-64.
70. Taşkın L. (2016). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, Ankara; Sistem Ofset Matbaacılık.
71. Tekin T, Çiçek B, Konyaligil N. (2018). İntestinal mikrobiyota ve obezite ilişkisi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 27,95-99.
72. Tekkaş Kerman K, Bahar Z. (2019). Stresle baş etmede hemşirelerin kullandığı kanıt çalışmaları. Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special,5(1),78-83.
73. Terhi Tapiainen, Niko Paalanne, Mysore V Tejesvi, PirjoRiikola M, KatjaKorpela, TyttiPokka, Jarmo Salo, Tuula Kaukola, Anna Maria Pirttilä, Matti Uhari, Marjo Renko. (2018). Maternal influence on the fetal microbiome in a population-based study of the first-pass meconium. PediatricResearch;(84):371–379.
74. Thum C, Cookson AL, Otter DE, McNabb WC, Hodgkinson AJ,Dyer J, Roy NC.(2012).Can nutritional modulation of maternal intestinal microbiota influence the development of the infant gastrointestinal tract?. The Journal of Nutrition,142(11),1921-1928. <https://doi.org/10.3945/jn.112.166231>
75. Tuğut N, Gölbaşı Z. (2003). Öğrenci hemşirelere yönelik cinselliği değerlendirme bilgi testi'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences,16,148-53.
76. Turta O, Rautava S. (2016). Antibiotics, obesity and the link to microbes,what are we doing to our children? BMC Med,14,57-63. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0605-7>
77. Uslu Yuvacı, H, Cevrioğlu, A. (2017). Kadın üreme sistemi mikrobiyotası. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research,Mikrobiyota,95-103. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bshr/issue/32641/363340>
78. Van Oostrum N, De Sutter P, Meys J, Verstraelen H. (2013). Risks associated with bacterial vaginosis in infertility patients: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod, 28(7),1809-15. <https://doi.org/10.1093/humrep/det096>
79. Yetkin, İ, Yetiş, H, Kayahan Satış, N. (2018). Bağırsak mikrobiyotasının insülin direnci, diabetes mellitus ve obezite ile ilişkisi. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi,2(1),1-8. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tudod/issue/36968/423025>



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.874328>

Derleme

Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamalarında Eleştirel Düşünme Stratejileri ve Boyutları Critical Thinking Strategies and Dimensions in Nursing Education and Practices

Abdulsamed KAYA *,^a, Merdiye ŞENDİR ^b

^a Öğr. Gör. Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, MUŞ, TÜRKİYE.

^b Prof. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İSTANBUL, TÜRKİYE.

ÖZET

Eleştirel düşünme, hemşirelik uygulamasını geliştirmek ve kaliteli hemşirelik bakımı sağlamak için kullanılacak bir beceri olarak görülmektedir. Hemşirelik eğitimi, hemşirelere hemşirelik bakımı olarak görevlerine hazırlamak amacıyla verilen teorik ve uygulamalı eğitimden oluşmaktadır. Hemşireler, yeni bilgilerin ve klinik durumların sürekli değiştiği bir ortamda güvenli, yetkin, sezgisel ve yenilikçi klinisyenler olarak çalışmaya hazır olmalıdır. Gelecekte birey, aile ve topluma daha iyi hizmet verebilecek hemşireler yetiştirebilmek için, öğrencilere eğitimleri esnasında eleştirel düşünme becerisini kazandırmak çok önemlidir. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünme becerisini geliştirmek amacıyla birçok farklı strateji önerilmektedir. Bu derlemede, hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında eleştirel düşünmenin etkin kullanımını arttırmak için kullanılan öğretim stratejileri ve boyutlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Eleştirel Düşünme, Hemşirelik Eğitimi, Hemşirelik Uygulamaları.

ABSTRACT

Critical thinking is seen as a skill that can be used to improve nursing practice and provide quality nursing care. Nursing education consists of theoretical and practical training given nurses to prepare them for their duties as nursing care. Nurses must be prepared to work as safe, competent, intuitive and innovative clinicians in an environment where new information and clinical situations are constantly changing. In order to train nurses who can serve individuals, families and society better in the future, it is very important to give students critical thinking skills during their education. For this reason, many different strategies are suggested to develop critical thinking skills in nursing students. In this review, it is aimed to examine the teaching strategies and dimensions used to increase the effective use of critical thinking in nursing education and practices.

Keywords: Critical Thinking, Nursing Education, Nursing Practices.

*Sorumlu Yazar: Abdulsamed KAYA

Adres: Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, MUŞ, TÜRKİYE

e-posta: kaya.abdulsamed@gmail.com

Geliş tarihi:04.02.2021

Kabul tarihi:18.08.2021

GİRİŞ

Hemşirelik mesleği, basit beslenme uygulamasından zamanla karmaşık prosedürleri içeren uygulama sanatı ve bilimine dönüşmüştür. Hemşirelik, bilişsel ve ilişkisel beceriler gerektiren bir mesleğe dönüştükçe, iyi gelişmiş bir bilgiye sahip görev odaklı ve nitelikli profesyonellere doğru ilerlemiştir. Günümüzde hemşireler karmaşık durumları analiz edebilmek ve kritik durumlarda doğru klinik kararlar verebilmek için eleştirel düşünme becerilerini geliştirmelidir. Hemşireler tarafından alınan bu kararlar hasta bireylerin fiziksel ve psikososyal refahını sağlamaya yönelik olmalıdır (Akça ve Taşçı, 2009; Yıldırım ve Taşçı, 2013). Birey, aile ve topluma bütüncül yaklaşan ve sistemi bütün yönleriyle ele alan hemşirelik mesleği için, eleştirel düşünme becerisi yüksek olan hemşirelere ihtiyaç vardır. Bu durumun sağlanabilmesi için, hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında eleştirel düşünmenin yer alması gerektiği ortaya çıkmaktadır (Aydın ve Kurudirek, 2021; Moshirabadi, Haghami ve Borimnejad, 2016).

Bu derlemede, hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında eleştirel düşünmenin etkin kullanımını arttırmak için kullanılan öğretim stratejileri ve boyutlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Eleştirel Düşünme

Eleştirel düşünme kavramı Sokrates'e (M.Ö. 470-399) kadar dayanmaktadır. Önceleri bu kavramdan felsefe aracılığı ile davranışlarımıza rehberlik etmeyi amaçlayan mantıklı düşünme anlaşılmıştır. Zaman zaman olayların doğru bir şekilde tanımlanması olarak ele alınan eleştirel düşünme, daha sonra kapsamlı bir şekilde tanımlanmaya başlanmıştır. Eleştirel düşünmenin henüz evrensel olarak benimsenmiş bir tanımı olmamakla (Kaya, 2019) birlikte (Brookfield, 1987; Chaffee, 2019; Demirel, 2007; Ennis, 2013; Paul, Binker ve Willsen, 1993) eleştirel düşünme ile ilgili farklı tanımlara rastlamak mümkündür.

Brookfield (1987) eleştirel düşünmeyi, inanç ve davranışların altında yatan varsayımların tanınmasını içermek şeklinde yorumlamıştır. Paul vd. (1993)'ne göre eleştirel düşünme, kişinin düşünmesini şekillendirmenin sistematik bir yoludur. Ennis (2013) ise eleştirel düşünmeyi, insanın neye inanacağına ya da neye karar vereceğine odaklanan, mantıklı ve dikkatli düşünme biçimi olarak tanımlamıştır. Diğer bir tanımda eleştirel düşünme, kişinin hem kendi düşünme sürecini hem de başkalarının düşünme sürecini daha iyi anlayabilmek için gerçekleştirilen aktif ve organize zihinsel bir süreçtir (Chaffee, 2019). Demirel (2007), eleştirel düşünmeyi bilgiyi etkili bir şekilde kazanma, değerlendirme ve kullanabilme, yetenek ve eğilimi olarak tanımlamaktadır. Buna göre eleştirel düşünmede beş önemli beceri tanımlanmaktadır. Bunlar; tutarlılık, birleştirme, uygulanabilme, yeterlilik ve iletişim kurabilme becerileridir (Demirel, 2007). Sonuç olarak baktığımızda eleştirel düşünmeyi; bir problem hakkında karar vermeden önce, probleme ilişkin yorumun iyi yapılması için mevcut bilginin gözden geçirilip değerlendirilmesi olarak

tanımlayabiliriz (Güler, Şolt Kırca, Kahyaoğlu Süt ve Hür, 2021).

Eleştirel düşünme becerisi gelişmiş bir birey zamana ve mekâna göre uygun sorular sorar, gerekli bilgiyi toplar, düzenler ve bu bilgiye dayanarak mantıklı çıkarımlarda bulunur. Eleştirel düşünme bireylerin doğru olmayan iddia ve düşüncelerden uzak durmasını sağlamaktadır. Eleştirel düşünme yeteneği yüksek olan bireyler ne yaptığının farkındadır ve bu farkındalık bilinci de bireylere profesyonellik kazandırmaktadır (Kıraç ve Kalaycı Kırılıoğlu, 2021).

Hemşirelikte Eleştirel Düşünme

Sağlık hizmetlerindeki hızlı değişiklikler ve yeni teknoloji akışı ile hemşireler, optimum hasta bakımı sağlayan kararlar vermek için eleştirel düşünme becerilerini kullanabilmelidir. Eleştirel düşünme, hemşirelik uygulamasını geliştirmek için kullanılacak bir beceriden daha fazlası olarak görülmekte ve kaliteli hemşirelik bakımı sağlamak için gerekli olan bir beceri olarak kabul edilmektedir (Papathanasiou, Kleisiaris, Fradelos, Kakou ve Kourkouta, 2014).

Alfaro-LeFevre (2004) hemşirelikte eleştirel düşünmeyi, hemşirelik sürecinin ilkelerine ve bilimsel yönetime dayalı, amaçlı ve sonuca yönelik düşünme olarak tanımlamıştır. Ayrıca işyerinde başarılı olmak için hemşirelerin bağımsız ve grup olarak problem çözme becerilerine girmesi, kaynakları kullanması, sahiplik ve sorumluluk alması, teknolojiyi kullanması, bilgi edinmesi ve değerlendirmesi gerektiğini söylemiştir. Alfaro-LeFevre, bu görevleri yerine getirmek için hemşirelerin okuma, yazma, dinleme gibi temel becerilere, benlik saygısı, kendine güven ve dürüstlük gibi kişisel niteliklere ve öğrenme, akıl yürütme, fikir üretme ve problemleri çözme gibi düşünme becerilerine sahip olmaları gerektiğini de ifade etmiştir (Alfaro-LeFevre, 2004).

Scheffer ve Rubenfeld (2000) hemşirelikte eleştirel düşünmeyi, profesyonel hesap verebilirlik ve kaliteli hemşirelik bakımının önemli bir bileşeni olarak tanımlamaktadır. Hemşirelikte eleştirel düşünürler zihnin bu alışkanlıklarını; güven, bağlamsal perspektif, üreticilik, esneklik, merak, entelektüel, bütünlük, sezgi, açık fikirlilik, azim ve yansıma şeklinde sergilediğini ifade etmiştir (Scheffer ve Rubenfeld, 2000).

Gordon (2000), hemşire eğitimciler ve hemşire olmayan akademisyenler arasındaki eleştirel düşünme tanımını karşılaştırmıştır. Hemşire eğitimciler, hemşire olmayan akademisyenlerin aksine literatür tarama, planlama, sentezleme, analiz etme ve eleştirme üzerinde durmuşlardır. Hemşire eğitimciler, karar verme ve problem çözmeyle ilgili eleştirel düşünme ile aynı ya da kısmen aynı görmektedir. Hemşire olmayan akademisyenler ise, doğrusal olmayan bir süreç olarak görülen eleştirel düşünceyi, karar verme ve

problem çözme ile lineer süreçler olarak değerlendirmektedir (Gordon, 2000).

Brunt (2005)'a göre hemşirelikte eleştirel düşünme, fikirlerin, çıkarımların, ifadelerin, inançların ve eylemlerin rasyonel incelenmesidir. Bilimsel akıl yürütmeyi, hemşirelik sürecini, karar verme ve tartışmalı konularda akıl yürütmeyi de içermektedir (Brunt, 2005).

Fesler-Birch (2005)'e göre eleştirel düşünme, istenen hasta sonuçlarına ulaşmak için gerekli olan bir bileşendir. Aynı zamanda hasta problemlerinin tanımlanmasında, bakımın planlanmasında ve uygulanmasında kullanılmaktadır. Ayrıca hasta bakımının tüm yönlerinin dikkatli bir şekilde incelenmemesi sonucunda hasta bireye faydadan ziyade daha fazla zarar verebileceğini de söylemiştir (Fesler-Birch (2005).

Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamalarında Eleştirel Düşünme

Günümüzde bireylerde bulunması istenilen temel niteliklerden olan eleştirel düşünme, hemşirelik için önemli kavramlardan biridir. Hemşirelikteki ulusal ve uluslararası kuruluşlar, eleştirel düşünme gücünü hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında ana öge olarak esas almakta ve hasta bakımında etkili bir araç olarak görmektedir. Hemşireliğin bir disiplin olarak ilerlemesinde bilime inanan, kanıta dayalı biçimde uygulamalarını ortaya koyan, araştıran ve sorgulayan hemşirelerin, eleştirel düşünme becerisini geliştirmeleri oldukça önemlidir (Ayдын ve Kurudirek, 2021).

Eleştirel düşünme; eğitimin en temel ögesidir. Bu temel olmadan sosyal, kişisel ve mesleki taleplerin karşılanması mümkün değildir (Paul, 2005). Tüm disiplinlerde olduğu gibi güvenilir ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için hemşirelik eğitiminde de eleştirel düşünmeye dayalı yaklaşımlar bugün oldukça büyük bir öneme sahiptir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri ile ilişkili alanlarda öğrenim gören hemşirelik öğrencilerine eleştirel düşünme becerisi kazandırmak, hızla artan ve kullanıma giren sayısız bilginin nasıl kullanılacağı/nasıl yorumlanacağı konusunda bir yeterlilik sağlamak artık zorunlu hale gelmiştir. Ön yargısız, açık fikirli ve çok sorgulayıcı eleştirel düşünme becerilerine sahip profesyoneller yetiştirmenin en kolay yolu bu beceri ve eğilimleri kazandırmaya yönelik eğitimden geçmektedir. Böylelikle, karar alma mekanizmalarını etkin şekilde kullanan, girişken davranış örüntülerine sahip olan, eleştirel düşünebilen, kriz yönetebilen ve otonomisi yüksek hemşireler yetiştirebilmek mümkün olabilmektedir (Franco, Marques Vieira ve Tenreiro-Vieira, 2018; Güçlü ve Evcili, 2021).

Glaser (1941), eğitimsel bir hedef doğrultusunda eleştirel düşünmenin gerekçesini araştırmıştır. Eleştirel düşünmeyi, karşılaşılan sorunları ve konuları keşfetme, mantıksal sorgulama ve akıl yürütme için gerekli yöntemler hakkında bilgi sahibi olma ve bu yöntemlerin uygulama becerisini içeren üç bileşen olarak tanımlamıştır (Glaser, 1941). Eleştirel düşünme, belirli bir bilişsel beceri kümesinden

daha fazlasıdır; eleştirel düşünme aynı zamanda beceri, bilgi ve tutumların birleşimidir; çıkarımlar ve genellemeler yapma anlayışını içermektedir. Ayrıca, yazarlar modern toplumda tamamen işlevsel olabilmek için eleştirel düşünme becerilerine sahip olmanın önemine dikkat çekmektedir (Simpson ve Courtney, 2002; Şenşekerçi ve Bilgin, 2008).

Eleştirel düşünme öğrenme sonucunda gelişen bir süreçtir. Eleştirel düşünme bir öğrenme aracı olarak öğrencilere mantık sanatını öğretmekte ve sınıfın dışında ortaya çıkan dinamik durumlara hazırlık yapmaya teşvik etmektedir. Ayrıca hemşirelik sürecinin yönetimi ile zihin nitelikleri, akıl yürütme becerileri ve düşünce biçimi gibi unsurlar eleştirel düşünme süreçleri ile paralellik göstermektedir (Güler vd., 2021).

Miller ve Malcolm (1990), eleştirel düşünmenin hemşirelik eğitiminde ders olarak öğretilmesinin aksine eleştirel düşünmeyi hemşireliğin tüm eğitim düzeylerinde desteklemek için öğretim stratejilerine entegrasyonunu savunmaktadır. Ayrıca entegrasyon yönteminin öncelikle öğretim üyelerinin tartışma ve katılım düzeyine bağlı olduğunu belirtmektedir. Çünkü eleştirel düşünmeyi destekleyen/savunan, hemşirelik eğitimini yeniden kavramsallaştıran ve gözden geçiren öğretim stratejilerinin artırılması gerekmektedir (Miller ve Malcolm, 1990). Örneğin; lisansüstü eğitim alan hemşirelerin eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini geliştirme olasılıklarının daha fazla olduğu ve doğru olmayan uygulamalara meydan okumalarını sağlayacak liderlik niteliklerini gösterdikleri, yönetimde ve politikalarda daha fazla söz sahibi oldukları belirtilmektedir (Clark, Casey ve Morris, 2015; Satır ve Murat, 2021; Wilkinson, Carryer ve Budge, 2018).

Mevcut sağlık ortamı, sürekli değişim ve karmaşıklığın toplumsal modellerini yansıtmaktadır. Sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgi ve teknolojinin hızla büyümesi, sorunları çözebilen ve klinik durumlarda önemli kararlar verebilen hemşireleri gerektirmektedir (Twibell, Ryan ve Hermiz, 2005; Yiğit ve Erdem, 2016). Ayrıca Royal Hemşirelik Avustralya Koleji, hemşirelik uygulamalarındaki kalitenin, hemşirelerin uygulamalarını eleştirel olarak değerlendirme kapasitesini sağlamaya yönelik verilen eleştirel düşünme eğitimine bağlı olduğuna inanmaktadır (Foley, 1997).

Colucciello (1997), hemşirelerin günlük sorumluluklarındaki basit ve karmaşık durumların incelenmesinde eleştirel düşünme yönteminin hayati önem taşıdığını belirtmektedir. Aynı zamanda eleştirel düşünmenin elde edilen bilgileri veya değerlendirmeleri, spesifik ve belirgin bir şekilde ifade edebilmesi için doğru bir şekilde belirlemenin önemli bir yolu olduğunu da söylemiştir (Colucciello, 1997).

Ulsenheimer, Bailey, McCullough, Thornton ve Warden (1997), eleştirel düşünmenin herkesin ustalaşma

kapasitesine sahip olduğu bir akıl yürütme süreci olduğunu ve “böyle bir akıl yürütme sürecinin hemşirelere eylemlerini savunma kapasitesi sağlayacağını” önerdiğini ileri sürmektedir. Alfaro-LeFevre (2004), hemşirelerin sağlıklı klinik karar verebilmeleri için eleştirel düşünme becerisine sahip olmalarının zorunlu olduğunu vurgulamaktadır. Klinik kararı “klinik alanda eleştirel düşünme” olarak tanımlamaktadır. Hemşirelerin, uygun bir hareket tarzına karar vermek için bir klinik gözlem veya sorunun tüm yönlerini titizlikle araştırmak ve yansıtmak için eleştirel düşünme becerilerini kullanmaları gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca, eleştirel düşüncenin hemşireliğe ait olduğunu da ileri sürmektedir. Çünkü hemşireliğin amaç odaklı düşünme ile ilgili olduğunu ve birincil amacının kararları varsayımdan ziyade olgusal kanıtlara dayandırmak olduğunu söylemiştir (Alfaro-LeFevre, 2004).

Snyder (1993), hasta/tüketici odaklı bakım sunulması gerektiğini belirtirken, hemşirelerin problemleri çözmek için mantıksal/analitik ve sezgisel/üretici yaklaşımlar kullanan eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeleri gerektiğini ifade etmiştir. Snyder, bu iki yaklaşımı birleştiren eleştirel düşünme becerileri, uygulayıcılara esnek, bireyselleştirilmiş ve duruma özgü sorun çözme konusunda uzmanlık kazandıracağını belirtmektedir. Ayrıca hastaya/tüketiciye odaklanabilen hemşirelerin, günümüzün rekabetçi sağlık pazarının taleplerini karşılamak için daha iyi hazırlanacağını ve hemşirelerin klinik göstergeleri belirleme, önemini değerlendirme ve iyileştirme alanlarını tartışma yeteneğini artıracığını da ifade etmiştir (Snyder, 1993).

Uygulamalarında hızlı ve doğru kararların alınması ile karşı karşıya olunan hemşirelik mesleğinde eleştirel düşünme becerisine sahip olunarak akılcı kararların alınması büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda ulusal ve uluslararası hemşirelik kuruluşları, eleştirel düşünmeyi hemşirelik uygulamalarının temel ögesi olarak kabul etmekte ve eleştirel düşünmeyi hemşirelikte aranan evrensel bir davranış olarak nitelemektedir (Kaya, 2019).

Hemşireler karmaşık ve hızlı değişimler, artan talepler ve daha şeffaf çalışma ile etkin bir şekilde görünebilmeleri için daha üst düzey düşünme ve akıl yürütme becerilerinde yetenekli olmaları gerekmektedir. Hemşireler artık birden fazla ortamda nitelikli ve çok boyutlu bakım sağlamaktadır. Sonuç olarak hemşireler, yeni bilgilerin ve klinik durumların sürekli olarak değiştiği bir ortamda güvenli, yetkin, sezgisel ve yenilikçi klinisyenler olarak çalışmaya hazır olmalıdır (Dikmen ve Usta, 2013).

Eleştirel Düşünme Stratejileri

Kurfiss (1988), eleştirel düşünme sürecini teşvik etmek için bazı stratejiler sunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Kurfiss Eleştirel Düşünme Stratejileri

- Resmi/gayri resmi yazı ödevleri veya kısa vaka çalışmaları
- Akıl yürütme becerilerini, bilgiyi organize etme ve ifade etme yeteneğini içeren sorular
- Karmaşık problemler üzerine diyaloglar

Wolters Kluwer (2018), eleştirel düşünme için öğretilen ve genel olarak tanınmış birkaç strateji sunmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Wolters Kluwer Eleştirel Düşünme Stratejileri

- Öğrenciler öğrenirken etkileşim kurmaları/sağlamaları için teşvik edilmeli. (Grup ortamında öğrenmek genellikle her üyenin daha fazlasını başarmasına yardımcı olur.)
- “Tek bir doğru cevap” almayan açık uçlu sorular sorulmalı. (Eleştirel düşünme en iyi şekilde, sorular doğal olarak kötü tanımlanmış ve “doğru” bir cevabı olmadığında ömelenir. Açık uçlu sorular aynı zamanda öğrencileri “yanlış” cevap verme korkusu olmadan üretici düşünmeye ve cevap vermeye teşvik eder.)
- Sorulan soruları veya yöneltilen sorunları yanıtlamak için yeterli zaman ayrılmalı. (Eleştirel düşünme nadiren anlık kararlar içerir; bu nedenle, soru sormak ve yanıtları talep etmeden önce yeterli zaman ayırmak, hemşire adaylarının/öğrencilerin kendilerinin düşünmeleri gerektiğine ve anında yanıtın her zaman en iyi yanıt olmadığını anlamalarına yardımcı olur.)
- Transfer (bilgilerin uygulamaya aktarılması/davranışa dönüştürülmesi) için eleştirel düşünme becerileri iyi öğretilmeli. (Bunu genellikle öğreticilerin öğrencilere yeni edinilen bir becerinin diğer durumlara ve deneyimlere nasıl uygulanabileceğini görme fırsatı verdiği zaman yapacaklardır.)

Eleştirel Düşünme Boyutları

Eleştirel düşünme boyutları hem bilişsel becerilerden hem de duygusal eğilimlerden oluşmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Eleştirel Düşünme Boyutları

- Bilişsel eleştirel düşünme becerileri; yorum, analiz, çıkarım, açıklama, değerlendirme ve öz-düzenlemedir. Örneğin; açıklık, kesinlik, doğruluk, tutarlılık, mantıksallık, önem vb. ve hasta bakımı bağlamında uygun olduğu şekilde kendini düzeltme.
- Bireyin duygusal eğilimleri; açık fikirli olmak, meraklı olmak, doğruyu aramak, analitik düşünmek, sistematik olmak ve kendine güvenmektir. Örneğin; bilimsel kanıtlara dayalı kararlar vermek, bireylerin ve toplumun değerlerine cevap vermektir.

Bu beceriler, neye inanacakları ya da yapacakları hakkında bir yargıya varmak için yansıtıcı akıl yürütme sürecinde etkileşimli olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle, eleştirel düşünürken, bir kişi sadece ne yapacağını veya neye inanacağını yargılamakla kalmaz, aynı zamanda temel eleştirel düşünme becerilerini birbirine uygulayabilir. Başka bir deyişle, kişi kendi çıkarımlarını analiz edebilir, kendi yorumunu açıklayabilir veya kendi analizini değerlendirebilir (Urhan, 2019; N. C. Facione, P. A. Facione ve Sanchez, 1994).

Eleştirel Düşünürlerin Özellikleri

Tablo 4. Güçlü Eleştirmenlerin Özellikleri

- Geniş ve çeşitli konularla ilgili meraklılık
- İyi bir bilgiye sahip olma
- Eleştirel düşünmeyi kullanma fırsatlarına karşı uyanıklık
- Kişinin kendi akıl yürütme yeteneklerine olan özgüveni
- Farklı dünya görüşlerine ilişkin açık fikirlilik
- Alternatifleri ve farklı fikirleri değerlendirmede esneklik
- Diğer insanların fikirlerini anlamak
- Akıl yürütmeyi değerlendirmede adil olma
- Kendi önyargılarına veya benmerkezi eğilimlere karşı dürüstlük
- Kararları askıya alma, verme veya değiştirme konusunda sağduyu
- Değişimin gerekli olduğunu gösteren dürüst görüşleri yeniden gözden geçirmek

Bilişsel eleştirel düşünme becerilerine sahip olma, iyi bir eleştirel düşünür olmak için gereklidir (N. C. Facione vd., 1994). Wolters Kluwer (2018), hemşirelerin eleştirel düşünme becerilerinin seviyesini değerlendirdikten sonra, eleştirel bir düşünürün özelliklerine (Güçlü eleştirmenlerin özellikleri APA Uzman Konsensüs Delphi Raporu'nun açıklamasına dayanmaktadır.) bakılması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4).

SONUÇ

Hemşire eğitimciler, eleştirel düşünmeyi öğretirken birçok zorlukla karşılaşmaktadır. Bu zorlukları aşabilmesi ve eleştirel düşünme öğretiminde başarının sağlanabilmesi için hemşire eğitimcilerinin üretici stratejileri kullanmaları gerekmektedir. Hemşire eğitimciler, öğrencilere eleştirel düşünme becerilerini öğretmek için teori ve pratikte üst düzey düşünmeyi teşvik eden öğretim yöntemleri geliştirmelidir. Bu nedenle hemşirelik eğitiminde yansıtıcı sürecin öğretilmesi ve öğrenilmesi gerekmektedir. Hemşire eğitimcilerin, hemşirelerin bakım planını tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme sürecini geliştirebilmeleri için çeşitli araçlar ve stratejiler kullanmaları gerekmektedir.

Hemşirelik eğitiminde ve uygulamalarında eleştirel düşünme, hizmette kaliteyi, meslekte profesyonelliği, otonomi ve güç sahibi olmayı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Hemşirelik eğitimcileri ve hemşirelerin çok iyi düzeyde eleştirel düşünme becerisine sahip olmaları toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve yaşam kalitesini artırmada nitelikli bakım hizmeti verebilmelerini sağlamaktadır. Gelecekte bireye ve topluma hizmet verebilecek hemşireler yetiştirebilmek için eğitimleri esnasında öğrencilere eleştirel düşünme becerisini kazandırmak çok önemlidir.

Sonuç olarak; profesyonel hemşireler düşünmeyi, uygulamayı, analiz etmeyi, sentezlemeyi ve değerlendirmeyi bilmeleri gerekmektedir. Eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesi için eğitimsel katılımın olmasını gerektirmektedir. Hemşirelikte sürekli eğitimin sağladığı hemşirelik bilgisinin yayılması, onu eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesi ve sürekli gelişimi için mükemmel bir ortam haline getirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akça, N. K., & Taşçı, S. (2009). Hemşirelik Eğitimi ve Eleştirel Düşünme. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 5(2), 187-196.
2. Alfaro-LeFevre, R. (2004). Critical thinking and clinical judgment: a practical approach. (3. baskı). Philadelphia: W.B. Saunders.
3. Aydın, A., & Kurudirek, F. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin Yaratıcılıklarına Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9(1), 140-149.
4. Brookfield, S. (1987). Developing critical thinkers. (Reprint baskı). Milton Keynes: Open University Press.
5. Brunt, B. A. (2005). Critical Thinking in Nursing: An Integrated Review. The Journal of Continuing Education in Nursing, 36(2), 60-67.
6. Chaffee, J. (2019). Thinking critically. (12. baskı). Boston: Cengage Learning.
7. Clark, L., Casey, D., & Morris, S. (2015). The value of Master's degrees for registered nurses. British Journal of Nursing, 24(6), 328-334.
8. Colucciello, M. L. (1997). Critical Thinking Skills and Dispositions of Baccalaureate Nursing Students—A Conceptual Model for Evaluation. Journal of Professional Nursing, 13(4), 236-245.
9. Demirel, Ö. (2007). Eğitimde program geliştirme. (10. baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık.
10. Dikmen, Y. D., & Usta, Y. Y. (2013). Hemşirelikte Eleştirel Düşünme. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(1), 31-38.
11. Ennis, R. H. (2013). Critical thinking across the curriculum (CTAC). OSSA Conference Archive 10, Universty of Windsor, 1-16.
12. Facione, N. C., Facione, P. A., & Sanchez, C. A. (1994). Critical Thinking Disposition as a Measure of Competent Clinical Judgment: The Development of the California Critical Thinking Disposition Inventory. Journal of Nursing Education, 33(8), 345-350.
13. Fesler-Birch, D. M. (2005). Critical Thinking and Patient Outcomes: A Review. Nursing Outlook, 53(2), 59-65.
14. Foley, E. (1997). Position statements: quality in nursing practice. Royal College of Nursing Australia (RCNA).
15. Franco, A., Marques Vieira, R. & Tenreiro-Vieira, C. (2018). Educating for critical thinking in university: The criticality of critical thinking in education and everyday life. ESSACHESS - Journal for Communication Studies, 11(22(2)), 131-144.
16. Glaser, E. M. (1941). An experiment in the development of critical thinking. New York: Teachers College, Columbia University.
17. Gordon, J. M. (2000). Congruency in Defining Critical Thinking by Nurse Educators and Non-Nurse Scholars. Journal of Nursing Education, 39(8), 340-351.
18. Güçlü, G., & Evcili, F. (2021). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Yetileri ve Boyun Eğici Davranış Eğilimlerinin İncelenmesi. Turkish Journal of Science and Health, 2(1), 31-39.
19. Güler, G., Şolt Kırca, A., Kahyaoğlu Süt H., & Hür, S. (2021). Çalışan Ebeler İle Ebelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1), 88-97.
20. Kaya, H. (2019). Hemşirelikte Eleştirel Düşünme. İçinde: Hemşirelik Esasları, Bilgiden Uygulamaya: Kavramlar - İlkeler - Beceriler (1. Cilt). Atabek Aştı T, Karadağ A (eds.), İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, s: 69-74.

21. Kıracı, R., & Kalaycı Kırılıoğlu, H. İ. (2021). Bilinçli Farkındalık ve Empatik Eğilimin, Eleştirel Düşünme Eğilimine Etkisi: Sağlık Yönetimi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 25(1), 95-103.
22. Kurfiss, J. G. (1988). *Critical thinking theory, research, practice and possibilities*. ashe-eric higher education report no. 2 1988. Washington: Association for Study for Higher Education.
23. Miller, M. A., & Malcolm, N. S. (1990). *Critical Thinking in the Nursing Curriculum*. *Nursing & Health Care: Official Publication of The National League for Nursing*, 11(2), 67-73.
24. Moshirabadi, Z., Haghani, H., & Borimnejad, L. (2016). The perceived problem solving skill of Iranian nursing students: A cross-sectional study. *European Psychiatry*, 33(1), 522.
25. Paphanasiou, I. V., Kleisiaris, C. F., Fradelos, E. C., Kakou, K., & Kourkouta, L. (2014). *Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students*. *Acta Informatica Medica*, 22(4), 283-286.
26. Paul, R. (2005). *The state of critical thinking today*. *New Directions for Community Colleges*, 130(Summer), 27-38.
27. Paul, R. W., Binker, A. J. A., & Willsen J. (1993). *Critical thinking: what every person needs to survive in a rapidly changing world*. (3. baskı). Rohnert Park: Sonoma State University.
28. Satır, G., & Murat, M., (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Vakıf Üniversitesi Örneği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1), 59-67.
29. Scheffer, B. K., & Rubenfeld, M. G. (2000). *A Consensus Statement on Critical Thinking in Nursing*. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 352-359.
30. Simpson, E., & Courtney, M. D. (2002). *Critical Thinking in Nursing Education: Literature Review*. *International Journal of Nursing Practice*, 8(2), 89-98.
31. Snyder, M. (1993). *Critical Thinking: A Foundation for Consumerfocused Care*. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 24(5), 206-210.
32. Şenşekerci, E., & Bilgin A. (2008). Eleştirel Düşünme ve Öğretimi. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(14), 15-43.
33. Twibell, R., Ryan, M., & Hermiz, M. (2005). *Faculty Perceptions of Critical Thinking in Student Clinical Experiences*. *Journal of Nursing Education*, 44(2), 71-80.
34. Ulsenheimer, J. H., Bailey, D. W., McCullough, E. M., Thornton, S. E., & Warden, E. W. (1997). *Thinking About Thinking*. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 28(4), 150-156.
35. Urhan, E. (2019). *Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin eleştirel düşünme düzeylerinin belirlenmesi (Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi)*. İstanbul Okan Üniversitesi, İstanbul.
36. Wilkinson, J., Carryer, J., & Budge, C. (2018). *Impact of postgraduate education on advanced practice nurse activity—a national survey*. *International nursing review*, 65(3), 417-424.
37. Wolters Kluwer. (2018, Haziran 7). *Turning new nurses into critical thinkers*. Erişim tarihi: 16.01.2021, <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/turning-new-nurses-into-critical-thinkers>
38. Yıldırım, A., & Taşçı, S. (2013). Hemşirelikte Eleştirel Düşünmenin Klinik Karar Vermeye Etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 187-191.
39. Yiğit, A., & Erdem, R. (2016). *Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 23(1), 215-249.