

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ**

**JOURNAL OF EGE UNIVERSITY
NURSING FACULTY**

Cilt/Volume: 31

Sayı/Number: 3

Yıl/Year: 2015

AÇIKLAMALAR

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayınlanmaktadır.

Yayın Türleri

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma çalışmalarına paralel olarak orjinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayınlanabilir.

Yayın Hakları

Yayınlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.



EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

Cilt 31, Sayı 3

2015

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN Hemşirelik Fakültesi Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Olcay ÇAM

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

(Başkan)

Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van
GIERSBERGEN

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Olcay ÇAM (Editör)

Prof. Dr. Leyla KHORSHID (Editör Yrd.)

Prof. Dr. Ümran SEVİL

Prof. Dr. Aynur TÜREYEN

Prof. Dr. Süheyla ÖZSOY

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Prof. Dr. Meryem YAVUZ Van
GIERSBERGEN

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova - İzmir

Baskı Tarihi

???? 2015

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (EÜHF) tarafından
yılda üç sayı/bir cilt hakemli dergi olarak yayınlanır.
Türkiye Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index.

Yazışma Adresi

Özen DURAKOĞLU: ozen.durakoglu@gmail.com
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ DERGİ HAKEM KURULU

AKPINAR BALCI Reva
AKDOLUN BALKAYA Nevin
AKIN Belgin
AKYOL Asiye
AKYOLCU Neriman
AKYÜZ Aygöl
ALTUN İnsaf
ARGON Gülümser
ARDAHAN Melek
ARSLAN Hediye
ARSLANTAŞ Hülya
AŞTI Türkinaz
AYGİN Dilek
BABACAN GÜMÜŞ Aysun
BADIR Aysel
BAL YILMAZ Hatice
BAŞBAKKAL Zümrüt
BAYAT Meral
BAYIK TEMEL Ayla
BAYRAKTAR Nurhan
BEDÜK Tülin
BEŞER Ayşe
BEKTAŞ Murat
BİLGE Ayşegül
BULDUKOĞLU Kadriye
CANLIOZER Zeynep
CEBECİ Fatma
ÇAM Olcay
ÇAVUŞOĞLU Hicran
ÇEBER Esin
ÇETİNKAYA DUMAN Zekiye
ÇINAR YÜCEL Şebnem
ÇİÇEK Hatice
ÇİMETE Güler
DAĞHAN Şafak
DEDEÇINAR Nursan
DEMİR KORKMAZ Fatma
DOLGUN Gülümser
DUYGULU Sergül
DÜLGERLER Şeyda
ECEVİT ALPAR Şule
EKTİ GENÇ Rabia
EMİROĞLU Oya Nuran
ENÇ Nuray
ENGİN ESRA
ERDEMİR Firdevs
ERDEM Yurdagül

ERGÜN Ayşe
EROĞLU Kafiye
ERTEM Gül
EŞER İsmet
ETİ ASLAN Fatma
FADİLOĞLU Çiçek
GEÇKİL Emine
GÜNER Perihan
GÜNEŞ Ülkü
GÖRGÜLÜ Selma
GÖZÜM Sebahat
HACIHASANOĞLU AŞILAR Rabia
HATİPOĞLU Sevgi
İLÇE Arzu
İŞLER Ayşegül
İYİGÜN Emine
KANAN Nevin
KARACA SAYDAM Birsen
KARAÇAM Zekiye
KARADAĞ Ayşe
KARADAĞ Mevlüde
KARADAKOVAN Ayfer
KARANİSOĞLU Hacer
KARAYURT Özgül
KAŞIKÇI Mağfiret
KAVLAK Oya
KEÇECİ Ayla
KELLEÇİ Meral
KESKİN Gülseren
KHORSHID Leyla
KILIÇ Dilek
KİTİŞ Yeter
KOCAMAN Gülseren
KOCAMAN YILDIRIM Nazmiye
KÖMÜRCÜ Nuran
KUTLU Yasemin
KULAKAÇ Özen
KUKULU Kamile
KUZU KURBAN Nevin
MOLLAOĞLU Mukadder
OCAKÇI Ayşe
OLGUN Nermin
OFLAZ Fahriye
OKANLI Ayşe
ORGUN Fatma
OVAYOLU Nimet
ÖĞCE Filiz
ÖZ Fatma
ÖZBAŞARAN Ferda

ÖZBAYIR Türkan
ÖZGÜR Gönül
ÖZHAN ELBAŞ Nalan
ÖZMEN Dilek
ÖZSOY Süheyla
ÖZTÜRK Candan
ÖZTÜRK CAN Hafize
ÖZEL EFE Emine
ÖZER Nadiye
ÖZKAN Özlem
PINAR Rukiye
POLAT Sevinç
SAN TURGAY Ayşe
SEREN İNTEPELER Şeyda
SEVİĞ Ümit
SEVİL Ümran
SOĞUKPINAR Neriman
ŞAHİN Nevin
ŞENDİR Merdiye
ŞENOL Selmin
ŞENUZUN Fisun
ŞİRİN Ahsen
TANRIVERDİ Gülbu
TAŞÇI Sultan
TEL Hatice
TEL Havva
TERZİOĞLU Füsün
TÜREYEN Aynur
ULUPINAR Sevim
UYSAK TORAMAN Aynur
UZUN Özge
ÜNSAL ATAN Şenay
ÜNSAL Gül
ÜSTÜN Besti
Y. van GIESSBERGEN Meryem
YEŞİLBALKAN Öznur
YILDIRIM SARI Hatice
YILDIRIM Yasemin
YILDIZ Suzan
YILDIZ FİNDİK Ümmü
YILMAZ Emel
YILMAZ Mualla
YİĞİT Rana
ZAYBAK Ayten
ZİNCİR Handan

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- Yaşamın İlk Üç Yılında Uyku Sorunları ve Etkili Uyku Ekolojisi Etmenleri
Sleep Problems and Ecological Factors of Sleep in the Three Years of Life
Fatma TAŞDEMİR, Ayla BAYIK TEMEL 1-19
- Psikiyatride Çalışan Hemşirelerin Kültürlerarası Bakım Konusundaki Görüşleri
The Opinions About Transcultural Care of Nurses Working in Psychiatry
Nihan YALÇINER, M.Olcay ÇAM..... 20-36
- Hemşirelerin Kültürel Yeterli Bakım İçin Uygulama Standartlarına Yaklaşımları
Attitudes of Nurses Towards Standarts of Practice For Culturally Competent Care
Gülbu TANRIVERDİ..... 37-52
- Kronk Obstruktif Akciğer Hastalığı Olan (KOA) Olan Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının İncelenmesi
Investigation of the Functional Status in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
Asiye AKYOL, Behtiye DİNDAR 53-67
- Bir Üniversitedeki Hemşirelik ve Beden Eğitimi Öğrencilerinin Yaşlılara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi
An Investigation of Attitudes Towards The Elderly of Nursing and Physical Education Students at a University
Duygu BAYRAKTAR, Hülya YILMAZ, Leyla KHORSHTD 68-80
- Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi
Determining The Level of Satisfaction of Patients' For Nursing Care
Aliye OKGÜN ALCAN, Meryem YAVUZ Van GIERBERGEN, Burçak ŞAHİN KÖZE, Vildan TANIL, Belgin İYİK AKSAKAL..... 81-89

Derleme Yazılar

- Ebola Epidemiyolojisi, Kliniği ve Hemşirelik Bakımı
The Epidemiology, Clinical Features and Nursing Care of Ebola
Gülnaz KARATAY, Yadigar ÇEVİK, Nazan GÜRARSLAN BAŞ, Ezgi KARADAĞ,
Nursel ALP DAL 90-98

- Diyabet ve Bilişsel İşlevler
Diabetes and Cognitive Functions
Ayfer KARADAKOVAN..... 99-107
- Dünyada Halk Sağlığı Hemşireliği
Public Health Nursing in The World
Süheyla ALTUĞ ÖZSOY, Bennur KOCA 108-118

Olgu Sunumu

- Kalça Kırığı Olan Bir Hastada Ameliyat Öncesi Gelişen Deliryum
Pre-operative Delirium in a Patient With Hip Fracture: A Case Report
Nursemin ÜNAL, Betül TOSUN, Hakan ZEYBEK 119-129

**Editörden Okura,
Değerli Okuyucularımız,**

Dergimizin 2015 yılı üçüncü ve bu son sayısında, dolu dolu bir dergi sunmaktayız. Bu sayımızda altı araştırma, üç derleme makale bir adet olgu sunumu olmak üzere 10 adet bilimsel makale okuyacaksınız. Bu sayımızda araştırma makaleleri olarak; Yaşamın İlk Üç Yılında Uyku Sorunları ve Etkili Uyku Ekolojisi Etmenleri, Psikiyatride Çalışan Hemşirelerin Kültürlerarası Bakım Konusundaki Görüşleri, Hemşirelerin Kültürel Yeterli Bakım İçin Uygulama Standartlarına Yaklaşımları, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOA) Olan Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının İncelenmesi, Bir Üniversitedeki Hemşirelik ve Beden Eğitimi Öğrencilerinin Yaşlılara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi, Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi isimli araştırma makaleleri; Derleme Makaleler Bölümünde ise; Ebola Epidemiyolojisi, Kliniği ve Hemşirelik Bakımı, Diyabet ve Bilişsel İşlevler, Dünyada Halk Sağlığı Hemşireliği isimli derleme makaleleri; Olgu Sunumu Bölümünde ise; Kalça Kırığı Olan Bir Hastada Ameliyat Öncesi Gelişen Deliryum isimli makaleler yer almaktadır.

Görüldüğü üzere dergimizde çeşitli alanlarda çok özgün içerikleri olan bilimsel makaleler yer almaktadır. Dergi yayın kurulumuzun kararları doğrultusunda dergimizin atfı olarak, ulusal katkı değerinin ve indeksinin yükselmesi için dergi yazım kurallarına özellikle de sıkıntı yaşanan kaynakça yazım kurallarını tekrar çek ederek makalelerinizi göndermenizi bekliyoruz. Dergimizde çıkmış makalelerin kaynakça da yer alıyor olmasına da dikkat edilmesini ayrıca istiyoruz. Bundan sonraki sayılarda, kaynak yazım kurallarını ve dergi yazım kurallarına son derce uygun ve dikkatli yazan yazarların makalelerine öncelik vereceğimizi şimdiden bilmenizde yarar var.

Dergimizin yayınlanma sürecinde emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, sağlıklı, verimli günler dileyerek sevgi ve saygılarımı sunarım.

**Prof. Dr. Olcay ÇAM
EDİTÖR**

mahire.olcay.cam@ege.edu.tr
olcaycam.@yahoo.com

İletişim Mail Adresi:

Özen DURAKOĞLU
ozen.durakoglu@gmail.com

YAŞAMIN İLK ÜÇ YILINDA UYKU SORUNLARI VE ETKİLİ UYKU EKOLOJİSİ

ETMENLERİ

SLEEP PROBLEMS AND ECOLOGICAL FACTORS OF SLEEP IN THE FIRST THREE

YEARS OF LIFE

Uzman Hemşire Fatma TAŞDEMİR* **Prof.Dr.Ayla BAYIK TEMEL****

* İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

Bu çalışma 3.Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresinde (6-9 Eylül 2011 Sabancı Kültür Sarayı İzmir) Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Araştırma, yaşamın ilk üç yılında uyku sorunları ve uyku sorunlarında etkili uyku ekolojisi etmenlerini incelemek amacı ile yürütüldü.

Yöntem: Tanımlayıcı araştırmanın örneklemini, İzmir ilinde bir çocuk hastanesinde, sağlıklı çocuk polikliniğine Eylül 2011 – Şubat 2012 tarihleri arasında başvuran 0-36 aylık bebeği/çocuğu olan 385 anne oluşturdu. Veriler, bebek / çocuklarda uyku sorunlarını belirlemede, Sadeh (2004) tarafından geliştirilen ve 2009 yılında Sadeh ve ark. tarafından genişletilen ve Taşdemir ve Bayık (2013) tarafından, Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği yapılmış "Bebek/Çocuk Uyku Sorunu Kısa Tanılama Formu" (BUKF) ile annelerle görüşülerek toplandı. Anneler bebeklerinin/çocuklarının, son bir haftalık uyku durumunu değerlendirdiler. Veriler SPSS 16.0 paket programı, sayı-yüzde ve Ki-kare istatistik testleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Bebeklerin yaş ortalaması 15 ± 1.61 ay idi. Bebek/çocukların uykuya başlama saatinin 22.30, uykuya dalma süresinin 30 dk. , gece uyanma sıklığının 2 kez ve gece hiç uyanmadan uyuduğu uyku süresinin 4 saat, uyanık kaldığı sürenin 50 dk., gündüz uyku süresinin (saat) 2.33 saat olduğu belirlendi. Bebek/çocuklarda toplam uyku süresi ortalaması 11.32 ± 3.0 saat olup, % 28.5'inde uyku sorunu saptandı. Annelerin % 46.2 'sı bebek/çocuklarında uyku sorunu olduğunu algıladı. 15-24 yaş grubu annelerin bebeklerinde, daha ileri yaşlardaki annelerin bebeklerine göre uyku sorunu daha fazlaydı ($p < .05$). Annelerin sahip olduğu çocuk sayısı azaldıkça, bebeğinin/çocuğunun uyku sorununun arttığı saptandı ($p < .05$). 0-1 yaş grubundaki bebeklerin uyku sorunu 1-3 yaş grubu çocuklardan daha fazla bulundu ($p < .05$).Yüz üstü uyuyan çocuklarda, yan dönük ve sırt üstü uyuyan çocuklara göre uyku sorunu daha yaygındı ($p < .05$). Bebeklerinin/çocuklarının uyku sorununu, ciddi bir sorun

olarak algılayan annelerin bebeklerinde/çocuklarında, uyku sorunu en fazla (% 47.4) bulundu ($p < .05$).

Sonuç: Annelerin bebeklerinde/çocuklarında algıladıkları uyku sorunu yaygınlığı (%47.4), ölçüm aracı ile belirlenen uyku sorunu yaygınlığına göre (% 28.5) daha yüksek oranda idi. Genç ve tek çocuklu annelerin bebeklerinde/çocuklarında, 0-1 yaş aralığında olan, yüzü üstü uyuyan bebeklerde/çocuklarda uyku sorunu daha yaygındı. Uyku sorunu ile cinsiyet açısından farklılık saptanmadı. Annenin eğitim durumu ve aile yapısı, bebeğin cinsiyeti, uyuduğu yer, oda ve evin ısınma şekli bebeklerde uyku sorununda etkili bulunmadı. Hemşire ve hekimlerin, bu ölçekten yararlanarak bebeklerde/çocuklarda uyku sorununu erken dönemde belirlemeleri ve ebeveynlere sağlık eğitimi, danışmanlık vermeleri önerildi.

Anahtar kelimeler; Bebek/çocuk, uyku sorunu, uyku ekolojisi, uyku sorununu tanılama.

ABSTRACT

Objective: *Descriptive field study was planned to investigate the sleep problems and ecological factors of sleep in the first three years.*

Method: *Mothers (385), who have 0-36 month infant/toddlers and applied to healthy child outpatient department of a children hospital in İzmir between September 2011 and February 2012, were included in the study. Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ) was used to collect data and assess the sleep problems in infants/toddlers. BISQ was developed by Sadeh (2004) and later it was expanded by Sadeh et al. in 2009 and adopted to Turkish language by Taşdemir and Bayık . In evaluating the data, SPSS 16.0 packet program, Chi square tests were used.*

Result: *Mean age of the infants /toddlers was 15 ± 1.61 months. When the seven parameters of sleep level measurement were examined; among the infants/toddlers, beginning of sleep time was 22.30, mean of wake up times at a night, was 2.0, the mean of sleeplessness duration was 0.50 minutes among children. Mean of uninterrupted sleep duration was 4 hours, mean of sleep during daytime was 2.33 hours. ; Infants/toddlers have a total sleep of 11.32 ± 3.0 hours. It was determined that %28.5 of the children had sleep problems and 46.2 % of mothers perceived sleep problems for their children. Sleep problems were more prevalent in infants /toddlers whose mothers were in 15-24 aged old comparing to other groups as well ($p < .05$). That decreased the number of children of mothers, sleep problems of their infants / toddlers increased ($p < .05$). Infants/toddlers who lied in facedown position during sleep, have sleep problems more than the others ($p < .05$). Among the infants/toddlers whose mothers perceived that their children have severe sleep problems, sleep problems were found more prevalent ($p < .05$).*

Conclusion: *Mothers' perceived sleep problems for their children was higher than the prevalence determined by using BISQ . Young mothers' infants/toddlers experienced more sleep problems. Sleep problems was more prevalent in infants and among the children who have mothers that has one child and stayed in younger ages, who sleep in facedown position. Nurses and physiciaas were suggested that they should determine the sleep problems and effective ecological factors on sleep among children/infants as well as provide counseling and health education for the mothers.*

Key words: *Infants/toddlers, sleep ecology, leep problems, sleep problems screening.*

GİRİŞ

Pediatristler ve diğer çocuk bakım profesyonellerine göre, çocukluk döneminde bebek uyku problemleri ebeveynlerin yaşadıkları en yaygın sağlık sorunları arasındadır (Sadeh 2004, Owens ve ark. 2004, Sadeh ve ark. 2010). Araştırmalar, çocukların yaklaşık dörtte birinin uyku sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (Carolyn 2001, Lam ve ark.2003, Sadeh ve ark. 2009). Bebeklerde/çocuklarda uyku sorununun belirleyici özellikleri; uykuya dalma güçlüğü, uykuya yatmak istememe, gece uyanmaları (ağlayarak olabilir), ebeveynlerle uyumak isteme, gün içinde uyuklama ve huzursuz ağlamalar biçiminde yaygınlık göstermektedir (Carolyn 2001, Lam ve ark.2003, Sadeh ve ark. 2009, Stein ve ark.2010). Bebeklerde/çocuklarda, uykuya dalma güçlüğü % 10-29, gece sık uyanmalar % 15- 35 sıklığında görülmektedir (Özgen 2001, Lam ve ark. 2003, Tamara 2009, Tana ve ark. 2009, Carolyn 2011). Farklı kültürlerde yürütülen araştırmalar, bebeklerde/çocuklarda uyku sorunları prevalansının %11-40 değerleri arasında değiştiğini göstermektedir (Sadeh ve ark. 2011). Mindell ve arkadaşları internet üzerinden 17 ülkede yürüttükleri, 0-3 yaş çocuğu kapsayan kültürlerarası çalışmalarında; bebek/çocuklarda uyku sorunu yaygınlığını Avustralya' da % 32, İngiltere'de %23, Hindistan'da %40, Amerika'da % 24, Tayland'da % 11, Yeni Zelanda da % 30, Çin' de % 76, Japonya'da %20 gibi değişen oranlarda belirlemişlerdir (Mindell ve ark. 2010). Quach ve ark.(2013) Avustralya'da yürüttükleri bir diğer çalışmada, uyku sorunu yaygınlığını 0-12 aylık dönemde %17.7, bir yaş grubunda %14.6, iki yaşta %12.9 ve üç yaş çocuklarda %11.8 oranında belirlemişlerdir. Beş yaşa kadar olan çocuklarda uyku sorununun sağlık harcamalarına ek maliyetinin 141 dolar olduğunu belirtmişlerdir. Martin ve ark. (2007), Avustralya'da 5107 bebek üzerinde yürüttükleri başka bir çalışmada bebeklerde uyku sorununu %17 oranında saptamışlardır. Hiscock ve Wake (2002) yaptıkları çalışmada, yeni doğan bebeklerde uyku problemlerini araştırmışlardır. Bu çalışmada annelerin %12'si çocuklarının uyku problemlerinin devamlı olduğunu ve %19'u sorunun yinelenildiğini bildirmişlerdir.

Bebeklik döneminde uyku sorunlarının tedavi edilmemesi durumunda, yetişkinlik döneminde dirençli ve iyileşmesi gecikmiş bir sağlık sorunu olacağı belirtilmektedir (Sadeh 2004, Sadeh ve ark. 2010). İyi uyku süresinin azalması ve gündüz uyuma gereksinimi çocukların fiziksel, ruhsal yaşamını, okul başarısını ve aile ilişkilerini etkileyebilmektedir (Goodlin ve ark. 2001, Guyton 2001). Özellikle 0-36 ay çocuklarda gece uyanmaları ve uyku problemlerine bağlı olarak ilerleyen yaşlarda davranışsal sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Sadeh 2004). Çocuk uyku problemleri ve postnatal depresyon, evlilikte stresin artması, aile düzeninin bozulması, ebeveynlerin işini bırakması, çocuk istismarı, çocuk davranış problemleri ve anneyle ilgili kaygı gibi sosyal ve mental sağlık sorunlarını da arttırmaktadır (France ve ark. 1999, Hiscock ve ark. 2001, Er 2006, Polimeni ve ark. 2007). Uyku sorunu yaşayan çocuklar, sağlıksız çocuklar olarak rapor edilmektedir (Karaçal 2010). Uyku sorunları erişkinlerde iyi tanımlanmıştır, ancak özellikle 0-36 ay çocuklarda bu sorunun erken dönemde tanılanmasına yönelik çalışmalar yapılmamıştır (Demir 2007, Carskadon 2009).

Bebeğin uyutulmasında; ebeveyn davranışları, zamanlama, ortam ve dekorlar gibi çevresel faktörler uyku ekolojisini oluşturur (Sadeh ve ark. 2009). Çocuklarda uyku sorunlarının nedenini tanımlayabilmek için uyku ekolojisinin bilinmesi gerekir. Bebeğin/çocuğun yatağında/beşiğinde, beslenirken ya da emzirilirken, kucakta pırpışlanırken, sallanırken, banyo sonrası, yatakta yalnız ve ya diğer bir başka kişiyle birlikte, masal dinleyerek, televizyon izlerken uyuması gibi benzer uyutma davranışları, onların uykuya dalmasında etkili olmaktadır (Sadeh ve ark. 2009). Sadeh ve arkadaşları (2010) internet aracılığı ile yürüttükleri “Ebeveyn davranışları ve bebeklerde uyku sonuçları: bir kültürlerarası karşılaştırma” başlıklı çalışmada, dünyada değişik bölgelerde bebeklerin uykuya başlama saatlerinde ve gece uykuları sırasında ebeveyn davranışlarının bebeğin uyku durumunda etkili olduğunu belirlemişlerdir.

Ülkemizde bebeklerde/çocuklarda uyku sorunları ve etkili çevresel etmenlerin incelenmesi konusunda çalışmalar sınırlıdır. Bunlardan; Başar, Korkmaz ve Seldi’ın 2005 yılında “Postpartum dönemde anne ve babaların yeni doğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi” çalışmasında, bebeğin uykusunun izlenme gerekliliğini annelerin %18’i, babaların %39’u gereksinim olarak görmüşlerdir. Ayrıca bebekleri/çocukları uyutmada etkili çevresel durumlar konusunda; Bölükbaş’ın (2009), Orduda yaptığı çalışmada; annelere çocuklarını uyutmak için ne gibi uygulamalara başvurduğu sorulduğunda; %33.0’ının ayağında sallayarak, %25.6’sının beşikte sallayarak, %15.8’inin de ninni söyleyerek bebeklerini uyuttuğu belirlenmiştir. Özyazıcıoğlu ve Polat’ın (2005) yapmış oldukları bir diğer çalışmada ise; annelerin %93.2’sinin çocuklarını uyutmakta güçlük çektikleri saptanmıştır. Annelere, çocuklarını uyutmak için ne gibi yöntemlere başvurdukları sorulmuş; annelerden %43.9’unun çocuğa ballı ve şekerli emzik verdikleri, %14.9’unun ayaklarında sallayarak, çocuğa ninni söyledikleri, %8’inin de bebe aspirini veya ağrı kesici şurup verdikleri belirlenmiştir. Öner ve ark.(2009), çocuklarda uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan “Çocuklarda Uyku Ölçeği”nin uzun formunun Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacı ile bir çalışma yürütmüşlerdir. Ülkemizde bebeklerde/çocuklarda doğrudan uyku sorunlarının belirlenmesine yönelik bir çalışma bulunmamaktadır. 0-36 ay bebeklerde/çocuklarda uyku sorunları yaygınlığı ne düzeydedir? etkili uyku ekolojisi etmenleri nelerdir? sorularına bu çalışmada yanıt aranacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, yaşamın ilk üç yılında uyku sorunları ve etkili uyku ekolojisi etmenlerinin incelenmesi için yürütülmüş tanımlayıcı alan araştırmasıdır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İzmir’de bir çocuk hastanesinde, sağlıklı çocuk polikliniğinde yürütüldü. Araştırma verileri, Eylül 2011 – Şubat 2012 tarihleri arasında toplandı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, sağlıklı çocuk polikliniğine Eylül 2011 – Şubat 2012 tarihleri arasında başvuran tüm 0-36 aylık bebeği/çocuğu olan 450 anne oluşturdu. Araştırmaya katılmaya gönüllü 385 anne olasılıksız örnekleme ile araştırma kapsamına alındı.

Veri Toplama Araçları

Veriler, "Anne Sosyodemografik Veri Toplama Formu ve Bebek/Çocuk Uyku Sorunu Kısa Tanılama Formu (BUKF)" ile toplandı. Anneye ait sosyodemografik veri toplama formu araştırmacılar tarafından konu ile ilgili alan yazın incelenerek oluşturuldu (Sadeh 2004, Sadeh ve ark. 2009). Bu formda; annenin yaşı, eğitimi, mesleği, çalışıp çalışmama durumu, medeni durumu, aile tipi, sosyal güvence, ailenin gelir durumu, sahip olduğu çocuk sayısı, oturduğu evin tipi, evin ısınma şekli, çocuğun kendi odasının olup olmadığı, çocuğun uykusu gelince yaptığı hareketler gibi değişkenlerle ilgili sorulara yer verildi.

Bebek/Çocuk Uyku Sorunu Kısa Tanılama Formu (BUKF); Bu form, 2004 yılında Sadeh tarafından; Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ) adı ile geliştirilmiş, daha sonra form 2009 yılında Sadeh ve ark. tarafından genişletilmiştir (Sadeh 2004, Sadeh ve ark. 2009). Bu çalışmada Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği gerçekleştirilmiş genişletilmiş ve BUKF olarak adlandırılmış Türkçe formu kullanılmıştır (Bayık, Taşdemir 2011). Bu formda yer alan; çocuğun uykuya başlama saati, uykuya dalma süresi, gece uyanma sıklığı, gece uykusuzluk süresi, gece uyku süresi, gündüz uyku süresi, toplam uyku süresi gibi yedi ölçüt ile bebeklerin/çocukların uyku durumu değerlendirilmektedir. BUKF'dan elde edilen bu ölçütler değerlendirilerek gece uyku süresi ile gündüz uyku süresi toplanıp, gece uykusuzluk süresinin çıkarılması ile toplam uyku süresi hesaplanır. Aşağıdaki üç durumdan en az birinin görülmesi durumunda bebeğin/çocuğun uyku sorunu yaşadığı saptanır; 1) Bebeğin/çocuğun gecede üç kez den fazla uyanması, 2) Bebeğin/çocuğun gece uyanarak bir saatten daha fazla uykusuz kalması ya da, 3) Bebeğin/çocuğun toplam uyku süresinin 9 saatten az olması (Sadeh 2004). Bu formda, ebeveyne ait davranışların ve ekolojik özelliklerin belirlenmesine yönelik sorular da (çocuğun doğum tarihi, çocuğunun cinsiyeti, doğum sırası, uyuduğu yer, yattığı yer, uyku pozisyonu, horlama davranışı, uykuya dalma biçimi, annenin uyutmadan önceki ritüelleri, çocuğun gece uyanması durumunda annenin davranışları, annenin çocuğunun gece uykusu ile ilgili algısı ve değerlendirmesi) yer almıştır. Sadeh (2004), aracın test-retest yöntemi ile zamana göre değişmezliğini test etmiştir. Uyku sorunlarını belirleme soru formunun, actigraph aracının verileri ve uyku günlüğü verileri arasında korelasyonunu pozitif yönde orta ve çok güçlü (.27 – .96) (p < .000) ve de anlamlı bulmuştur. Türkçe formun geçerlilik güvenirliliğinin incelendiği çalışmada da, Taşdemir ve Bayık (2011), BUKF'nun zamana göre değişmezliği için ön-test ve son-testten elde edilen yedi soruya ilişkin ortalama değerler arasında pozitif yönde orta-güçlü derecede (.35 – .85) ve anlamlı (p < .000) ilişkiler belirlemişlerdir. Zamana göre değişmezlik açısından aracın güvenilir olduğu gösterilmiştir. Taşdemir ve Bayık (2011), BUKF (son test) ve Uyku Günlüğü' den

(annelerin çocuklarının uykusunu yedi gün kaydettiği uzun form) elde ettikleri yedi ölçüte (parametreye) ilişkin değerleri karşılaştırarak, değerler arasında güçlü derecede (0.51 - 0.90) ve anlamlı ilişkiler ($p<.000$) belirlemişlerdir. Bu çalışmada annelerden son bir haftayı düşünerek bebeklerinin/çocuklarının uyku durumunu değerlendirmek üzere bu soru formunu yanıtlamaları istendi. Son bir hafta içinde akut bir hastalık geçiren bebek/çocuklar araştırmaya alınmadı. Formun yanıtlanması için gerekli süre 20-30 dakika idi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programı kullanılarak kodlandı Verilerin analizinde; sayı, yüzde, median, IR değeri kullanıldı. Bağımlı değişken (uyku sorunu) ve uyku sorununda etkili olduğu düşünülen bağımsız değişkenler arasındaki bağlantılar ki- kare istatistik testleri ile analiz edildi (Özdamar 2003).Verilerin değerlendirilmesinde $p<.05$ yanılma düzeyi belirlendi.

Araştırmanın Etik Yönü

Hastane yönetiminden çalışmanın yapılabilmesi için yazılı izin alındı, 0-36 aylık çocuğa sahip annelere çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alındı. Araştırma kapsamında uyku sorunu olduğu belirlenen bebeklerin/çocukların annelerine bilgi verilerek, araştırmacı tarafından hazırlanan "0-36 aylık bebeklerin/çocukların uyku sorununa yönelik annelere öneriler" konulu broşür verildi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, gönüllü annelerle yürütüldü, bu nedenle sonuçlar ancak bu gruba genellenebilir. Uyku sorunlarının yalnızca 0-3 yaş grubu bebeklerde/çocuklarda incelenmesi araştırmanın bir diğer sınırlılığdır

BULGULAR VE YORUM

Bebeklerin/Çocukların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 1.Bebeklerin/Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grubu		
0-6 ay	102	26.5
7-12 ay	31	8.1
13-18 ay	63	16.4
19-24 ay	59	15.3
25-36 ay	130	33.7
Cinsiyet		
Kız	171	44.4
Erkek	214	55.6
Planlı gebelik sonucu doğum		
Evet	295	76.6
Hayır	90	23.4

Doğum sırası		
En büyük	15	3.9
Ortanca	20	5.2
En küçük	183	47.5
Tek	167	43.4
Doğum Şekli		
Normal doğum	186	48.3
Sezeryan	192	49.9
Diğer	7	1.8
Toplam	385	100.0

Araştırma kapsamına alınan, 0-36 aylık bebeklerin/çocukların yaş ortalamasının 15 ± 1.61 aydır. Çocukların %34.6'sının bir, %31.7'sinin iki, %33.7'sinin üç yaşında olduğu Tablo.1'de görülmektedir. Bebeklerin/çocukların %76'sı planlı gebelik sonucu doğmuştur. Bebeklerin/çocukların aile içindeki diğer çocuklara göre doğum sıralamasında, %47.5'inin en küçük, %43.4 'ünün ilk çocuk olduğu saptandı.

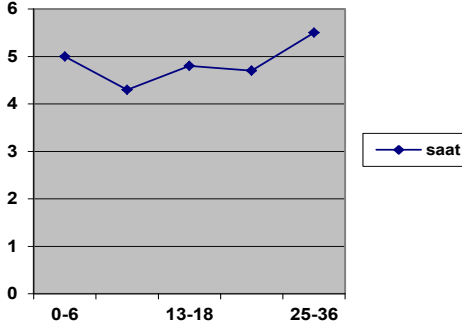
Bebeklerin/Çocukların Uyku Düzeyi Ölçümleri ve Uyku Sorunu Yaygınlığı

Tablo 2. Bebeklerin/Çocukların, Uyku Düzeyi Ölçümlerinin Dağılımı

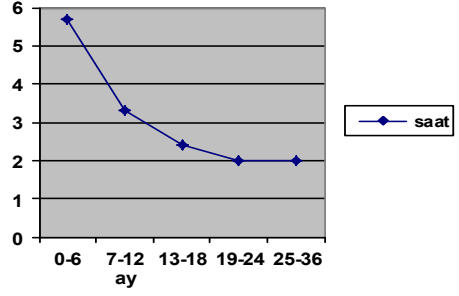
BUKF Uyku Düzeyi Ölçümleri	Median	IR	Min.	Max.
Uykuya Başlama Saati/ saat	22.30	± 1.80	18.00	24.40
Uykuya Dalma Süresi/ saat	0.50	± 0.35	0.08	0.16
Gece Uyanma Sıklığı	2.00	± 2.00	0	8
Gece Uykusuzluk Süresi/saat	0.50	± 1.08	0	5
Gece Kesintisiz Uyku Süresi/ saat	4.00	± 3.50	1.50	12.30
Gündüz Uyku Süresi/ saat	2.33	± 2.00	0	12
Toplam Uyku Süresi/ saat	11.32	± 3.00	7	22

Tablo2 'de BUKF uyku düzeyi ölçümleri açıklanmıştır. BUKF uyku düzeyi ölçümleri kapsamındaki, yedi parametre incelendiğinde; bebeklerin/çocukların uykuya başlama saatinin ortancasının 22.30 ± 1.80 olup, en erken 18.00 da ve en geç 24.40 da başladığı saptandı. Uykuya dalma süresinin 0.50 ± 0.35 (saat), gece uyanma sıklığının 2.00 ± 2.00 kez olduğu ve bebeklerin/çocukların, gecede 0-8 kez uyandıkları belirlendi. Bebeklerin/çocukların gece uykusuzluk süresinin 0.50 ± 2.00 saat, kesintisiz gece uyku süresinin 4.00 ± 3.50 saat olduğu ve çocukların kesintisiz gece en az 1 saat 50 dakika, en uzun 12 saat 30 dakika uyuduğu saptandı. Bebeklerin/çocukların, gündüz uyku süresinin 2.33 ± 2.00 saat ve toplam uyku süresinin de 11.32 ± 3.00 saat olduğu belirlendi. Bebeklerde/çocuklarda belirlenen en az toplam uyku süresinin 7 saat, en uzun toplam uyku süresinin ise 22 saat olduğu saptandı.

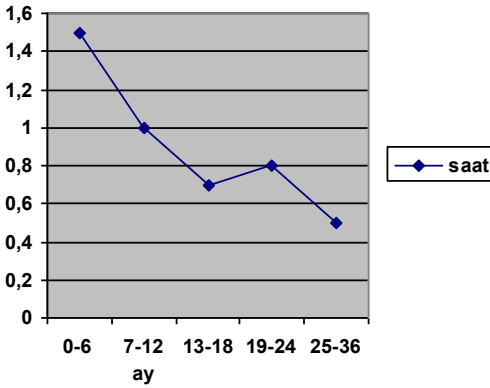
Gece uyku süresi (saat)



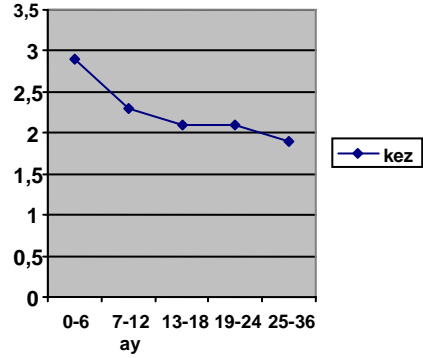
Gündüz uyku süresi (saat)



Gece uykusuzluk süresi (saat)



Gece uyanma sıklığı (kez)



Grafik 1. Çocukların/bebeklerin yaş grubuna göre, bazı uyku düzey ölçümlerinin dağılımı

Grafik.1'de bebeklerin/çocukların yaş grubuna göre, bazı uyku düzeyi ölçümlerinin dağılımı gösterilmiştir. Bebeklerin/çocukların yaşı büyüdükçe gece uyku süresi artmakta ve gündüz uyku süresi, gece uyanma sıklığı, gece uyanma süresi azalmaktadır.

Tablo 3. Bebeklerin/Çocukların, Uyku Sorununu Belirlemeye Yönelik Ölçütlerin Dağılımı

Uyku Sorunu Belirlemeye Yönelik Ölçütler	Sayı	Yüzde
Bebegin/çocuğun;		
1.Gecede üç kez den fazla uyanması*	72	18,6
2. Gece uyanarak bir saatten daha fazla uykusuz kalması*	110	28,5
3.Toplam uyku süresinin, 9 saatten az olması*	55	14,6
Uyku sorununun yaygınlığı	110	28,5
* Yüzdeler her bir ölçüt için 385 anne bildirimine göre hesaplanmıştır.		

0-36 aylık bebeklerin/çocukların, %18.6'sının gecede üç defadan fazla uyandığı, % 28.5' inin gece uyanarak bir saatten daha fazla uykusuz kaldığı ve %14.6'sının toplam uyku süresinin 9 saatten az olduğu saptandı. Bu ölçütlerden birinin varlığı, çocuklarda/bebeklerde uyku sorunu olduğunu göstermektedir. En yaygın ölçüt olarak "bebeklerin/çocukların gece uyanarak bir saatten daha fazla uykusuz kalması" durumu göz önüne alındığında, bebeklerde/çocuklarda % 28.5 oranında uyku sorunu olduğu belirlendi (Tablo3).

Bebeklerin/Çocukların, Uyku Sorununda Etkili Bazı Sosyodemografik ve Uyku Ekolojisi Etmenleri

Araştırmadaki bebeklerin/çocukların uyku sorunu olup olmadığı, bebek/çocukların, annelerin bazı sosyodemografik özellikleri ve uyku ekolojisi kapsamında bazı ortam özelliklerine göre incelenmiştir.

Tablo 4. Bebeklerin/Çocukların, Uyku Sorununun Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Çocukların Özellikleri	Uyku sorunu olan		Uyku sorunu olmayan		Toplam n=385		X ²	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş Grubu								
0-12 ay	66	49.6	67	50.4	133	100.0	X ² = 28.88	p < .05
13-24 ay	24	19.7	98	80.3	122	100.0		
25-36 ay	20	15.4	110	85.0	130	100.0	X ² = 0.53	p > .05
Cinsiyet								
Kız	46	26.6	127	73.4	173	100.0	X ² = 0.605	p > .05
Erkek	64	30.2	148	70.0	212	100.0		

Tablo 4’de bebeklerin/çocukların uyku sorununun durumunun, yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; 0-12 aylık bebeklerin % 49.6’sında, 13-24 aylık çocukların %19.7’sinde ve 25-36 aylık çocukların % 15.4’ünde uyku sorunu olduğu saptandı. Bu gruplar arasında istatistiksel bir fark olduğu belirlendi ($p < .05$). Bu farkın 0-12 aylık yaş grubundan kaynaklandığı ve 0-12 ay bebeklerde uyku sorununun en yaygın olduğu saptandı ($p < .05$). Kız ve erkek bebek/çocuklarda, uyku sorunu durumunda istatistiksel bir farklılık saptanmadı ($p > .05$).

Tablo. 5 Bebeklerin/Çocukların Uyku Sorununun Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre Dağılım (Sayı=385)

Annelerin Özellikleri	Uyku Sorunu Olan		Uyku Sorunu Olmayan		Toplam		p χ^2
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş Grupları							
15-24 yaş	37	43.5	48	56.5	85	100.0	$\chi^2= 14.1$ $p < .05$ $\chi^2= 1.98$ $p > .05$
25-34 yaş	62	26.5	173	73.6	235	100.0	
35 yaş ve üzeri	11	17.0	54	83.0	65	100.0	
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	5	45.0	6	54.0	11	100.0	$\chi^2 = 2.9$ $p > .05$
Okur-yazar veya ilköğretim	61	26.0	174	74.0	235	100.0	
Lise ve üzeri eğitim	44	32.0	95	68.0	139	100.0	
Sahip olduğu çocuk sayısı							
Bir	70	38.5	112	61.5	182	100.0	$\chi^2=29.4$ $p < .05$ $\chi^2=7.3$ $p < .05$
İki	26	23.2	86	76.8	112	100.0	
Üç ve daha fazla	14	15.4	77	84.6	91	100.0	

Tablo.5’de görüldüğü gibi, annelerin yaşı büyüdükçe bebeklerinde, uyku sorunu yaygınlığının azaldığı belirlendi ($p < .05$). Bu farkın 15-24 yaş grubu annelerden kaynaklandığı ve genç annelerin diğer yaş grubu annelere göre bebeklerinde /çocuklarında, uyku sorununun daha yaygın olduğu saptandı ($p > .05$). Annelerin eğitim durumlarına göre, bebeklerin/çocukların uyku sorunu durumu açısından istatistiksel bir fark saptanmadı ($p > .05$). Annelerin çocuk sayısı arttıkça bebek/çocuklarında uyku sorununun azaldığı belirlendi ($p < .05$). Üç ve daha fazla çocuğu olan annelerin çocuklarında en az ($p < .05$), tek çocuklu annelerin çocuklarında uyku sorunu en fazla belirlendi ($p < .05$).

Tablo 6. Bebeklerin/Çocukların, Uyku Sorununun Uyku Ekolojisi Kapsamındaki Bazı Ortam Özelliklerine Göre Dağılımı

Uyku Ekolojisi özellikleri	Uyku Sorunu olan		Uyku Sorunu olmayan		Toplam n=385		P	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kendi odası								
Var	31	25.0	92	75.0	123	100.0	$\chi^2= 1.00, p > .05$	
Yok	79	30.0	183	70.0	262	100.0		
Uyuduğu Oda								
Kendi odası	11	17.0	55	83.0	66	100.0	$\chi^2= 5.62, p > .05$	
Anne-baba odası	55	32.0	119	68.0	174	100.0		
Kardeş ya da evdeki diğer, kişilerin odasında	44	30.0	101	70.0	145	100.0		
Uyuduğu Yer								
Bebek karyolası/ yatağında	45	24.0	141	76.0	186	100.0	$\chi^2= 4.96, p > .05$	
Anne-baba yatağında	26	28.0	66	72.0	92	100.0		
Beşik, salıncak	39	36.0	68	64.0	107	100.0		
Evin Isınma Şekli								
Elektrik/ kömür sobası	93	30.0	219	70.0	312	100.0	$\chi^2= 1.73, p > .05$	
Kalorifer veya diğer	17	23.0	56	77.0	73	100.0		
Uyku Pozisyonu								
Yüzüstü	18	42.9	24	57.1	42	100.0	$\chi^2= 24.4, p < .01$	
Yan dönük	49	32.5	102	67.5	151	100.0		$\chi^2= 4.23, p > .05$
Sırt üstü	36	34.0	70	66.0	106	100.0		
Diğer	7	8.1	79	91.9	86	100.0		

Tablo 6'da uyku ekolojisi kapsamında, bazı ortam özellikleri ile bebeklerin/çocukların uyku sorunu durumunun dağılımı incelenmiştir. Yapılan ayrı analizlerle, bebeklerin/çocukların kendi odasında uyuma durumu ($p > .05$), bebeğin uyuduğu oda özellikleri ($p > .05$), uyuduğu yer ($p > .05$) ve evin elektrik/ kömür sobası ya da kalorifer veya diğer ısınma biçimiyle ısınmasına göre bebek/çocuklarda uyku sorunu olup olmaması açısından fark bulunmadı ($p > .05$). Uyuma pozisyonuna göre uyku sorunu incelendiğinde; yüz üstü uyuyan çocuklarda, yan dönük uyuyan çocuklarda ve sırt üstü uyuyan çocuklarda, uyku sorunu yaygınlığı açısından istatistiksel fark bulundu ($p < .05$). Yapılan ileri ki kare analizlerine göre, yüz üstü uyuyanlarda uyku sorununun en yaygın olduğu saptandı.

Annelerin Bebeklerinin/Çocuklarının Uyku Durumuna Yönelik Algıları

Annelerin %9.8'i (38), çocuklarında çok ciddi uyku sorunu, %36.4'ü de (140) küçük bir uyku sorunu olduğunu belirterek, toplam %46.2 oranında anne, bebek/çocuklarında uyku sorunu olduğunu açıkladı. Annelerin %53.8'i hiçbir sorun olmadığını belirtti. Çocuklarında uyku sorununu "ciddi uyku sorunu var", "az uyku sorunu var" ve "hiç uyku sorunu yok" şeklinde yanıtlayan annelerin çocuklarında, uyku sorunu olup olmadığı incelendiğinde; istatistiksel olarak fark bulundu ($X^2= 30.5$, $p < .05$). Yapılan ileri ki-kare testi ile farkın bebeklerinde/çocuklarında uyku sorunu olmadığını belirten annelerden kaynaklandığı belirlendi ($X^2= 13.7$, $p < .05$). Bebeklerinin/çocuklarının uyku sorununu, ciddi bir sorun olarak algılayan annelerin bebeklerinde/çocuklarında uyku sorunu en fazla (%47.4), hiç sorun olmadığını belirten annelerin çocuklarında ise en az oranda (%16.9) bulundu.

TARTIŞMA

Yaşamın ilk üç yılında uyku sorunları ve uyku sorunlarında etkili uyku ekolojisi etmenlerini incelemek amacıyla yürütülen bu araştırmada bebeklerin/çocukların %34.6'sı 0-12 ay, %31.7'si 13-24 ay, %33.7'si ise 25-36 ay yaş aralığında belirlendi. Çalışma kapsamında bebeklerin/çocukların büyük çoğunluğu ailede tek ve en küçük çocuktur. Çalışmada 0-36 aylık bebeklerin/çocukların; BUKF uyku düzeyi ölçümleri kapsamındaki, yedi parametre ile ilgili ortalama değerler incelendiğinde; bebeklerin/çocukların uykuya başlama saatinin 22.30, uykuya dalma süresinin 30 dk., gece uyanma sıklığının 2 defa ve gece hiç uyanmadan uyuduğu, uyku süresinin 4 saat, gece uyanık kaldığı sürenin 50 dk., olduğu belirlendi. Bebeklerin/çocukların gündüz uyku süresinin 2.33 saat ve toplam uyku süresinin de ortalama 11 saat olduğu saptandı. Literatürde, erken çocukluk döneminden erişkinlik dönemine kadar çocukların gelişiminde etkili olan büyüme hormonunun uykuya daldıktan birkaç saat içinde salgılandığı belirtilmektedir (Van ve Plat 1996). Büyüme hormonu salgılanmadan 2-3 saat önce bebeğin/çocuğun uykuya yatırılması, gündüz öğrendiği bilgilerin depolanmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla, çocuğun saat 20:30 da uyumuş olmasının önemi vurgulanmaktadır (Van ve Plat 1996, Er 2006, Necati ve ark. 2010). Bu çalışmada bebeklerin/çocukların önerilen uyku saatinden daha geç uykuya başladıkları belirlendi. Benzer bir araştırmada Sadeh (2004), 0-36 aylık çocukların/bebeklerin uyku düzeyi ölçümlerini değerlendirmiştir. Bu değerlendirmeleri sonucunda 0-36 ay çocukların, uykuya başlama saatinin: 20.61 , uykuya dalma süresinin (saat) 48 dk., gece uyanma sıklığının 3 kez, gece uykusuzluk süresinin (saat) 0.65, gece kesintisiz uyku süresinin (saat) 4, gündüz uyku süresinin (saat) 2.25 ve toplam uyku süresinin (saat) 11.61 olduğunu saptamıştır (Sadeh 2004). Sadeh'in çalışmasındaki çocukların uyku parametreleri, çalışmamızdaki çocukların uyku parametreleri ile karşılaştırıldığında, uykuya başlama saati (21:01) dışında benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre çalışmamız kapsamındaki bebeklerin/çocukların daha geç uyuduğu fark edilmektedir. Bu farklı toplumlarında bebek ve çocukların aile bireylerinin uyku saatlerine uyum göstermelerinden de kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamında 0-36 ay bebeklerin/çocukların, % 28. 5'inde uyku sorunu olduğu belirlenmiştir. Farklı kültürlerde yürütülen araştırmalarda, bebeklerde/çocuklarda uyku sorunu prevalansının %11-40 değerleri arasında değiştiği gösterilmiştir (Lam ve ark. 2003, Mckenna ve ark. 2005, Carskadon 2009, Tamara 2009, Tana ve ark. 2009, Sadeh ve ark. 2011). Bebekler/çocuklar yaşamın ilk yılında, uyku sorununu fazlaca yaşarlar ancak büyüdükçe uyku sorunu azalır. Literatür bilgilere göre, 0-36 aylık bebeklerde/çocuklarda, uyku sorunu prevalansının yaklaşık olarak %20-30 oranında olduğu görülmüştür (Sadeh ve ark. 2011). Bu çalışmada elde edilen uyku sorunu diğer araştırmalarda elde edilen yaygınlık değerleri arasındadır. Uyku sorununun, çocukluk dönemine göre değişiklik gösterdiği ve en çok uyku sorunu sıklığının yaşamın ilk yılında olduğu belirlenmiştir (Özgen 2001, Lam ve ark. 2003, Tamara 2009, Tana ve ark. 2009). Çalışmadaki çocukların %27'sini oluşturan 0-6 ay arasındaki bebeklik dönemi, hem aile hem de çocuğun uykusu için daha hassas bir dönemdir. Çünkü özellikle 0-2 ay dönemindeki bebeklerin uyku düzeni oluşmamıştır ve ebeveyn davranışları uyku düzenini oluşturmaktadır. Bu dönemde ebeveyn uyutma davranışları ile bebeğin/çocuğun gelecekteki uyku alışkanlıkları da belirlenmiş olur (France ve ark. 1999). 25-36 aylık çocuklarda uyku düzeni, gece/gündüz farkı ve çocuğun çevre ile sosyal etkileşimi oluşmaktadır. Dolayısı ile bu dönemdeki bebeklerde/çocuklarda gece sık uyanmalara daha çok rastlanmaktadır (Guyton 2001). Çalışma kapsamındaki çocuklarda, uyku sorunu yaygınlığının, çocukların cinsiyetine göre değişmediği saptanmıştır. Sadeh ve ark.(2009) yürüttükleri 0-36 aylık bebeklerin/çocukların, uyku sorunlarını belirleyen çalışmalarında da çocukların cinsiyetlerinin, uyku sorununu etkilemediği belirlenmiştir.

Bebeklerin/çocukların uyku sorunlarının ortaya çıkmasında etkili olabilecek en önemli uyku ekolojisi ile ilgili faktörlere bakıldığında, yarıdan fazlasının (%53) apartman dairesinde yaşadığı ve çocukların %81'inin soba ile ısındığı belirlenmiştir. Özellikle çocukların uyuduğu odanın sıcaklığının yeterli, ışığının bebeğin/çocuğun kendini güvende hissedecek kadar loş olması gibi fiziki koşullarının, uyku için uygun olması gerekir (Öztürk ve ark. 2006). Ancak, bebeklerde/çocuklarda uyku sorunu ile evin ısınma şekli arasında istatistiksel olarak fark belirlenmedi. Ebeveynlerin yaşadığı ev koşullarına göre bebeklerin/çocukların uyuması için gereken ısıtmayı sağladıkları düşünülmüştür.

Bu çalışmada annelerin yaşı büyüdükçe, çocuklarının uyku sorununun azaldığı ve 15-24 yaş grubu annelerin bebeklerinin/çocuklarının uyku sorununun en fazla (%43.5) olduğu belirlendi. Okur-yazar olmayan annelerin çocuklarının %45'inde, okuma yazma bilen veya ilköğretim mezunu annelerin çocuklarının %26'sında ve lise ve üzeri okul mezunu annelerin çocuklarının %32'sinde uyku sorunları olduğu saptandı. Ancak, annelerin eğitim durumlarına göre bebeklerin/çocukların uyku sorunu durumu incelendiğinde, istatistiksel bir fark saptanmadı ($p>.05$). Sadeh ve ark. (2009)da, 0-3 yaş bebeklerin/ çocukların aile özellikleri ile çocuğun uyku sorunu arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirlemişlerdir. Bu çalışmada annenin çocuk sayısı arttıkça, bebek/çocuklarında uyku sorununun azaldığı belirlendi

($p < .05$). Bir çocuğu olan annelerin çocuklarının, daha fazla çocuğu olan annelere göre daha fazla uyku sorunu olduğu belirlendi ($p < .05$). Genç yaşta ve ilk çocuğu olan deneyimsiz annelerin bilgi, eksikliği ve kaygı gibi nedenlerle bebeğinde öz düzenleme davranışlarının geliştirilmesinde ve bebek çocuk bakımında yetersiz kalabilecekleri beklenen bir durum olarak değerlendirilmiştir. Shiby ve ark.(2013)'nın İsrail'de yürüttüğü araştırmalarında, bebeklerde/çocuklarda uyku sorunu yaygınlığının, anne eğitimi düzeyine göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Araştırma kapsamında bebeklerin/çocukların, yalnızca %31.9'unun kendi odası bulunmaktadır. Çocuklar için en iyi uyku ortamı ev ortamı ve kendi odasıdır. Batı kültüründe, bebeğin/çocuğun yalnız başına uyuması bir ilke olarak belirlenmiştir (Anders ve ark. 1992). Yabancı ve yeni yerlerde hem REM hem de Non-REM uyku bölümü etkilenebilmektedir (Guyton 2001). Bebeklerin/çocukların %31.9'unun kendi odası olmasına rağmen %17.1'inin kendi odasında, yarısına yakınının (%45.2) anne ve babasının odasında, %19.5'inin kardeşleri ile birlikte uyuduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre bebeklerin/çocukların büyük çoğunluğunun evde başkaları ile birlikte uyuduğu fark edilmektedir. Burcham ve ark (2002) çalışmalarında, %80'e yakın annenin özellikle yaşamın ilk birinci ayında bebekleri ile aynı odada uydukları ve ilk yılda bu davranışı sürdürdüklerini ancak 3-6 aylardan sonra bebeğin kendi odasına geçirildiğini belirlemişlerdir. Evin ısınma koşulları, oda sayısı, bebeğin beslenme biçimi yanı sıra, ebeveynlerin çocuklarını yakınlarında tutarak gözlemleri ve güvende olduğunu hissetmeleri gibi nedenlerin de bu davranışların da etkili olabileceği belirtilmektedir (Moon ve ark. 2011). Bebeğin ebeveynleri ile birlikte uyumasının birçok yararı olsa da, konu ile ilgili tartışmalarda enfeksiyon bulaş riski yanı sıra, bebeğin bir başka birey ile aynı yatağı paylaşmasının özellikle ani beşik ölümü sendromu riskine yol açabileceği de belirtilmektedir (Latz ve ark. 1999, Buswell ve ark. 2007, Moon 2011).

Bu araştırmada bebeklerin/çocukların yaklaşık yarısının (%48.3) kendi yatağında, %23.9'unun anne baba yatağında ve %27.8'inin de beşikde/salıncakta uyutulduğu saptanmıştır. Bebeğin/çocuğun yattığı yer ve uyku sorunu incelendiğinde; anne-baba yatağında uyuyan bebeklerin %26'sında, bebek karyolası/kendi yatağında yatanlarda en az (%24), beşik, salıncak gibi yerlerde uyutulan bebeklerde ise en fazla (%39) uyku sorunu saptanmıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sadeh ve ark. (2009) yaptıkları çalışmalarında, çoğunluğu Asyalı olan çocuklar ile çoğunluğu beyaz ırktan olan bebeklerin/çocukların uyutuldukları ortamı ayrıntılı olarak incelemişlerdir. Bu çalışmanın bulgularına göre; Asyalı çocukların %64.0'ının, beyaz ırktan olan çocukların ise yalnızca %11.0'ının ebeveyn yatağında yattıkları belirlenmiştir. Ebeveyn odasında yatan çocukların ise ; %86.0'ının Asyalı, %21.0'ının ise beyaz ırktan olduğu saptanmıştır. Ayrıca kendi odasında uyuyan çocukları incelediklerinde; %7.0'ının Asyalı, %62.0'ının ise beyaz ırktan olduğunu belirlemişlerdir (Sadeh 2004). Amerika'da yürütülen bir başka çalışmada bebeklerin ebeveyn yatağında uyutulması yaygınlığının %62 oranına dayandığı, düşük sosyoekonomik düzey ailelerde daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Kendall-Tackett ve ark.2010). Shiby ve ark.(2013), çalışmalarında bebeği ile birlikte yatan ve bebeğinde

uyku sorunu olduğunu belirten annelerin çocuklarında, uyku sorununun daha yaygın olduğunu saptamışlardır. Ebeveyn yatağında uyuyan bebeklerde, uyku sorunlarının da daha fazla olduğu bildirilmiştir

Bu çalışmada 0-36 aylık çocuklarda, uykuda yatış pozisyonunun en fazla yan yatış (%39.2) ve sırt üstü (%27.5) olduğu, bebeklerin %10.9'unun karın üstü ve %22.4 oranında bebeğin de diğer pozisyonlarda uyuduğu saptanmıştır. ABD'de 1-6 aylık bebeklerle yapılan bir çalışmada, bebeklerin % 23.7'ünün yüz üstü, % 46.7'sinin sırt üstü, %29.0'ının da yan dönük pozisyonda uyuduğu belirlenmiştir (Hunt ve ark. 2003). Sadeh ve ark. (2009), ABD ve Kanada'da 0-36 aylık çocuklar üzerine yaptıkları bir diğer çalışmada da çocukların %36.0'ının yüz üstü, %41.0'ünün sırt üstü ve %24.0'ünün yan yattığını saptamışlardır. Bu konuda tartışmalar olsa da bebeklerin uyku sağlığı ve güvenliği açısından yüzüstü uyku pozisyonu, bebeklerde ani bebek ölüm sendromu oluşturması ve fazla beslenerek uyutulmaları durumunda da aspirasyon riskini arttırması gibi nedenlerden dolayı tercih edilmemektedir. Amerikan Pediatri Akademisi, 2000 yılında bebeklerin yüzüstü pozisyonda yatırılmamasını önermiştir (<https://www.aasmnet.org/PostClassified.aspx>, Kattwinkels ve ark. 1996). Yüz üstü ve yan yatarak uyuyan bebeklerde solunumla atılan gazların yeniden solunması riski ile hiperkapni ve hipoksi ortaya çıktığı ve vücut ısısında artış olduğu, bebekte uyku sırasında kardiyovasküler sistemde otonomik kontrolde değişikliklerin de beynin oksijenlenmesini azalttığı ve ani beşik ölümü sendromunun yan ve yüz üstü pozisyonda yatan bebeklerde yaygın görüldüğü belirtilmektedir (Moon ve ark.2011). Bu nedenlerle bebeklerin yaklaşık yarısının bu riskleri taşıdığı düşünülmüştür. Bu çalışmada, yüz üstü pozisyonda uyuyan bebeklerin/çocukların uyku sorununun diğer pozisyonlarda uyuyanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir (Moon ve ark.2011).

Annelerin %9.8'i (38) çocuklarında çok ciddi uyku sorunu, %36.4'ü de (140) az uyku sorunu olduğunu belirterek toplam %46.2 oranında anne, bebek/çocuklarında uyku sorunu olduğunu açıklamış, %53.8'i de hiçbir sorun olmadığını belirtmiştir. Araştırmada, BUKF aracı ile belirlenen uyku sorunu yaygınlığının (%28.5) annelerin çocuklarında algıladıkları ve ifade ettikleri uyku sorunu yaygınlığına göre daha az olduğu fark edilmektedir. Bu algı farkının, annelerin bebek çocuklarına ilişkin kaygılarından ve uyku durumunu değerlendirmede bilgi ve deneyim eksikliğinden, bebek bakımında deneyim eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Annelerin bebeğinin/çocuğunun uyku sorununun farkında olduğu, ancak baş edemediği söylenebilir. Thome (2004) "Bebek uyku sorunlarında aile merkezli girişimin değerlendirilmesi" isimli bir müdahale çalışmasında, 6-23 aylık uyku sorunu olan çocukların ailelerindeki stres yaygınlığını incelemiş ve ailelerin stres yaygınlığını %83 oranında bulmuştur. Bu çalışmada hemşirelik girişimleri ile ailelerin stresinin %60' oranında azaltılabileceğini kanıtlamıştır. Bebeklerinin/çocuklarının uyku sorununu ciddi bir sorun olarak algılayan annelerin bebeklerinde/çocuklarında uyku sorunu en fazla (%47.4), hiç sorun olmadığını belirten annelerin çocuklarında ise en az oranda (%16.9) bulunmuştur. Benzer biçimde Shiby ve ark. (2013) da

çalışmalarında bebek/çocuklarında uyku sorunu olduğunu belirten annelerin, çocuklarında uyku sorununun olduğunu saptamışlardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşamın ilk üç yılında uyku sorunları ve uyku sorunlarında etkili uyku ekolojisi etmenlerini incelemek amacıyla yürütülen bu araştırma sonuçlarına göre; 0-3 yaş bebek/çocuklarda uyku sorunu yaygınlığının %28.5 olduğu, annelerin %46.2 inin ise bebeklerinde uyku sorunu olduğunu algıladıkları belirlenmiştir. Uyku sorunu en fazla 0-1 yaş grubunda görülmektedir. Bebeğin cinsiyeti, annenin eğitim durumu ve aile yapısına göre bebeklerde uyku sorununun yaygınlığı farklı bulunmamıştır. Yüz üstü uyuyan çocuklarda, diğer pozisyonlarda uyuyan çocuklara göre uyku sorunu daha yaygındır. Genç annelerin ve tek çocuğu olan annelerin bebek/çocuklarında uyku sorunu daha fazladır. Uyku sorunlarında; bebeğin/çocuğun uyuduğu yer, oda ve evin ısınma şekli etkili değildir.

Hemşireler, tüm sağlık kuruluşlarında bebek ve çocukların tanılama sürecinde annelerle görüşerek ve bu formdan yararlanarak bebeklerde/çocuklarda uyku sorunları ve etkili uyku ekolojisi faktörlerini belirlemeli, gereksinimi olan annelere danışmanlık ve uyku ekolojisine yönelik eğitim vermelidirler. Eğitim ve danışmanlık programlarının genç ve bebeği 0-1 yaş grubunda olan annelere yoğunlaştırılması yararlı olacaktır. Eğitim programlarında, annelere uyku sağlığı ve güvenliği açısından bebeklerindeki/çocuklarındaki uyku sorununu ve diğer riskleri önlemek amacıyla bebeklerini yüz üstü ve yan yatırmamaları önerilmeli, bebekte uyku ve sakinleşmede öz düzenleme davranışlarının geliştirilmesinde uyku ekolojisinin nasıl düzenleneceği anlatılmalıdır. Ebeveynlere bebeklerinin/çocuklarının uyku sorunları ile baş etmeleri için uyku yönetimine ilişkin eğitim programlarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında, hastanelerde ve internet yolu ile düzenlenmesi çocuk sağlığı yanı sıra ebeveynlerin ve ailenin sağlığı için de yararlı olacaktır. Bebek ve çocukları kapsayan toplumu temsil eden geniş örneklem gruplarında uyku sorunu yaygınlığının belirlenmesine yönelik kesitsel çalışmalar yürütülmelidir. Aile Sağlığı Merkezlerinde ve çocuk hastanelerinde hemşirelerin sağlıklı hasta bebek ve çocukların tanınması sürecinde bu araçtan yararlanarak uyku sorununu değerlendirmesi rutin hemşirelik işlevi olarak yürütülmelidir.

KAYNAKÇA

- Anders T, Halpern L, Hua J. Sleeping Through The Night: A Developmental Perspective, *Pediatrics* 1992; 90(6): 554-560.
- American Academy Of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders (2005). E.A;<https://www.aasmnet.org/PostClassified.aspx> G:\ uyku\Sleep Education_uyku boz.htm Erişim Tarihi: 10.02.2015.
- Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Sevil Ü. Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14(2): 54-58.
- Bayık A. Hemşirelikte Araştırma Süreç ve Yöntemleri. Erefe İ, Editör. 3.Baskı Yayın no:1. Ankara: Odak ofset; 2004.

- Bayık A, Taşdemir F. Bebek Uyku Sorunları Tanılama Formu ve Uyku/Aktivite Günlüğü Formlarının Geçerlilik ve Güvenilirliği. 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongre Kitabı, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Basım Evi; 2011. 182.
- Bölükbaş N, Erbil N, Altunbaş H, Arslan Z. 0–12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Çocuk Bakımında Başvurdıkları Geleneksel Uygulamalar, *International Journal of Human Sciences* 2009; 6(1): 165-175.
- Burnham M, Goodlin-Jones B L, Gaylor E, Anders F. Nighttime Sleep - Wake Patterns and Self-Soothing From Birth to One Year Of Age: A Longitudinal Intervention Study, *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43(6): 713–725.
- Buswell S, Spatz D. Parent-Infant Co-sleeping and Its Relationship to Breastfeeding. *Journal of Pediatric Health Care* 2007; 21(4): 22-28.
- Carolyn T. Sleep Disorders and Sleep Problems in Childhood. *American Family Physician Dergisi* 2001; 63(2): 4-7.
- Carskadon A. (Ed.). (2009) Adolescent Sleep Patterns: Biologic, Social, and psychological Influences, Cambridge University Press, www.cambridge.org E.T. :10.02.2015.
- Çocuk Gelişim Aşamaları, Erişim Adresi: <https://sgkcocuk.www.sgk.gov.tr/sağlıkErişimTarihi:10.02.2015>.
- Demir A. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) ve Obezite. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007; 38 (3): 177-193.
- Er M. Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49 (2): 155-168.
- France K, Blampied N. Infant Sleep Disturbance: Description of a Problem Behaviour Process, *Sleep Medicine Reviews* 1999; 3 (4) : 265–280.
- Goodlin-Jones BL, Burnham M, Gaylor E, Anders T. Night Waking, Sleep Wake Organization, and Self-Soothing in The First Year of Life. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2001; 22 (4): 226-233.
- Guyton A, Hall J. Tıbbi Fizyoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2001. 689-96.
- Hiscock H, Wake M. Infant Sleep Problems and Postnatal Depression: A Community - Based Study, *Pediatrics* 2001; 107(13): 17-22.
- Hunt E, Lesko M, Vezina M, McCoy R. Infant Sleep Position and Associated Health Outcomes, *Pediatric Adolescent Med.* 2003; 157(4): 69-74.
- Iglowstein I, Oskar G, Molinari L, Largo R. Sleep Duration From Infancy to Adolescence: Reference Values and Generational Trends, *Pediatric Adolescent Med.* 2003; 155(2): 302-307.
- Karaçal Ş. Konya İlinde Yaşayan 0-17 Yaş Grubu Çocuklarda Uyku Bozukluklarının Sıklığı. *Tıpta Uzmanlık Tezi.* Konya: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
- Karadağ M, Ursava A. Dünyada ve Türkiye’de Uyku Çalışmaları. *Akciğer Arşivi* 2007; 8(1): 62-64.
- Kattwinkels J, Brooks J, Kenan E, Malloy M. Position and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), *Pediatrics* 1996; 98(6): 1216-1218.
- Lam P, Hiscock H, Wake M. Outcomes of Infant Sleep Problems: A Longitudinal Study of Sleep, Behavior, and Maternal Well-Being, *Pediatrics* 2003; 11(4): 203-207.
- Latz S, Wolf A, Lozoff B. Co-sleeping In Context, *Pediatric Adolescent Med.* 1999; 153(3): 339 - 346.

- Martin J, Hiscock H, Hardy P, Davey B, Wake M. Adverse Associations of Infant and Child Sleep Problems and Parent Health: An Australian Population Study, *Pediatrics* 2007; 119(5): 947-955.
- Moon Y, Damal A, Goodstein H, Hauck F R. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* 2011; 128 (5): 1341 -1367.
- Necati D, Gülçin O. Okul Öncesi Dönemde Ninniler İle Matematik Öğretimi. *Journal of World of Turkish* 2010; 2 (1): 351-355
- Polimeni M, Richdale A, Francis A. Impact of Children's Sleep Problems on The Family E-Journal of Applied Psychology: Impact of Children's Sleep Problems on The Family, *Pediatrics* 2007; 3 (1): 76-85.
- Quach J, Gold L, Hiscock H, Mensah K, Lucas N, Nicholson M, Wake M. (2013). Primary Healthcare Costs Associated With Sleep Problems up to Age 7 Years: Australian Population-based Study *BMJ Open*;3: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/5/e002419.full> erişim:18.11.2014.
- Owens JA, Witmans M. Sleep problems, *Curr. Prob. Pediatric Adolcescan Health Care* 2004; 154:(34) 74-79.
- Öner P. ve Ark. Çocuklardaki Uyku Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Psikofarmakoloji Bülteni* 2009; 19(4): 19.
- Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik, Yayın no:1, Eskişehir, 2003.
- Özgen F. Uyku ve Uyku Bozuklukları, *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5(1): 41-48.
- Öztürk L, Vardar S, Bulut E, Kurt C, Yaprak M. Tam ve Kısmi Uyku Yoksunluğunda Vücut Sıcaklığı ve Uykululuk Düzeyi Arasındaki İlişki, *Trakya Univ. Tıp Fak Dergisi* 2006; 23 (2): 88-94.
- Özyacıoğlu N, Polat S. 12 Aylık Bebeği Olan Annelerin, Bebek Bakımında Başvurdıkları Geleneksel Yöntemler, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8 (1): 63-65
- Sadeh A. A Brief Screening Questionnaire for Infant Sleep Problems: Validation and Findings for An Internet Sample, *American Academy of Pediatrics* 2004; 13 (6): 42-46.
- Sadeh A, Kohyama J, Howd H. Parental Behaviors and Sleep Outcomes in Infants and Toddlers: A Cross-cultural Comparison, *Sleep Medicine* 2010; 11(3): 393-399.
- Sadeh A, Mindell J, Rivera L. My Child has a Sleep Problem: A Cross-cultural Comparison of Parental Definitions, *Sleep Medicine* 2011; 12(4): 478-482.
- Sadeh A, Mindell J, Luedtke K, Wiegand B. Sleep and Sleep Ecology in The First 3 years: A Web-based Study, *European Sleep Research Society, J. Sleep Res.* 2009; 18(6): 60-73.
- Sarı H. Çocuklarda Uyku. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012; 28 (1) : 81-90.
- Shiby C, Medina S. (2013). The Relationship Between Mothers' Attachment Orientations and Their Infants' Sleep Patterns Child Development Research. *Child Development Research, Volume 2013, Article ID 324217*, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/324217>. erişim 19-11-2014.
- Sleep problems in children / <http://www.cdc.gov/Features/Sleep/> E.T.:10.02.2015.
- Stein M, Mendelsohn J. Sleep and Behavior Problems in School-Aged Children. *Pediatrics* 2010; 4(2): 106-107.
- Tackett K, Cong Z, Hale W. Mother-Infant Sleep Locations and Nighttime Feeding Behavior U.S Data From The Survey of Mothers' Sleep and Fatigue. *Clinical Lactation* 2010; Fall.

- Tamara V. Sad and Hormonal: The Gendered Nature of Adolescent Sleep Disturbance. *Journal of Child Health Care* Copyright 2009; 13(1): 7–18.
- Tana T, Marfoa K, Dedrick F. (2009). Preschool-age Adopted Chinese Children's Sleep Problems and Family Sleep Arrangements, *Infant and Child Development Inf. Child. Dev.* 18(4): 422–440, www.interscience.wiley.com E.T.:11.02.2015.
- Thome M. Evaluating A Family-centred Intervention for Infant Sleep Problems. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 50 (1): 5-11.

PSİKİYATRİDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KÜLTÜRLERARASI BAKIM KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ

THE OPINIONS ABOUT TRANSCULTURAL CARE OF NURSES WORKING IN PSYCHIATRY

Araş.Gör. Nihan YALÇINER* Prof.Dr.M.Olcay ÇAM*

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Amaç: Araştırma, psikiyatride çalışan hemşirelerin kültürlerarası bakım konusundaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmış betimleyici bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşireler ile Mayıs-Haziran 2010 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden 197 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu kullanılmıştır. Veriler, sayı ve yüzde dağılımları yapılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Hemşirelerin, kültürel yapının sağlık, hastalık, tedavi ve bakım üzerindeki etkisine ilişkin farkındalıkları yüksektir. Hemşireler Bakıma aileyi de katarak farklı olan kültürün özelliklerini daha doğru ve iyi anlamaya çalışmaktadırlar. Kendi kültürel özelliklerinin, uyguladıkları bakım üzerine etkili olduğunun bilincindedirler. Psikiyatride çalışan hemşirelerin kültürlerarası bakıma ilişkin görüşlerine dayanarak kültürlerarası bakımı önemli ölçüde yürütebildikleri ancak özgün bazı durumlarda yeterince profesyonel olamayabildikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kültürlerarası, kültürlerarası hemşirelik, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Objective: The research was planned and applied in a descriptive type in order to develop a form for the purpose of determining the opinions about transcultural care of nurses working in psychiatry.

Methods: This research included nurses who worked psychiatric clinic to Ege University Hospital, Dokuz Eylül University Hospital and Manisa Psychiatric Hospital between May-June 2010. The sample group of the research was composed 197 nurses. In the research, Information Form and

Nurses' Opinions About Transcultural Nursing Care With Mentally Patients were used. The data were evaluated using number and percentage distribution.

Results: *Nurses, the cultural structure of health, illness, treatment and care is high awareness of the impact on that. They try to understand characteristics of different cultures better and more accurate by including patients' families. Cultural characteristics of their own, are aware that effective on the applied maintenance.*

Conclusion: *The nurses who work in psychiatry can conduct transcultural care but they could not be professional enough in very specific some cases.*

Key Words: *Transcultural, transcultural nursing, nursing care*

GİRİŞ

İnsan toplumsal bir varlıktır. Bireyler doğduğu toplumda bilinçli ya da bilinçsiz olarak çevresi ile etkileşimi sonucunda edindiği yaşantılara yeni nitelikler kazandırır. Gizil güçlerine dayalı olarak gelişen bu nitelikler insanın kültürel nitelikleridir. Bir toplumun yaşama biçimi olarak tanımlanabilecek kültür, insan tarafından içinde yaşadığı toplumdan elde ettiği bilgi, inanç, sanat, kanun kuralları, gelenek, alışkanlıklar ve yeteneklerin meydana getirdiği karmaşık bir bütündür. Kültürel değerler, tutum, inanç ve davranışlar kişilerin yaşam tarzlarını, dolayısıyla sağlık koşullarını etkilemektedir. Sağlık ya da hastalık kültürel kalıplara bağlı olarak tanımlanmakta, hastalıkların nedenleri, görünümü ve sağaltımı kültürel özellikler tarafından belirlenmekte ve kültüre özgü uygulamalarla yapılmaktadır (Özönder 2000).

Leininger tarafından farklı kültürlerin karşılaştırmalı araştırma ve analizi üzerine odaklanan, sağlık-hastalık, bakım, inanç ve değerlere saygılı bir alt kültür ile beraber bilimsel ve hümanistik bilgiyi ortaya çıkaran ve bu bilgileri özel kültür ve evrensel kültür alanlarında kullanıma geçiren kültürlerarası hemşirelik tanımlanmıştır (Leininger ve McFarland 2002). Leninger (1999) Kültürlerarası Hemşireliği "Hemşirelik bakımında kültürel evrensellik ve kültüre özgülük sağlayan, farklı kültürlerin karşılaştırmalı araştırma ve analizi üzerine temellenen, sağlık-hastalık, bakım, inanç ve değerlere saygılı bir şekilde, dünyada alt kültür ve kültürlerindeki farklılıkları analiz eden ve karşılaştırmalı çalışma üzerine odaklanan hemşireliğin bir kolu veya alt dalı" olarak tanımlamıştır. Kültürlerarası hemşireliğin amacı; birey, aile ve grupların kültürel gereksinimlerini karşılamada duyarlı ve etkili bir hemşirelik bakımı sunmak, hemşirelik bilgi ve uygulamalarını kültürel olarak kavramsallaştırarak kullanılmasını sağlamaktır (Tortumluoğlu 2004).

Kültürel yeterlik kavramı, 1989 yılının başlarından itibaren akademik disiplinlerde yer almaya başlayan yeni bir kavramdır. Kültürel yeterlik, hastaların kültürel özelliklerine uygun hizmet ve bakımı sağlamak için, hemşireler tarafından gereken bilgi, beceri ve tutum uygulamasıdır. Kültürel yeterlik süreci Campinha – Bacote modeli ile açıklanabilir. Bacote, kültürel yeterliği sonu olmayan bir süreç olarak tanımlamıştır (İz ve Bayık 2009).

Kültürel olarak yeterli bakımın verilebilmesi için hemşirelerin kültürel istek, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir. Kültürel istek, kültürel yeterlik yapısının merkezini oluşturmaktadır. İstek, bakım kavramıyla ilgili olup farklılıkları kabul etmek, benzer yönleri ortaya çıkarmak, kültüre özgü bilgileri öğrenmek için kültürü farklı olan bireylerle açık ve esnek iletişimin kurulmasını içermektedir. Kültürel farkındalık, birinin kendi kültürel geçmişinin derinliklerini araştırması ve öz değerlendirmesidir. Farkındalık süreci farklı bireyler hakkında kişinin kendi eğilimlerini, ön yargılarını tanımlarını içermektedir. Bu süreçte hemşire başka kültüre özgü davranışları, inançları ve değerleri kendi kültürü doğrultusunda etkileme eğilimindedir (İz ve Bayık 2009). Hemşireler, bakım verdikleri bireylerin kültürlerine ilişkin değerlerine, inançlarına, uygulamalarına duyarlı olmalıdırlar. Farklı kültürlere önyargılarını doğru tanımlayabilmek için her şeyden önce kendi kültürel değerlerini ve inançlarını tanımalıdırlar. Bunu yapmazlarsa verdikleri hemşirelik bakımı etnosentrik olacaktır, yani kendi kültürüne benzer değer ve inançları olan bireylere etkin hemşirelik hizmeti verecektir (Öztürk 2003). Kültürel bilgi ise, farklı kültür ve etnik gruplar hakkında doğru bilgiyi arama ve bulma sürecidir. Bu hastanın sağlık ile ilgili inançlarını, dünya görüşlerini anlamaya ilgilidir. Kültürel beceri/deneyim, hemşirenin farklı kültüre sahip olan hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal değerlendirmesini yapmasında gereklidir. Farklı kültürden bireyle karşılaşmak kültürel yeterliği geliştirmek bakımından önem taşımaktadır (İz ve Bayık 2009). Hemşire, kültürel beceri gelişimi arttıkça, kültürel tanılama yapmada daha duyarlı ve daha yetkin olmaya başlar. Hemşire, farklı kültürel geçmişi olan bireylerle ve gruplarla bilinçli etkileşimler yaratmaya çalışır. Bu süreçte, hemşire o grubun üyesi ile belli bir kültür hakkında bilgisini ve algılamalarını paylaşır. Bu paylaşımlar hemşirenin bilgi birikimini geçerli ya da geçersiz bulmasına ve yanlış anlamaları düzeltmesine böylece kültürel olarak yetkin bakım vermeye hazırlanmasına yardım eder (Öztürk 2003).

Son yıllarda ruh sağlığı bakımında kültüre olan ilgi artmaya başlamıştır. Kültürel farklılıklar göz önüne alınarak hazırlanan bir bakım süreci ile bütüncül bir yaklaşım izlenmektedir. Kültürlere duyarlı hemşireler, farklı kültürel geçmişi olan hastaların yaşantılarına uygun girişimlerde bulunmak için gerekli bilgi ve yeteneğe sahip, sosyal ve kültürel zorlukların önemini anlayan, hasta farklılıklarını göz önünde bulunduran ve psikiyatri hemşireliği bakımına sosyo-kültürel bilgiyi de katan hemşirelerdir (Leininger ve McFarland 2002). Kültürel özellikler, kültüre özgü belli özel psikiyatrik hastalıkların tanımlanması; psikiyatrik rahatsızlıkların belirti ve içeriklerinin kültüre göre değişebilmesi ve bir belirtinin anormal olarak nitelenmesinde kültürel çevreyle uyumluluğunun karar verdirici olması nedeniyle psikiyatrik değerlendirmede çok önemli bir yere sahiptir (Göka 1994). Hastalığın hasta için taşıdığı bilinçdışı psikososyal anlam (tehdit, kayıp, anlamsız ya da önemsiz, kazanç) belirtileri yaşama biçimini etkileyebilir (Çam ve Bilge 2007).

Hemşire hastanın hastalığa yanıtını etkileyen faktörlerin farkında olmalıdır. Bunların bireysel, kişiler arası ve kültürel faktörler olduğu üzerinde durulur. Bu faktörlerin değerlendirilmesi hemşirelik bakımının uygulanması ve planlanmasında

yardımcı rehberdir. Kültürel farklılıkları bilen ve bunun sağlık inancına olan etkisinin farkında olan hemşireler hastalara daha doğru bir iletişim kurarak terapötik ortamı güçlendirirler. Hastaya daha kolay ulaşarak, hastayı doğru biçimde değerlendirip bakımın etkinliği arttırılmış olur (Videback 2001). Psikiyatri hemşiresi, hastanın kültürel inançları ve davranışları hakkında bilgiye sahip olacaktır. Hemşire, hastanın kültürü ile toplumun hakim kültürü ile bütünleşme ve özdeşleşme seviyesini değerlendirmelidir. Hemşire, hakim kültür, hastanın kültürü ve kendi kültürü arasındaki benzerliklerin ve farklılıkların farkında olmalı; nonterapötik iletişim veya çelişki yaratacak alanları değerlendirmeli, bu alanları hasta ile tartışmalı ve kültürel yönden hassas bir bakım planlayabilmek için hasta ile birlikte çalışmalıdır (Haber ve Wheeler 2003).

AMAÇ

Kültür çeşitliliğinin, çatışmaların ve gerginliklerin arttığı bu dünyada kültürlerarası hemşireliğe verilen önem giderek artacaktır. Küreselleşen dünyamızda, sağlık alanında da farklı kültürler ile karşılaşma olası hale gelmiştir. Bu çalışma, psikiyatride çalışan hemşirelerin kültürlerarası bakım konusundaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, psikiyatride çalışan hemşirelerin kültürlerarası bakım konusundaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmış betimleyici bir araştırmadır.

Araştırmanın evreni, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşirelerden oluşmaktadır. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, iş yoğunluğunu sebep göstererek araştırmanın hastanede uygulanmasını uygun görmemiştir. Ayrıca, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde izinli olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler araştırma dışında kalmışlardır. Bu sebeple, evreni oluşturan 220 hemşireden 197 hemşire araştırmaya dahil olarak örnekleme oluşturmuştur. Veriler, araştırmanın yapıldığı kurumlardan gerekli yazılı izin alındıktan sonra toplanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen iki anket formu kullanılmıştır. Bunlar; Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu'dur.

1.Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup, hemşirelerin,

Sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durumu, en uzun yaşadığı yerleşim yeri), mesleki özelliklerini (eğitim durumu, çalışma yılı, mesleki pozisyonu), kültürlerarası bakıma yönelik deneyimlerini belirlemeye yönelik kapalı ve açık uçlu olarak hazırlanan 14 sorudan oluşmaktadır.

2.Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu: Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek 117 maddeden oluşan bir madde havuzu

oluşturulmuştur. Madde havuzu araştırmacılar tarafından tekrar değerlendirilerek, 66 maddeye indirilmiştir.

Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu, ilk önce tüm madde ifadeleri, araştırmacılar tarafından anlaşılabilirlik ve ifade yönünden genel olarak değerlendirilip, ilgili düzenlemeler yapılmıştır. İkinci olarak, araştırma evreni dışında yer alan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon AD Yoğun Bakımında çalışan 20 hemşire tarafından, form maddeleri 'düzgünlük ve anlamlılık, okunurluk, terimlerin anlaşılabilirliği, anlamın açıklığı ve netliği' yönünden değerlendirilmiştir. Gelen öneriler doğrultusunda araştırmacılar tarafından sorular üzerinde düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca, pilot çalışma doğrultusunda, formdaki sorular araştırmacılar tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve 66 olan soru adeti 38'e indirilmiştir.

Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu'nun ifadeleri oluşturulurken 'Campinha-Bacote Modeli' temel alınmıştır. Bu modelin oluşturan öğeler; 'Kültürel Farkındalık', 'Kültürel Bilgi', 'Kültürel İstek' ve 'Kültürel Beceri\Deneyim'dir. Kültürel farkındalık; 4., 6., 14., 24., 25., 26. ve 27. ifadeler, kültürel bilgiyi; 1., 3., 5., 7., 9., 11., 12., 18., 20. ve 21. ifadeler, kültürel isteği; 2., 10., 13., 17., 28., 29., 30., 31., 32., 33., 34., 35., 36., 37. ve 38. ifadeler ve kültürel beceriyi; 8., 15., 16., 19., 22 ve 23. ifadeler değerlendirmektedir.

Verilerin değerlendirilmesi ve analizi SPSS 16.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ve Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu'na ilişkin bulguların sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Hemşirelerin, Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu'daki ifadelere vermiş oldukları yanıtların değerlendirilebilmesi için, Tümüyle Katılıyorum'a '5' puan, Katılıyorum'a '4' puan, Kısmen Katılıyorum'a '3' puan, Katılmıyorum'a '2' puan ve Hiç Katılmıyorum'a '1' puan verilmiştir.

BULGULAR VE YORUM

Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 36.24 ± 6.94 , %80.2'si kadın, %73.1'i evli, %78.1'i şehirde yaşamaktadır.

Tablo 1: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	SAYI (N)	YÜZDE (%)
Yaş Grubu		
20-27	14	7.0
28-33	65	33.1
34-39	55	28.0
40-45	41	20.9
46-51	22	11.0
$\bar{X} = 36.27 \pm 6.94$		
Cinsiyet		
Kadın	158	80.2
Erkek	39	19.8

Psikiyatride Çalışan Hemşirelerin Kültürlerarası Bakım Konusundaki Görüşleri

Medeni Durum		
Evli	144	73.1
Bekar	37	18.8
Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	16	8.1
En Uzun Süre Yaşanan Yer		
Köy	7	3.6
Kasaba	10	5.1
İlçe	26	13.2
Şehir	154	78.1
TOPLAM	197	100.0

Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Çalışılan Hastane		
Ege Üni. Tıp Fak. Hast.	18	9.1
Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Hast.	10	5.1
Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	169	85.8
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	9	4.6
Önlisans	137	69.5
Lisans	48	24.4
Bilim Uzmanlığı	3	1.5
Toplam Çalışma Yılı		
1-5	24	12.2
6-10	36	18.4
11-15	49	24.8
16-20	36	18.3
21-25	29	14.7
26-30	23	11.6
$\bar{X} = 15.23 \pm 7.70$		
Mesleki Pozisyon		
Başhemşire Yardımcısı	4	2.0
Eğitim Hemşiresi	1	0.5
Sorumlu Hemşire	18	9.1
Servis Hemşiresi	152	77.2
Diğer	22	11.2
TOPLAM	197	100.0

Tablo 2 incelendiğinde, araştırmaya katılan hemşirelerin %85.8'inin Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde görev yaptığı, %69.5'inin önlisans mezunu olduğu, ortalama 15.23±7.70 yıldır çalıştığı ve %77.2'sinin servis hemşiresi olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin, transkültürel kelimesini bilme durumları incelendiğinde, %26.4'ü kelimenin anlamını bilmemekte, transkültürel psikiyatri hemşireliğine ait bilgi durumları incelendiğinde ise; %37.6'sı kelimenin anlamını bilmemektedir.

Hemşirelerin, %53.3'ü Türkiye dışından gelen hastaya bakım vermiştir ve bu hastalara bakım verirken %26.8'i iletişim zorluğu yaşamıştır.

Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Bulguları

Tablo 3. Hemşirelerin Ruh Hastalarına Yönelik Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İFADELER											
		Tümüyle Katılıyorum		Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Hiç Katılmıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Farklı toplumlarda hastalık ve sağlığa ilişkin inanç ve tutumlar farklılık gösterebilir.	68	34.5	92	46.7	31	15.7	5	2.5	1	0.5
2	Sağlık hizmetleri kültürlerine uygun sunulmalıdır.	83	42.1	60	30.5	29	14.7	21	10.7	4	2.0
3	Hastanın uyguladığı kültürel bakım uygulamalarını kullanmak terapötik girişimler ve bakım üzerine etkilidir.	50	25.4	88	44.7	45	22.8	12	6.1	2	1.0
4	Farklı kültürden hastaya bakım verirken, hemşire kendi önyargılarının farkında olmalıdır.	89	45.2	80	40.6	20	10.2	7	3.6	1	0.5
5	Halkın kullandığı geleneksel tedavilerinde bakımın kalitesi için bilinmesi gerektiğine inanırım.	44	22.3	86	43.7	47	23.9	20	10.2	-	-
6	Hemşirelerin bakım kararlarının kültürden etkilendiğini düşünüyorum.	23	11.7	75	38.1	56	28.4	36	18.3	7	3.6
7	Farklı kültürden hastaya bakım verirken yeterli olduğuma inanırım.	32	16.2	76	38.6	55	27.9	32	16.2	2	1.0
8	Hastanın değer yargıları benimkilerden çok farklı olsa bile, uygun bakım yöntemini seçmeye çalışırım.	75	38.1	96	48.7	24	12.2	2	1.0	-	-

Psikiyatride Çalışan Hemşirelerin Kültürlerarası Bakım Konusundaki Görüşleri

9	Farklı kültürden hastaya bakım verirken daha duyarlıyım.	31	15.7	91	46.2	51	25.9	24	12.2	-	-
10	Hastanın kültürü gereği uyguladığı olumsuz tedavi yöntemlerini saptamak ve uygun bir yöntemle olumluya dönüştürmek benim sorumluluğumdur.	46	23.4	100	50.8	41	20.8	9	4.6	1	0.5
11	Farklı kültürdeki psikiyatrik bir hastanın sözlü ve sözsüz iletişim şeklini tanımlayabilirim.	28	14.2	93	47.2	58	29.4	18	9.1	-	-
12	Hastanın, kültürel inançlarından dolayı tedaviye direnç göstermesini önemserim.	43	21.8	98	49.7	45	22.8	10	5.1	1	0.5
13	Psikiyatrik bakımda birey ve ailesini kültürel farklılığından dolayı damgalamayan ve yargılamayan bir yaklaşımın esas olduğuna inanırım.	86	43.7	77	39.1	26	13.2	7	3.6	1	0.5
14	Türk toplumundaki farklı kültürler hakkında yeterli bilgiye sahibim.	24	12.2	82	41.6	75	38.1	14	7.1	2	1.0
15	Farklı kültürdeki psikiyatrik bir hastaya terapötik bir ortamda bakım verebilirim.	43	21.8	94	47.7	51	25.9	7	3.6	2	1.0
16	Farklı kültürdeki psikiyatrik bir hastanın rahatsız olacağı durumları tanımlayabilirim.	26	13.2	92	46.7	72	36.5	3	1.5	4	2.0
17	Farklı kültürden hastayla karşılaştığımda seçme şansım varsa o hastayı tercih etmem.	7	3.6	26	13.2	46	23.4	64	32.5	54	27.4

18	Aileyi de bakımın içine alıp kültürel özellikleri daha iyi ve doğru anlamaya çalışırım.	41	20.8	110	55.8	43	21.8	3	1.5	-	-
19	Farklı kültürden psikiyatrik bir hastaya bakım vermek ek sabır gerektirir.	23	11.7	72	36.5	47	23.9	39	19.8	16	8.1
20	Farklı kültürdeki psikiyatrik bir hastaya hemşirelik tanısı koyabilirim.	18	9.1	97	49.2	66	33.5	14	7.1	2	1
21	Hasta ile ilk karşılaştığımda temel kültürel verileri toplarım.	38	19.3	95	48.2	56	28.4	8	4.1	-	-
22	Hastalarla farklı yaşam tarzlarını konuşabilirim.	45	22.8	78	39.6	64	32.5	9	4.6	1	0.5
23	Zararlı olmayan geleneksel uygulamalara olumsuz bakmıyorum.	43	21.8	85	43.1	50	25.4	16	8.1	3	1.5
24	Dil farklılığı anksiyetemi artırır.	12	6.1	33	16.8	36	18.3	48	24.4	68	34.5
25	Kültüre özgü bir dirençle karşılaştığımda anksiyete yaşarım.	7	3.6	36	18.3	55	27.9	66	33.5	33	16.8
26	Çoğu kez kendi kültürüm ve hastanın kültürü arasındaki benzerliklerin ve farklılıkların farkındayım.	43	21.8	86	43.7	60	30.5	7	3.6	1	0.5
27	Kendi kültürel geçmişimin farkındayım.	85	43.1	86	43.7	25	12.7	1	0.5	-	-
28	Farklı kültürdeki depresif bir hasta ile ölüm üzerine konuşabilirim.	26	13.2	66	33.5	75	38.1	21	10.7	9	4.6
29	Transseksüel bir erkekle cinsellik üzerine konuşabilirim.	20	10.2	75	38.1	66	33.5	26	13.2	10	5.1

Psikiyatride Çalışan Hemşirelerin Kültürlerarası Bakım Konusundaki Görüşleri

30	Homoseksüel bir kadınla cinsellik üzerine konuşabilirim.	25	12.7	72	36.5	72	36.5	18	9.1	10	5.1
31	Ateist bir hasta ile din ve inançlar üzerine konuşabilirim.	36	18.3	79	40.1	57	28.9	18	9.1	7	3.6
32	Aşırı dindar bir hastanın dinsel dirençlerini anlayabilirim.	40	20.3	84	42.6	54	27.4	15	7.6	4	2.0
33	Adli bir hastaya hümanist bir şekilde bakım verebilirim.	38	19.3	95	48.2	52	26.4	1.	5.1	2	1.0
34	Töre cinayeti işlemiş psikiyatrik bir hasta ile empati yapabilirim.	29	14.7	71	36.0	75	38.1	11	5.6	11	5.6
35	Töre baskısı altındaki bir hasta ile iletişim kurabilirim.	37	18.8	98	49.7	56	28.4	5	2.5	1	0.5
36	Ensest ilişki içinde olan bir kız çocuğu ile terapötik iletişim kurabilirim.	34	17.3	77	39.1	71	36.0	14	7.1	1	0.5
37	Ensest ilişki içinde olan bir baba ile iletişimimde objektif olabilirim.	8	4.1	22	11.2	99	50.3	49	24.9	19	9.6
38	Madde bağımlısı ve sürekli eşini döven bir erkek hastaya gerekli bakımı ön yargısız verebilirim.	38	19.3	74	37.6	61	31.0	21	10.7	3	1.5

Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu ifadelerini yanıtlanma oranları incelendiğinde; 'Farklı kültürden hastaya bakım verirken, hemşire kendi önyargılarının farkında olmalıdır.' ifadesine %45.2'si 'Tümüyle Katılıyorum', 'Farklı kültürden hastaya bakım verirken daha duyarlıyım.' ifadesine %46.2'si 'Katılıyorum', 'Hastanın, kültürel inançlarından dolayı tedaviye direnç göstermesini önemserim.' ifadesine %49.7'si 'Katılıyorum', 'Psikiyatrik bakımda birey ve ailesini kültürel farklılığından dolayı damgalamayan ve yargılamayan bir yaklaşımın esas olduğuna inanırım.' ifadesine %43.7'si 'Tümüyle Katılıyorum', 'Farklı kültürden hastayla karşılaştığımda seçme şansım varsa o hastayı tercih etmem.' ifadesine %32.5'i 'Katılmıyorum', 'Aileyi de bakımın içine alıp kültürel özellikleri daha iyi ve doğru anlamaya çalışırım.' ifadesine %55.8'i 'Katılıyorum', 'Dil farklılığı anksiyetemi artırır.' ifadesine %34.5'i 'Hiç Katılmıyorum', 'Kendi kültürel geçmişimin farkındayım.' ifadesine %43.7'si 'Katılıyorum', 'Ensest ilişki içinde olan bir baba ile iletişimimde objektif olabilirim.' ifadesine %50.3'ü 'Kısmen Katılıyorum' olarak belirttikleri saptanmıştır.

Tablo 4. Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu İfadelerinin Puan Ortalamaları

İfadeler	\bar{X}	SS	Min	Max
İfade 1	4.12	.799	1.0	5.0
İfade 2	4.00	1.088	1.0	5.0
İfade 3	3.87	.897	1.0	5.0
İfade 4	4.26	.822	1.0	5.0
İfade 5	3.78	.908	1.0	5.0
İfade 6	3.36	1.024	1.0	5.0
İfade 7	3.53	.982	1.0	5.0
İfade 8	4.24	.699	1.0	5.0
İfade 9	3.65	.888	1.0	5.0
İfade 10	3.92	.817	1.0	5.0
İfade 11	3.66	.833	1.0	5.0
İfade 12	3.87	.826	1.0	5.0
İfade 13	4.22	.844	1.0	5.0
İfade 14	3.57	.834	1.0	5.0
İfade 15	3.86	.833	1.0	5.0
İfade 16	3.68	.799	1.0	5.0
İfade 17	2.33	1.119	1.0	5.0
İfade 18	3.96	.699	1.0	5.0
İfade 19	3.24	1.142	1.0	5.0
İfade 20	3.58	.795	1.0	5.0
İfade 21	3.83	.783	1.0	5.0
İfade 22	3.80	.863	1.0	5.0
İfade 23	3.76	.938	1.0	5.0
İfade 24	2.36	1.276	1.0	5.0
İfade 25	2.58	1.078	1.0	5.0
İfade 26	3.83	.827	1.0	5.0
İfade 27	4.29	.703	1.0	5.0
İfade 28	3.40	.998	1.0	5.0
İfade 29	3.35	1.002	1.0	5.0
İfade 30	3.43	.995	1.0	5.0
İfade 31	3.60	1.003	1.0	5.0
İfade 32	3.72	.942	1.0	5.0
İfade 33	3.80	.845	1.0	5.0
İfade 34	3.49	.998	1.0	5.0
İfade 35	3.84	.772	1.0	5.0
İfade 36	3.65	.865	1.0	5.0
İfade 37	2.75	.923	1.0	5.0
İfade 38	3.62	.964	1.0	5.0

Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu ifadelerine verdiği en düşük ve en yüksek puanlar ve madde puan ortalamaları Tablo 4'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının ifade 27'ye (Kendi kültürel geçmişimin farkındayım.), en düşük puan ortalamasının ifade 17'ye (Farklı kültürden hastayla karşılaştığımda seçme şansım varsa o hastayı tercih etmem.) ait olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, %33.1'i 28-33 yaş grubunda olup tüm hemşirelerin yaş ortalaması 36.27 ± 6.94 'dür. Buna göre, hemşirelerin orta yetişkinlik döneminde oldukları söylenebilir. Erikson'un psikososyal gelişimi belirttiği kuramına göre, orta yaş döneminde benliğin en önemli işlevi, özellikle mesleki ve sanatsal alanlarda üretkenlik ve yaratıcılıktır (Öztürk ve Uluşahin 2008). Buna göre, hemşirelerin içinde buldukları yaş dönemi olarak, mesleki bilgi ve deneyimlerinde olgunlaştıkları ve bunları uygulama alanına aktarabilecekleri bir dönem içinde oldukları düşünülmektedir.

Kültürlerarası psikiyatri hemşireliği yeni gelişen bir alandır. Günümüzde hemşirelik eğitimi hala kısmen kültürel bakımı içermektedir (Özgür ve ark. 2008). Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma süreleri (15.23 ± 7.70) ve eğitim durumları (%69.5 önlisans) dikkate alındığında, hemşirelerin mezun oldukları dönemde verilen eğitimin içeriğinde kültürlerarası hemşirelik kavramının olması düşük ihtimaldir. Dolayısıyla, hemşirelerin kültürlerarası psikiyatri hemşireliğine yönelik değerlendirmeleri de bu doğrultudadır.

Hemşirelerin, transkültürel kelimesini bilme durumları incelendiğinde, %26.4'ü kelimenin anlamını bilmediğini belirtmiştir. Hemşirelerin, 'Transkültürel kelimesini bilmiyorum' dışında verdikleri cevaplar incelendiğinde; %73.2'sinin 'Transkültürel' kelimesi ile ilgili bilgiye sahip oldukları görülmektedir. Verilen cevaplar farklı olsa da kelimenin 'farklı kültürler' ile ilgili olduğu görüşünün hakim olduğu görülmektedir. Ayaz ve Bilgili'nin (2009) hemşirelerin bakım verirken yaşadıkları kültürel farklılıklara bağlı sorunları ve kültüre duyarlı bakım ile ilgili bilgilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %73.1'inin kültüre duyarlı bakım kavramını duymadıkları, %66.5'inin bu kavramın tanımını bilmedikleri belirlenmiştir (Ayaz ve Bilgili 2009).

Hemşirelerin etkili bakım sunmada, yalnızca mesleki bilgi ve uygulamaları yeterli değildir, entellektüel ve analitik becerilere de sahip olmaları gerekmektedir. Nitelikli bireysel bakım, bireyin bir bütün olarak kültürü, inançları, adetleri ve değerleri ile ilgili faktörlerin göz önüne alınması ile verilebilir. Hemşirelik temelde kültürel bir olgudur. Hastanın kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (Tansu 2010). Hemşire yetiştiren okullarda egemen kültürün yerini çok kültürlü eğitim yaklaşımı ve eğitim programı almalıdır (Bayık 2008). Çınar ve ark. (2009), sağlık yüksek okulu öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışma sonucunda, öğrencilerin büyük kısmının kültürlerarası hemşirelik kavramına dair henüz bilgi sahibi olmadıkları sonucuna varılmıştır (Çınar ve ark. 2009).

Hemşirelerin sadece %10.2'si çalışma hayatı boyunca yapılan hizmet içi eğitimlerden bilgi aldığını belirtmiştir. Hemşirelik bakım sisteminde hemşirelerin günümüzdeki ve gelecekteki hemşirelik uygulamalarını, kültürlerarası hemşirelik bakım yaklaşımı ile değiştirebilmeleri, kültüre özgü kültürlerarası hemşirelik eğitim programları ile sağlanabilir. Mezun hemşirelerin bu konuya ilgilerinin çekilerek, farkındalık ve yeterliliklerinin geliştirilmesi gereklidir (Bayık 2008). Çok kültürlülük

açısından önemli temel konular, kavramlar, kuramlar belirlenmeli, programa yerleştirilmelidir (White 2003). Kültürel yeterlilik, çok kültürlülük, kültürel çeşitlilik, kültürel farkındalık, kültürel güvenlik gibi kavramlar programda diğer mesleki konularla bütünleştirilmelidir (Bayık 2008). Hemşirelerin %12.2'si öğrenimi sırasındaki derslerden kültürlerarası psikiyatri hemşireliği ile ilgili bilgi almıştır. "Candan ve ark. (2008)"nın öğrenciler ile yaptığı çalışmada, öğrenciler kültürlerarası hemşireliğin müfredatta daha çok yer verilmesine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Candan ve ark. 2008).

Kültürlerarası bakım, dil ve iletişim güçlüklerinden olumsuz etkilenir (Narayanasamy 2005). Bulgular incelendiğinde, yabancı hastaya bakım veren hemşirelerin çoğunluğunun (%26.8) dil yetersizliği nedeniyle iletişim zorluğu yaşadığı görülmektedir. Bu durum, hemşirelerin gerek mesleki yabancı dil, gerek konuşma konusunda yeterli ve gerekli eğitim almadıklarını, bu konuda kendilerini geliştirmeye gereksinim duyduklarını düşündürmektedir. Ayaz ve Bilgili'nin (2009) hemşirelerin bakım verirken yaşadıkları kültürel farklılıklara bağlı sorunları ve kültüre duyarlı bakım ile ilgili bilgilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin en fazla kültürel farklılığa bağlı yaşadığı sorunlar; dil farklılıkları (%76.9) ve lehçe ve şive farklılıkları (%42.3) olarak belirlenmiştir (Ayaz ve Bilgili 2009). Hartikainen ve ark. (2008)'nin Finlandiya'da çalışan göçmen hemşireler ile yaptıkları çalışmada, dil yetersizliği uyumu engelleyen faktörler arasında saptanmıştır (Hartikainen ve ark. 2008).

Kültürel farkındalık; birinin kendi kültürel geçmişinin derinliklerini araştırması ve öz değerlendirmesidir. Farkındalık süreci farklı bireyler hakkında kişinin kendi eğilimlerini, ön yargılarını tanımalarını içermektedir (İz ve Bayık 2009). Kültürel farkındalığı değerlendiren ifadeler olumlu cevaplar verilmiştir. Bu verilerden yola çıkarak, araştırmaya katılan hemşirelerin kültürel geçmişlerinin farkında olduğu ve öz değerlendirme yapabildikleri sonucuna varılmıştır.

Kültürel bilgi; farklı kültür ve etnik gruplar hakkında doğru bilgiyi arama ve bulma sürecidir (İz ve Bayık 2009). Kültürel bilgiyi temsil eden ifadeler olumlu cevaplar verilmiştir. Bu verilerden yola çıkarak, araştırmaya katılan hemşireler, bakım verdikleri farklı kültürdeki bireyler hakkında doğru bilgiyi aramaktadırlar. Sağlık durumları biyolojik ve çevresel faktörler tarafından olduğu kadar, kültürel uygulamalar tarafından da belirlenmektedir (Sayan 1999). Kültürel özgeçmişimiz, sağlık inançlarımızın, değerlerimizin ve sağlık davranışlarımızın oluşmasında önemli bir role sahiptir. Bu durum, bireylerin sağlık, hastalık ve dünyayı algılamasını biçimlendirir (Tansu 2010). Bu nedenle hemşirelerin kültürün ve alt kültürlerin sağlık üzerindeki etkisini bilmesi gerekmektedir (Özgür ve ark. 2008). Toplumla birebir iletişim içerisinde olan sağlık profesyonellerinin topluma yönelik bakım hizmetlerini planlamadan önce toplumun uygulamalarını tanımaları, bireylerin sağlık davranışlarını etkileyecek kültürel özelliklerini bilmeleri, verecekleri hizmetin etkinliği açısından büyük bir öneme sahiptir (Tortumluoğlu ve ark. 2004 a).

Kültürel istek; bakım kavramıyla ilgili olup farklılıkları kabul etmek, benzer yönleri ortaya çıkarmak, kültüre özgü bilgileri öğrenmek için kültürü farklı olan bireylerle açık

ve esnek iletişimin kurulmasını içermektedir (İz ve Bayık 2009). Kültürel isteği değerlendiren ifadelere olumlu cevaplar verilmiştir. Tortumoğlu ve ark. (2004) tarafından aktarıldığı üzere; Hisama Japonya'da yaptığı araştırmada hemşirelerin bakım verdikleri bireylerin kültürlerini tanımalarının hemşirelik bakımına olumlu yansıdığını saptamıştır (Tortumluoğlu ve ark. 2004 b). Ayaz ve Bilgili'nin (2009) hemşirelerin bakım verirken yaşadıkları kültürel farklılıklara bağlı sorunları ve kültüre duyarlı bakım ile ilgili bilgilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %41.5'i bireye özgü bakımda kültürel özellikleri dikkate aldıklarını belirtmişlerdir (Ayaz ve Bilgili 2009).

Kültürel *beceri*; hastanın sağlık tarihi ve sunma problemini kabul ederken kültürel yönden konuyla ilgili verinin toplanmasını, kültürel temelli fiziksel değerlendirmeler yapmasını, kültürel duyarlılık içinde bu değerlendirmeleri yapmayı içerir (İz ve Bayık 2009). Kültürel beceriyi değerlendiren ifadeler olumlu yönde cevaplar verilmiştir. Narayanasamy (2003) yürüttüğü çalışmasında, hemşirelerin hastalara bireysel bakım verirken, dinsel uygulamalarına saygı gösterme ve ölüm gibi durumlara ilgili sınırlı kalabilen kültürlerarası hemşirelik bakım girişimlerini gerçekleştirebildiklerini belirlemiştir (Narayanasamy 2005). Foronda (2008) yaptığı çalışmasında, farklı kültürden bir hastaya kültürel yönden duyarlı bir bakım verildiğinde, hasta ile olan etkileşimin daha etkin olduğunu saptamıştır (Foronda 2008).

Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu ifadelerine verdiği en düşük ve en yüksek puanlar ve madde puan ortalamaları incelendiğinde; en düşük ortalamaya sahip ifade 2.33 puan ortalaması ile 17. ifade (Farklı kültürden hastayla karşılaştığımda seçme şansım varsa o hastayı tercih etmem.) ve en yüksek ortalamaya sahip ifade ise 4.29 puan ortalaması ile ifade 27 (Kendi kültürel geçmişimin farkındayım.)'dir.

En düşük ortalamaya sahip diğer ifadeler, 2.36 puan ortalaması ile 24. ifade (Dil farklılığı anksiyetemi artırır.) ve 2.75 puan ortalaması ile 37. ifadede (Ensest ilişki içinde olan bir baba ile iletişimimde objektif olabilirim.)'dir. En yüksek ortalamaya sahip diğer ifade ise, 4.26 puan ortalaması ile 4. ifade (Farklı kültürden hastaya bakım verirken, hemşire kendi önyargılarının farkında olmalıdır.)'dir.

En düşük ortalamaya sahip olan 17. ifade (Farklı kültürden hastayla karşılaştığımda seçme şansım varsa o hastayı tercih etmem.) değerlendirildiğinde; hemşirelerin farklı kültürden bir hastayı tercih etmeme eğilimlerinin olmadığı görülmektedir.

Hemşireler farklı kültürden bir hastaya bakım verirken iletişim zorluğu yaşamaktadırlar, ancak bu dil farklılığı onlarda anksiyeteye sebep olmamaktadır.

İfade 37'nin düşük ortalamaya sahip olmasının nedeni, araştırmaya katılanların %80.2'sinin kadın olması ve ensest ilişki ile ilgili kültürel yüklemelerin profesyonel davranmaya ilişkin duruşlarını olumsuz etkilediği şeklinde değerlendirilebilir.

Hemşirelerin ve hastaların kültürel özellikleri örtüşmeyebilir. Hemşirenin kültürel değerleri, inançları hasta bakımı ile ilgili kararlarını, tutumunu ve uygulamalarını etkiler. Hemşirenin bakım girişimleri bilinçli ya da bilinçsiz biçimde kendi kültüründen

etkilenecek şekilde şekillenebilir (Leininger ve McFarland 2002). İfade 27 (Kendi kültürel geçmişimin farkındayım.)'nin en yüksek ortalamaya sahip olması, bireysel farkındalığın yüksek olduğunu göstermesinden dolayı önemlidir.

İfade 4 (Farklı kültürden hastaya bakım verirken, hemşire kendi önyargılarının farkında olmalıdır.) ile madde puan ortalamasında en yüksek ortalamaya sahip ifade 27 (Kendi kültürel geçmişimin farkındayım.) Campinha-Bacote Modeli'ne göre maddelerin sınıflandırılmasında kültürel farkındalığı değerlendiren ifadelerdir. Kendi kültürel geçmişinin farkında olan kişilerin kültürlerinden gelen önyargılarının da farkında olması beklenmektedir. Her iki ifadenin yüzde dağılımları incelendiğinde; 'tümüyle katılıyorum' ve 'katılıyorum' yüksek yüzde oranına sahiptir. İfade 9 farklı kültürden hastaya bakım verirken hemşirelerin daha duyarlı davrandıklarını ve ifade 12 hastaların tedaviye direnç göstermesini önemsediklerini belirtmektedir. İfade 17 (Farklı kültürden hastayla karşılaştığımda seçme şansım varsa o hastayı tercih etmem.) ile paralellik göstermektedirler. Hemşirelerin farklı kültürdeki hastaları tercih etmeme gibi eğilimleri olmadığı, hatta farklı kültürel inançları önemsedikleri ve farklı kültürdeki hastalara bakım verirken daha duyarlı oldukları görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonucuna göre; psikiyatride çalışan hemşirelerin kültürlerarası bakıma ilişkin görüşlerinin olumlu yönde olduğu belirlenmiştir.

Bu olumlu görüşlerin desteğiyle, hemşirelerin gelecekte kültürlerarası psikiyatri hemşireliğinin gelişimi için farklı ülke ve toplumların kültürlerini ve dillerini öğrenmeye yönelik motivasyonları artırılmalıdır.

Hemşirelerin, profesyonel davranmalarını engelleyen durumların (ensest ilişki, şiddet gibi) nedenleri belirlenip, bu konudaki eğitimleri artırılarak profesyonel tutumları geliştirilmelidir.

Yapılan bu çalışmada, yurt içi kültür farklılıklarına yönelik alan sınırlı kalmıştır. İleri zamanlarda yapılacak olan araştırmalar için yurt içi kültür farklılıklarına yönelik alanında çalışılması önerilebilir. Bu çalışma da üzerinde kısmen çalışılmış olan Hemşirelerin Kültürlerarası Bakıma İlişkin Görüş Formu'nun geliştirilerek, ölçek oluşturulması sonraki çalışmalar için önerilebilir. Kültürlerarası hemşirelik bakımı yeni gelişmekte olan bir alan olduğu için, psikiyatri hemşireliğinde kültürlerarası bakım konusu da yeni bir alandır. Bu alanın geliştirilmesi önemli olduğundan birçok yeni araştırma ve eğitim çalışmasına gerek vardır.

KAYNAKLAR

Ayaz S, Bilgili N. Kültüre Duyarlı Bakım: Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler. Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu (Sempozyum Kitabı). Çanakkale: 2009; 89.

Bayık A. Kültürlerarası Hemşirelik Eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11: 92-101.

Candan Ö, Özbiçakçı Ş. Transcultural Nursing Course, Education Strategies and Students' Feedbacks. 1st European Transcultural Nurses' Association (ETNA) International Conference. İzmir: 2008.

Çam O, Bilge A. Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 215-23.

Çınar H, Sarıtaş S, Özyazıcıoğlu N. Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Transkültürel Hemşireliğe İlişkin Görüşleri. Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu (Sempozyum Kitabı). Çanakkale: 2009; 91.

Foronda C. A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. Journal of Transcultural Nursing 2008; 19: 207-212.

Göka E. Kültürel Fenomenlerin Psikiyatrik Tanılara Etkisi. Kriz Dergisi 1994; 2: 214-217.

Haber J, Wheeler K. (2003). Psychiatric-Mental Health Nurse Practitioner Competencies, National Panel For Psychiatric-Mental Health Np Competencies. Erişim Tarihi 20.10.2009, <http://www.aacn.nche.edu>.

Hartikainen J, Kankkunen P, Nikkonen M.. Immigrant Nurses Acculturation to The Culture of Working Place in Finland, 1st European Transcultural Nurses' Association (ETNA) International Conference. İzmir: 2008.

İz F, Bayık A. Hemşirelikte Kültürel Yeterlik. Aile ve Toplum Dergisi 2009; 5: 51-58.

Leininger M, McFarland M. Transcultural Nursing. In: Leininger M, Editor. Transcultural Mental Health Nursing. New York: McGraw-Hill Company; 2002: 239-252.

Narayanasamy A. White E. A Review of Transcultural Nursing. Nurse Education Today 2005; 25: 105-111.

Özgür G, Bilge A, Şeno S. ve ark., Globalization, Culture and Nursing. 1st European Transcultural Nurses' Association (ETNA) International Conference. İzmir: 2008.

Özönder C. Genel Değerlendirme ve Türkiye Yazıları: Dünya'da ve Türkiye'de Etniklik Kavramları. KÖK Sosyal ve Stratejik Araştırmalar Dergisi 2000; 2: 65-72.

Öztürk C. Kültür ve Hemşirelik Uygulamaları. Kültür ve Hemşirelik Sempozyumu (Sempozyum Kitabı). Kapadokya: 2003; 47-53.

Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I, II. 11. Baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2008.

Sayan A. Kültür ve Sağlık. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 2: 50-52.

Tansu A. (26.11.2010). Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı. Erişim Tarihi 10.03.2011, http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/yeni_tasarim/files/makale_transk.pdf.

Tortumluoğlu G, Okanlı A, Özer N. Hemşirelik Bakımında Kültürel Yaklaşım ve Önemi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004; 1: 1-12.

Tortumluoğlu G. Transkültürel Hemşirelik ve Kültürel Bakım Modeli Örnekleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8: 47-57.

Tortumluoğlu G, Karahan E, Bakır B ve ark. Kırsal Alandaki Yaşlıların Yaygın Sağlık Problemlerinde Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004; 1: 1-16.

Videback S. Psychiatric Mental Health Nursing. 4th ed. Philadelphia: Baltimore; 2001.

White HL. Implementing The Multicultural Education Perspective Into The Nursing Education Curriculum. Journal Of Instructional Psychology 2003; 30: 326-332.

HEMŞİRELERİN KÜLTÜREL YETERLİ BAKIM İÇİN UYGULAMA STANDARTLARINA YAKLAŞIMLARI

APPROACHS OF NURSES TOWARDS STANDARDS OF PRACTICE FOR CULTURALLY COMPETENT CARE

Doç. Dr. Gülbu TANRIVERDİ*

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

Bu makale 2. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresinde (3-5 Haziran 2013, Antalya) bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin "Kültürel Yeterli Hemşirelik Bakımı için Uygulama Standartlarına" yaklaşımlarını tanımlamak amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı olan bu araştırma Çanakkale il merkezindeki iki hastanede yapıldı. Çalışmanın evrenini Devlet ve Üniversite hastanelerinde çalışan 391 hemşire oluşturdu. Evrenden örneklem seçimine gidilmedi. Ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 142 hemşire (%36) araştırmaya dâhil edildi. Veriler 2012- Mart 2013 Ekim tarihleri arasında anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Anket formu Douglas ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Kültürel Yeterli Hemşirelik Bakımı için Uygulama Standartları" doğrultusunda oluşturuldu. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 15'de yüzdeler ve ortalama alınarak değerlendirildi.

Bulgular: Kültürel Yeterli Hemşirelik Bakımı için Uygulama Standartları arasında hemşirelerin, en çok sosyal adalet (%77.5), kültürlerarası hemşirelik bilgisi (%73.2) ve kültürlerarası iletişimi (%71.8); en az ise eleştirel düşünme (%49.3), kanıta dayalı uygulama-araştırma (%51.4) ve kültürlerarası liderlik (%52.8) standartlarını benimsedikleri saptandı.

Sonuç: Hemşirelerin bakım verirken kültürel yeterli bakım standartlarını tamamen benimsememeleri olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Çalışma sonuçları doğrultusunda mezuniyet önce ve sonrasında hemşirelere kültürel yeterlilik kazandıracak ders, bilimsel etkinlik, hizmet içi eğitim gibi kursların hazırlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, kültürel yeterli bakım, bakım standartları.

ABSTRACT

Objective: This study was performed to determine the approaches of nurses towards "Standards of Practice For Culturally Competent Care".

Method: This descriptive study was conducted in two hospitals located at the city center. The study population consisted of 391 nurses who were on duty in State and University hospitals.

Sample selection from study population was not performed. One hundred and forty two (36%) nurses that could be reached, who volunteered for participation in the study were enrolled in the study. Data were collected between March 2012 and October 2013 by face to face interview, making use of a questionnaire. The questionnaire was prepared according to "Standards of Practice For Culturally Competent Nursing Care" that was developed by Douglas et al. Data were analyzed by calculating percentage and mean values in computer environment using SPSS 15 statistics software.

Results: The most adopted standards among "Standards of Practice For Culturally Competent Nursing Care" by the nurses were social justice (77.5%), transcultural nursing knowledge (73.2%), and cross cultural communication (71.8%); and the least adopted standards were critical reflection (49.3%), evidence-based practice and research (51.4%), and cross cultural leadership (52.8%).

Conclusion: It could be interpreted as an unfavorable result that the nurses did not completely adopt the standards for culturally competent care. According to the results of this study, it is suggested that educational courses be organized such as lectures, scientific activities, and in-service training that will bring the nurses in cultural competency before and after their graduation.

Key Words: Nurse, nursing, culturally competent care, standards of care.

GİRİŞ

Evrensel göç hemşirelere kendi kültüründen farklı kültürlere bakım verme zorunluluğu getirmenin yanı sıra sağlık sonuçları ve sağlık bakımına erişimde eşitsizlikleri artırmış ve mağdur olan grubun savunulması gereksinimini ortaya çıkarmıştır (Douglas ve ark. 2014). Hemşirelerin farklı kültürlerde çalışırken kendi profesyonel bilgisi ile hastanın kültürel bilgisini anlamlı, güvenilir ve yanıt alınabilir bir bakım için birleştirmesi beklenir (Leininger 2002). Kültürel yeterli bakım verirken hemşirelerin karşılaşılabileceği zorluk ve bariyer algısının tanımlanması, bakım hizmetinin sunumunun yeniden düzenlenmesine yardım etmede ilk basamaktır. Birey ve aile merkezli kültürel yeterli bakım sağlamak hemşireler için etik bir zorunluluk ve profesyonel bir görevdir (Patricia ve Moreno 2014). Kültürel yeterlilik, etnik yapı ve ırktan çok daha fazla şeyi ifade ettiği gibi (Giger ve ark. 2007) aynı zamanda bir sorumluluktur (Douglas ve ark. 2011).

Hemşireler çeşitli kültürdeki birey, aile ve toplumların birbirinden farklı olduğunu anlamaya yönelik bir bakış açısı geliştirmelidir. Tüm insanların aynı olduğunu varsaymak stereotip davranışlara ve olumsuz sonuçlara yol açmakta, hemşirelerin bakım hedeflerine ulaşmalarını olanaksızlaştırmaktadır (Leininger 2009). Sağlık profesyonellerinin bireyin kültürünü iyi anlamaması/tanınamaması; iletişim bozukluklarına, çatışmalara, sağlık bakımında eşitsizliklere, ayrımcılığa, ırkçılığa, kalıplaşmış yargılara neden olmaktadır (Bayık 2008, Taşçı Duran ve Okçay 2012). Hemşirelerin kültürel olarak yeterli bakım verebilmesi için kültürel istek, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir (Başalan İz ve Bayık Temel 2009). Starr ve Wallace (2009) Amerika'da halk sağlığı hemşirelerinin, bilgi ve eğitim eksikliğinden kaynaklanan kültürel yeterli bakım engeli algıladıklarını saptamışlardır. Kültürel çatışma yaşayan hemşire bu çatışmanın nedenlerini anlayabilmesi için öncelikle kendi davranışlarının farkına varabilmelidir (Hotun Şahin

ve ark. 2009).Türkiye'de yapılan araştırmalarda hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin kendisinden farklı kültürdeki hastalara bakım verirken zorlandıklarını göstermiştir (Tanrıverdi ve ark. 2010, Tanrıverdi ve ark. 2011). Yapılan bir araştırmada hemşirelerin %62.5'inin Kültürlerarası Hemşirelik yeterliliğine sahip olmadıkları belirlenmiştir (Karakuş ve ark. 2013).

Bakım gereksinimleri kültürlere göre değişmekle birlikte hemşirelerin değişen bu gereksinimlere uyum sağlaması beklenmektedir. Hedeflenen bakımın sağlanmasında kültürel yeterli hemşirelik bakımı için uygulama standartları geliştirilmiş ve önerilmiştir. Bu standartlar hemşirelere eğitim, uygulama, araştırma ve yönetimde kültürel yeterli bakım için evrensel bir yaklaşım sunmaktadır (Douglas ve ark. 2011, Douglas ve ark. 2014). Ancak hemşirelerin bu yaklaşıma sahip olup olmadıklarını tanımlayan ulusal ya da uluslararası bir araştırmaya ulaşılmamıştır. Bu standartlara yönelik hemşirelerin yaklaşımlarının tanımlanmasının, bu doğrultuda girişimlerin planlanmasının bakımın kalitesini yükseltmek açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu bağlamda bu araştırma hemşirelerin bakımda Kültürel Yeterli Bakım için Uygulama Standartlarına (KYBUS) yönelik yaklaşımlarını saptamak amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma Çanakkale il merkezinde iki hastanede yapıldı. Evreni Üniversite ve Devlet Hastanelerinde çalışan toplam 391 hemşire oluşturdu. Evrenden örneklem seçimine gidilmedi, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 142 (%36) hemşire çalışmaya dahil edildi. Araştırmaya dahil olmama nedenleri arasında gece vardiyasında çalışma, araştırmaya katılmak istememe, eksik doldurma nedeniyle anket formunun iptal edilmesi yer aldı.

Veri toplama

Veriler, bazı tanımlayıcı sorular (Cinsiyet, eğitim, yaş, memleket, çalışma yılı) ve Douglas ve ark. (2011) tarafından oluşturulan ve 12 başlık altında toplanan "Kültürel Yeterli Hemşirelik Bakımı için Uygulama Standartları" doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplandı. Bu başlıklar: sosyal adalet, eleştirel düşünme, kültürlerarası hemşirelik bilgisi, kültürel uygulama, sağlık bakım sistemleri ve kurumlar, hasta savunuculuğu ve güçlendirme, çok kültürlü iş gücü, eğitim ve öğretim, kültürlerarası iletişim, kültürlerarası liderlik, politika geliştirme, kanıta dayalı uygulama ve araştırmadır. Her bir standart hemşirelik bakımında kültürel yeterliliğin vazgeçilmez bir parçasını oluşturmaktadır. Anket formunda, hemşirelere her bir standart açıklamalarıyla verilerek, bakım verirken bu standartlara yönelik yaklaşımlarını bildirmeleri istendi. Standartların açıklamalarının yanına parantez içerisinde boşluk bırakıldı ve bakımda olması gereken standartları işaretlemeleri istendi. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle ve Ekim 2012- Mart 2013 tarihleri arasında toplandı.

Etik

Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumlardan yazılı izin alındı. Çalışmanın amacı hemşirelere anlatıldı ve anket formunu doldurmayı kabul eden hemşirelerle çalışıldı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 15 programında yüzdeler ve ortalama dağılımları yapılarak değerlendirildi.

BULGULAR VE YORUM

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=142)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Eğitim düzeyi		
Lise	5	3.5
Ön lisans	41	28.9
Lisans	89	62.7
Yüksek lisans	7	4.9
Memleket		
Çanakkale	86	60.6
Diğer	56	39.4
	Min-Max değerler	X+SS
Yaş	22-53	36.58+6.04
Çalışma Yılı	1-35	16.63+7.36

Hemşireler tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde çoğunluğunun (%62.7) lisans mezunu, Çanakkaleli (%60.6), yaş ortalaması 36.58+6.04 ve çalışma yıl ortalaması 16.63+7.36 olarak belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin Kültürel Yeterli Bakım için Uygulama Standartlarına Yaklaşımları (n=142)

Kültürel Yeterli Bakım için Uygulama Standartları	Evet (%)	Hayır (%)
Standard 1: Sosyal adalet: Profesyonel hemşireler herkes için adaleti teşvik etmelidirler. Sosyal adalet ilkeleri hemşirenin hasta, ailesi ve diğer sağlık profesyonelleri ile ilgili kararlarında rehberdir. Sosyal adalet politikalarını savunmak hemşirelerin liderlik becerilerini geliştirecektir.	110 (77.5)	32 (22.5)
Standard 2: Eleştirel düşünme: Hemşireler kendi özelliklerinin ve sorularının kültürel açıdan yeterli hemşirelik bakımına etkilerinin farkında olabilmek için kendi kültürel mirasları, değerleri ve inançlarının kritik yansımalarıyla ilgilenmeli ve bunları değerlendirmelidirler.	70 (49.3)	72 (50.7)
Standard 3: Kültürlerarası hemşirelik bilgisi: Hemşireler çeşitli kültürlerdeki toplumların, ailelerin ve bireylerin birbirinden farklı gelenek, inanç ve değerlerinin olduğunu anlamaya yönelik bakış açısı kazanmalıdırlar.	104 (73.2)	38 (26.8)
Standard 4: Kültürel uygulama: Kültürle uyumlu hemşirelik uygulamalarını yaparken hemşire kesişen kültürel bilgi ve duyarlı kültürel becerilerden yararlanmalıdır.	92 (64.8)	50 (35.2)
Standard 5: Sağlık bakım sistemleri ve kurumlar: Sağlık bakım kurumları farklı hastaların ihtiyacı olan dil, kültürel karışımı ve değerlendirmeye olanak sağlayan kaynakları ve yapısı sağlamalıdır.	89 (62.7)	53 (37.3)
Standard 6. Hasta savunuculuğu ve güçlendirme: Hemşireler, sağlık politikalarının hizmet sistemlerinin ve kaynaklarının hastalar üzerindeki etkilerini göz önünde bulundurmalı, hastalarını güçlendirmeli ve savunmalıdır. Hastalarının kültürel inançlarının ve uygulamalarının sağlık bakımının tümünde yer almasını savunmalıdır.	77 (54.2)	65 (45.8)
Standard 7: Çok kültürlü iş gücü: Hemşireler sağlık bakımını oluşturulmasında çok kültürlü iş gücü sağlamak yönünde çaba harcamalıdır.	76 (53.5)	66 (46.5)
Standard 8: Eğitim ve öğretim: Hemşirelik bakımı için gerekli yeterli kültürel bilgi ve becerileri sağlamak hemşirelik eğitiminin temel zorunluluğudur.	92 (64.8)	50 (35.2)

Hemşirelerin Kültürel Yeterli Bakım İçin Uygulama Standartlarına Yaklaşımları

Standart 9: Kültürlerarası iletişim: Hemşireler kültürel yeterlilikte kişilerarası iletişimi etkin kullanmalıdır.	102 (71.8)	40 (28.2)
Standart 10: Kültürlerarası liderlik: Hemşireler farklı toplulukların kültürel açıdan yeterli bakımın sonuçlarının elde edilmesinde, bireyleri, toplumları ve sistemleri etkileme yeteneğine sahip olmalıdır.	75 (52.8)	67 (47.2)
Standart 11: Politika geliştirme: Hemşireler kültürel yeterli hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ve geniş kapsamlı uygulanması için politika ve standartların oluşturulması için topluluklar, mesleki dernekler, özel kuruluşlar ve toplum ile çalışmak için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır.	83 (58.2)	59 (41.5)
Standart 12: Kanıta dayalı uygulama ve araştırma: Hemşireler farklı topluluklara yönelik hemşirelik girişimlerini ve uygulamalarını test etmelidir.	73 (51.4)	69 (48.6)

Hemşirelerin Kültürel Yeterli Bakım İçin Uygulama Standartlarına Yaklaşımları

Araştırma bulgularına göre hemşireler arasında sosyal adalet %77.5 (n=110); kültürlerarası hemşirelik bilgisi %73.2 (n=104); kültürlerarası iletişim %71.8 (n=102); kültürel uygulamalar %64.8 (n= 92); eğitim ve öğretim %64.8 (n=92); sağlık bakım sistemleri ve kurumlar %62.7, (n=89); politika geliştirme %58.2 (n=83); hasta savunuculuğu ve güçlendirme %54.2 (n=77); çok kültürlü iş gücü %53.5 (n=76); kültürlerarası liderlik %52.8 (n=75); kanıta dayalı uygulama ve araştırmalar %51.4 (n=73) ve eleştirel düşünme %49.3 (n=70) oranlarında kabul gördüğü saptanmıştır (Tablo 2).

TARTIŞMA

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu lisans mezunu, Çanakkaleli, yaş ortalaması yaklaşık 37 ve çalışma yıl ortalaması 17 yıl olan hemşireler oluşturdu (Tablo 1). Hemşirelerin KYBUS'na %22.5 ile %48.6 oranları arasında olumlu yaklaşım bildirdikleri saptandı. Hemşirelerin sosyal adalet, kültürlerarası hemşirelik bilgisi ve kültürlerarası iletişimi en yüksek kültürlerarası liderlik, kanıta dayalı uygulama-araştırma ve eleştirel düşünme standartlarını ise en düşük oranlarda benimsedikleri saptandı.

Hemşirelerin %77.5'inin profesyonel hemşirelerin herkes için adaleti teşvik etmesi gerektiğini görüşünde oldukları saptanmıştır (Tablo 2). Sosyal adalet kanunlar karşısında herkesin eşit olması, paylaşımın mümkün olduğu kadar topluma dağıtılması ve sosyal tabakalar arasında aşırı farklılaşmanın önüne geçmek için gerekli önlemlerin alınmasıdır (Topakkaya 2006). Hemşirelerin kültürel değerler ve insan haklarını korumaya yönelik politikaları desteklemelerine ve sağlık için sosyal adaleti savunmalarına gereksinim vardır. Sosyal adalet uygulamaları bireylerin ekonomik durumu, ırkı, etnik yapısı, yaşı, hangi ülkenin vatandaşı olduğu, sakat olup olmadığı, seksüel uyumu her ne olursa olsun adil davranma durumunu ifade etmektedir (Douglas ve ark. 2011). Sosyal adalet göçmen ve sezonluk tarım işçileri gibi savunmasız gruplarda dezavantajları, eşitsizlikler ve adaletsizlikleri tanımda da önemlidir (Clinger 2011). Hemşireler sağlık ekibi içinde bireye/topluma en yakın ekip üyesi olarak birey ve toplumun ihtiyaçlarını bilen, onları haksızlıklardan koruyabilecek en uygun kişilerdir (Demirel ve Akın 2014). 21. Yüzyılın hemşireleri, bakım sunarken tarafsızlık / hakkaniyet, ayırım yapmama ilkelerini korumalıdır. Lisans eğitimi öğrenciyi

mesleğe hazırlarken bu değerleri öğretmeli ve kazandırmalıdır (Atalay ve Tel 1999). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Türk Hemşireler Derneği tarafından hazırlanan "Hemşirelik için Etik İlkeler ve Sorumlulukları", hemşirelik meslek andı da sosyal adalet konusunda hemşirelere önemli bir sorumluluk yüklemektedir. Hemşireler arasında en fazla kabul gören standardın sosyal adalet olması bu görüşleri desteklemektedir.

Araştırmaya dahil olan hemşirelerin %73.2'sinin, çeşitli kültürlerdeki toplumların, ailelerin ve bireylerin birbirinden farklı gelenek, inanç ve değerlerinin olduğunu anlamaya yönelik hemşirelerin bir bakış açısı kazanması gerektiği görüşünde olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Kültürlerarası Hemşirelik bilgisi insan davranışlarını anlamayı, yaşam sitilini geliştirmeyi, farklı disiplinlerle iyi işbirliği, problem çözme, önleme ve yönetme becerilerini kazandırır (Douglas ve ark. 2011). Farklı kültürlerle çalışan hemşirelerin kültürel bilgi toplamaya ve bu bilgileri kullanmaya gereksinimleri vardır (Leininger 2002, Douglas ve ark. 2011, Douglas ve ark. 2014). Kültürel bilginin toplanmasında teori, model ve rehberlerden yararlanılmaktadır. Başta Leininger'in Kültürel Bakım Çeşitlilik ve Evrensellik Teorisi olmak üzere kültürlerarası hemşirelik bilgisinin oluşturulmasında ve geliştirilmesinde teoriler, modeller ve rehberler yol göstericidirler (Leininger 1999, Leininger 2002, Tortumluoğlu 2004). Kültürlerarası bilgi sadece sağlık davranışlarıyla ilgili değil Leininger'in Gün Doğumu Modeli'nde de açıkladığı gibi eğitim, ekonomi, teknoloji, din, inanç, dünya görüşü ve farklı bilgileri de kapsamalıdır (Leininger 2009). Hemşireler birey, aile, toplumun sağlık arayış davranışları, iletişim özellikleri, dili, dezavantajlı gruplarla ilgili sağlık politikaları gibi bilgileri tanımlamalıdır (Douglas ve ark. 2014). Literatür kültürel bilgiye sahip olmayan hemşirelerin bakımda yanlış anlaşılmalara ve çatışmalara sebep olacağına işaret etmektedir. Bu durum ise hata riskinin artmasına ve hatta sonucun ölümcül olmasına neden olabilecektir (Felemban ve ark. 2014). Suudi Arabistan'da yapılan bir araştırmada, kültürün İslam dininin etkisi altında olduğu, sağlık bakım sağlayıcılarının kültürel çatışma yaşamaması ve hastayla güçlü bir iletişim kurulabilmesi için, bu ülkenin kültürünü tanımasının önemi vurgulanmıştır. Bu çalışmada sağlık bakım sağlayıcılarının bakım verdikleri bireyin kültürünü tanıyarak kültürel çatışmayı önleyebileceği ifade edilmiştir. Özellikle şeriat hukuku, ramazan ayı, dil, aile bağları, geleneksel uygulamalar, kültürel tutumlar ve İslam'ı öğrenme gibi değişkenler hakkında bilgi sahibi olmaları farklı kültürden gelen hemşirelerin bu ülkenin kültürü tanımlarını, kültürel uyumlarını kolaylaştırmada önemli olduğu vurgulanmıştır (Almutairi ve McCarthy 2012). Adel ve arkadaşları (2014) yaptıkları araştırmada Suudi Arabistan'da çalışan yabancı hemşirelerin Suudi kültürüne özgü sağlık ve hastalık normlarını destekleyen felsefi inançları hakkında sınırlı bilgiye sahip olduklarını saptamıştır. Bazı hemşirelerin Zemzem suyu içme ve geleneksel yanma gibi bazı uygulamaların farkında olduklarını, ancak pratikte kullanımları konusunda belirsizlikleri oldukları saptanmıştır. Türkiye'de 1980'li yıllarda geleneksel uygulamaları tanımlamayla başlayan hemşirelik araştırmaları 2000'li yılların başından sonra kültürlerarası hemşireliğe yönelmiştir (Seviğ ve Tanrıverdi 2014). Türkiye'de hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin kültürel bilgiyi toplamada kullanabilecekleri çok detaylı bir de rehber geliştirilmiştir (Tanrıverdi ve ark. 2009). Bu araştırmanın sonuçlarına göre hemşirelerin %26.8'i kültürel bilgiye bakım verirken gereksinim olduğunun

farkında bile olmadıkları saptanmıştır. Bu sonucun hemşirelerin mezuniyet önce ve sonrası eğitim süreçlerinde bu konunun önemini ortaya koyan bir eğitim programından geçmemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim Brathwaite ve Majumdar (2006) yaptıkları araştırmada kültürel yeterli eğitim programının kültürel bilgiyi arttırılabileceği saptamıştır.

Hemşirelerin %71.8'i kültürel yeterlilikte kişilerarası iletişimin etkin kullanılması gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 2). The Joint Commission (TJC) hasta güvenliği ve bakım kalitesinin içeriğinde hasta tarafından kabul edilebilir bir iletişimin gerekliliğini açıklamıştır (Ashton 2012). Hemşireler bireyin değer, inanç, uygulama, algı ve eşsiz sağlık bakım ihtiyaçlarını tanımlamak için kültürel olarak yeterli sözlü ve sözsüz iletişimi kullanmalı ve hastanın gereksinimlerini anlamak için çaba göstermelidir (Douglas ve ark. 2011, Douglas ve ark. 2014). Jirve ve arkadaşları (2010) araştırmalarında hemşirelik öğrencilerinin özellikle aynı dili paylaşmadıkları hastalarla iletişim problemi deneyimlediklerini saptamıştır. Türkiye'de yapılan araştırma sonuçlarına göre hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin bakım verirken en yaygın iletişim problemleri yaşadıkları belirlenmiştir (Tortumluoğlu ve ark. 2005, Tanrıverdi ve ark. 2009, Bayrak Kahraman ve Bostanoğlu 2012). Bu araştırmanın sonuçlarına göre hemşirelerin %28.2'si bakımda kültürlerarası iletişim bilgisinin gerekliliğinin bile farkında olmadığı saptanmıştır. Oysa Türkiye'de hemşireler her geçen gün iletişim özellikleri kendisinden farklı olan hastalara bakım vermek durumunda kalmaktadır. Türkiye kültürel bir mozaik olmamakla birlikte en son ulaşılan verilere göre nüfusun yaklaşık %90.06'sı Türk, %9.94'ü etnik nüfustur (Önder 2006). Ana dilin yanı sıra Türkiye'de şive farklılıklarının da yaygınlığı dikkat çekmektedir. Ayrıca inançlar da iletişim özelliklerini etkilemektedir. Diyanet İşleri Başkanlığı'nın yaptığı Türkiye geneli araştırmasında (2014) Türkiye'de kendini oldukça dindar olarak tanımlayan nüfusun oranı %19.4 olup, dindar nüfusun bakım alırken dokunma, göz teması, cinsiyet farklılığı olan kişilerle iletişime geçme gibi durumlarda sınırlılıklar getirdiği belirtilmiştir (DİB 2014). Bu araştırmanın sonuçlarına göre hemşirelerin %28.2'si kültürlerarası hemşirelik bilgisini, kültürel yeterli bakım standartlarından bir olarak görmediği saptanmıştır. Bunun nedenleri arasında hemşirelik eğitiminin kültürel yeterli mezunları amaçlamaması, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerin bu alanı yeteri kadar ya da hiç kapsamamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca ülke sınırlarında genele yakın Türkçe bilmesi yada hastanelere Türkçe bilen yakınıyla gelmesi, kültürel iletişim algısının dil ile sınırlandırıldığı ve diğer özelliklere yönelik farkındalığın yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin % 64.8'inin kültürle uyumlu uygulamaları yaparken kesişen kültürel bilgi ve duyarlı kültürel becerilerden yararlanılması gerektiğinin farkında olmadığı saptanmıştır (Tablo 2). Hemşirenin sağlık ve hastalık uygulamalarına ilişkin bilgisi, sağlığa ilişkin hemşirelik bakım ve uygulamalarının kültürle uyumunu sağlar (Douglas ve ark. 2011). Hemşire, bakıma ihtiyacı olan bireye hizmet sunarken, bireyi değerleri, inanç ve tutumları, eylem ve davranışları ile bir bütün olarak görmeli ve onun üst düzey hizmet alma hakkına sahip olduğuna inanmalıdır (Okuroğlu ve ark. 2014). Suudi Arabistan'da kardiyak yoğun bakım

ünitesinde çalışan hemşirelerle yapılan araştırmada katılımcıların çoğunun kültürel şok deneyimledikleri saptanmıştır. Kültürel şoku etkileyen faktörler arasında iklim, yiyecek, giyecek, dil, sosyal roller, kurallar ya da davranışlar ve değerlerin katkı sağladığı ifade edilmiştir. Hemşireler hastaların aşırı yemesini, sigara içmesini ve oruç tutmasını zararlı olarak tanımlamışlardır (Van Bommel 2011). Suudi Arabistan Krallığı'nda yapılan bir diğer araştırmada Müslüman olmayan hemşirelerin kalp cerrahisi uygulanan Müslüman hastaların bakımında dil ve İslam anlayışını bilmemelerinden kaynaklanan sorunlar yaşadıklarını saptamışlardır. Araştırmada bu sorunların çözümünde Arapça-İngilizce çevirmenler, hemşirelerin kültürel yeterliliğini artırmaya yönelik hizmet içi eğitimler yapılması önerilmiştir (Van Bommel 2011). Türkiye'de yapılan bir araştırmada hemşire ve ebelerin %62.7'si manevi bakım kavramını duyduklarını, %15.1'i manevi bakım hakkında bilgi aldığını ve %29.1'i hastalarına manevi bakım verdiklerini belirtmişlerdir (Kostak ve ark. 2010). Yine Türkiye'de yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar ve çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada hastaların önemli bir oranı (%69) hemşirelerin kendilerini anlamadığını, iş merkezli çalıştıklarını, kendileri ile konuşmadıklarını ve dinlemediklerini ifade etmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin ise önemli bir oranı (%84.4) yaşadığı sıkıntılar konusunda hastalara yardımcı olabildiklerini düşündükleri saptanmıştır. İki grubun beklenti ve değerlendirmelerinin ne kadar farklı olabileceği ortaya konmuştur (Alaca ve ark. 2011). Türkiye'de hemşirelik öğrencilerinde yapılan iki farklı araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin %68 (Tortumluoğlu et al. 2006) ve %69.4 (Tanriverdi et al., 2010) oranlarında bakım verirken kültürel farklılıklardan kaynaklanan sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Bir araştırmada hemşirelerin %53.9'nun bakımda kültürel farklılıklardan kaynaklanan sorunlar yaşadığı saptanmıştır (Karakuş et al. 2013). Sonuç olarak hemşireler kültürel bilgiye ve iletişim becerisine sahip olmalı ve bunları uygulamaya yansıtmalıdır. Aksi takdirde hasta ve hemşire grubu farklı algılara sahip olacak ve bakım çıktıları bundan olumsuz etkilenecektir. Bu çalışmada hemşirelerin %35.2'si kültürle uyumlu hemşirelik uygulamalarını yaparken kültürel bilgi ve becerilerden yararlanılması gerektiğinin farkında olmadıkları saptanmıştır. Bu sonuç hemşirelerin kültürel yeterliliğe ve duyarlılığa sahip bir eğitim sisteminden geçmemelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Nitekim kültürel bilgiye sahip olmayanlarla kültürel uygulamanın farkında olmayanların oranı birbiriyle uyum göstermektedir.

Hemşirelerin %64.8'i bakım için gerekli yeterli kültürel bilgi ve becerileri sağlamanın, hemşirelik eğitiminin temel zorunluluğu olduğu görüşüne katıldıkları saptanmıştır (Tablo 2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2008) Hemşirelik ve Ebelik eğitimin evrensel standartları arasında kültürel yeterliliğe sahip, karşılaştıkları bireylerin ihtiyaçlarına saygılı, liderlik ve eleştirel düşünme yetkinliği kazanmış mezun yetiştiren bir temel eğitim olması gerekliliğine işaret etmiştir. International Council of Nurses (ICN) hemşirelik eğitiminin tüm düzeylerinde kültürel yeterlilik için kültürel bakım bilgisi ve eğitimin bütünleşmesini desteklemektedir (Douglas ve ark. 2011). Hemşireler yeterli kültürel sağlık bakımı sağlamak için eğitimsel olarak hazırlanmalıdırlar (Douglas ve ark.2014). Kültürel yetkinliği kazandırmada hemşirelik eğitimi önemlidir (Sobel ve Sawin 2014). Temel hemşirelik değerleri lisans eğitiminde insan onuru, bütünlüğü, özerkliği, fedakarlığı ve sosyal adaleti kapsar (Fahrenwald ve

ark. 2005). Hemşirelik eğitimi kültürel yeterlilik ve ırkçılığa karşı mücadeleyi de içine alan bir eğitim olmalıdır. Güncel literatür hemşirelik öğrencilerinde kültürel yeterliliği geliştirmede kültürlerarası öğrenme girişimlerinin etkisini desteklemektedir (Allen 2010). Kültürlerarası Hemşirelik dersi lisans programında ilk olarak Leininger tarafından 1965 yılında verilmiştir (Leininger 2002). Türkiye’de ise 1955 yılında başlayan hemşirelik lisans eğitiminde Kültürlerarası Hemşirelik dersi ilk olarak 2005 yılında sadece bir hemşirelik programında seçmeli ders olarak verilmeye başlanmıştır. Türkiye’de geçmişten günümüze hemşirelik lisans programlarında medikal antropoloji, sağlık sosyolojisi gibi derslerin yaygınlığı dikkat çekmektedir (Tortumluoğlu ve ark. 2009). Hemşire yetiştiren okullarda egemen kültürün yerini çok kültürlü eğitim yaklaşımı ve eğitim programı alması gerektiği, çok kültürlülük açısından önemli temel konular, kavramlar, kuramlar belirlenmeli, programa yerleştirilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Temel 2008). Türkiye’de yapılan bir araştırmada hemşirelik eğitimi, öğrencilerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerini artırdığı saptanmıştır (Beşer ve Kıssal 2009). Bu bağlamda Türkiye’de öğrenci ve öğretim değişim programları her yıl artan sayıda ilgi görmektedir. Erasmus ve Mevlana değişim programları ile yurtdışı üniversitelerle öğrenci ve öğretim elemanı değişimi yapılmaktadır. Ayrıca ülke içinde Farabi değişim programı ile öğrenci ve öğretim elemanı değişimi yapılmakta ve öğrencilerin farklı kültürleri tanımaları için olanak sunulmaktadır. Bütün bunlara rağmen bu araştırmanın sonuçlarına göre üç hemşireden biri (%35.2) kültürel bilgi ve becerileri sağlamanın hemşirelik eğitiminin temel zorunluluğu olduğunun farkında olmadığı saptanmıştır. Çünkü böyle bir eğitim sisteminden geçmemiş ve buna yönelik farkındalık geliştirmemişlerdir. Bu sonuç diğer sonuçlarla uyumludur.

Hemşirelerin %62.7’si sağlık bakım kurumlarının farklı kültürdeki hastaların gereksinimlerini sağlayan kaynakları ve yapıyı sağlamaları gerektiğini ifade etmiştir (Tablo 2). Sağlık bakım sistemleri ve kurumları hizmet alanlar için kültürel uyumlu ve ihtiyaçlara cevap verecek alt yapıyı oluşturmalıdır. Sağlık bakım sistemleri hem kültürel farklılığa sahip bireylerin sağlık bakım ihtiyaçlarını belirlemeli hem de hizmet alan ve veren arasındaki güven ilişkisini kurmalıdırlar (Douglas ve ark. 2011). Son yıllarda, Türkiye’nin de gelişmiş ülkelerdeki nitelikli sağlık hizmetleriyle rekabet edebilecek düzeyde sağlık hizmetleri sunması, ülkemize dünyanın dört bir yanından tedavi amacıyla turistler gelmesini sağlamıştır (Aydın 2012). Türkiye’de A sınıfı özel hastaneler başta olmak üzere birçok hastane dünya çapındaki medikal turizm fuarlarına katılmaya başlamış ve hastalara daha iyi hizmet vermek adına “Yabancı Hasta Departmanları” kurmuştur (Özsarı ve Karatana 2013). Türkiye bugün dünyada Joint Commission International (JCI) akreditasyonuna sahip hastanelerin %10’una tek başına sahiptir. Oysa hemşirelerin %73.21’i çevirmenlerle hastalarıyla iletişim kurmaktadır. %42.86’sı yabancı dil sorunu yaşamaktadır (Zenginönül ve ark. 2012). Resmî gazetede 1998 yılında yayınlanan hasta hakları yönetmeliğinin ilkelerinden biri “Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir” şeklindedir. Yine hasta hakları yönetmeliğine göre “Hastalar dini

vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma” hakkına sahiptir. İki bin onbir yılında çıkarılan Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Genelge ’sinde yurt dışı hasta çağrı merkezlerinin kurulmasına ve bu merkezlerde ileri seviyede İngilizce, Almanca Arapça, Rusça bilen tercümanlar bulundurulmasına karar verilmiştir. Daha sonra bu dillere Farsça ve Fransızca’da eklenmiştir. Görüldüğü üzere Türkiye’de özellikle özel hastaneler başta olmak üzere hasta profiline uygun olarak çevirmen, farklı dillerde yönlendirme ve bilgilendirme levhaları gibi düzenlenmeler yapılmaktadır. Ayrıca hasta dini inancı gereği ibadetlerini yapma, din adamı getirme gibi istekleri de dikkate alınmaktadır. Hastaneler mevzuatlar doğrultusunda yabancı hastalara kültürlerine uygun bir bakım vermek için gerekli değişimi sağlamakla yükümlüdürler. Ancak yabancı hastalara verilen hizmet anadil, din, mahremiyetle sınırlandırılmıştır. Oysaki kültürel yeterli bakım, çok daha geniş bir çerçeveden ele alınması, kültürlerin farkında olan hemşireler tarafından hizmet verilmesi ve sağlık kurumlarının da hemşirelerin bu alanda yetişmesi için sorumluluklarını yerine getirmeleri gerektiği düşünülmektedir. Bu araştırmada hemşirelerin %37.3’ünün kurumların hastaların kültürel gereksinimlerini karşılamada sorumluluklarının farkında olmadıkları saptanmıştır. Bunun nedenleri arasında hemşirelerin mesleki ve kurumsal sorumluluklarının farkında olmamasının yanı sıra hasta haklarına yönelik güncel bilgilerinin de yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülebilir

Hemşirelerin %58.2’si kültürel yeterli hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ve geniş kapsamlı uygulanması noktasında; politika/standartların oluşturulmasında topluluklar, mesleki dernekler, özel kuruluşlar ve toplum ile çalışmak için yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerektiğini ifade ettiler (Tablo 2). Hemşireler, sosyopolitik yapı ve politika geliştirme sürecini bilmeli, sağlık bakımındaki eşitsizlikleri, sosyal ve çevresel haksızlıkları belirleyerek politika oluşturacak kurum ve farklı gruplarla çalışma yeteneğine sahip olmalıdır (Douglas ve ark. 2011). Evrensel sağlık bakım gücünün önemli bir parçasını oluşturan hemşire ve ebelerin dünyada yaklaşık 35 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Buna rağmen kritik karar verme stratejilerinde ya da sağlık için insan kaynaklarına yönelik politika geliştirmede nadiren yer alırlar (WHO 2008;8). Ülkemizde yaklaşık 130.000 hemşire bulunmasına rağmen hemşirelik derneğine yaklaşık 10.000 hemşirenin üye olduğu bilinmektedir (Demirel ve Akın 2014). Kültürel yeterli hemşirelik eğitimi, politika geliştirme amaçlarıyla 2013 yılında Kültürlerarası Hemşirelik Derneği kurulmuştur. Bu araştırmada hemşirelerin %41.5’i kültürel yeterli hemşirelik bakımı için politika ve standartların oluşturulmasında hemşirelerin sorumluluk alması gerektiğinin farkında bile olmadıkları saptanmıştır. Ülkemizde çoğunluğunu kadınların oluşturduğu hemşirelerin siyasete yeterince ilgi duymamalarına yol açan nedenler arasında, kendini güçsüz hissetme, mesleği benimsememe, eğitimsel farklılıklar ve bu farklılığın rol ve fonksiyonlara yansımaysı, mesleki çıkarlarda hemfikir olamama, toplumun kadına bakış açısı, olumsuz hemşirelik imajı, güven azlığı, atılgan olmama gibi sayılabilir (Karagöz 2004). Türkiye’de hemşireler kendileriyle ilgili karar alma noktasında yeterli olmadıkları için, kültürel yeterliliğe yönelik böyle bir farkındalığın kendilerinde oluşmamış olmasının beklendik bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin %54.2' si sağlık politikalarının hizmet sistemlerinin ve kaynaklarının hastalar üzerindeki etkilerini göz önünde bulundurmalı, hastalarını güçlendirmeli ve savunmalıdır görüşünde oldukları belirlenmiştir (Tablo 2). Hemşirelerin hastaları desteklemek ve değerlerinin zarara uğramasını engellemek için özel yeterliliklere ve becerilere ihtiyaçları vardır. (Douglas ve ark. 2011). Savunuculuk rolü sağlık çalışanlarını etik dışı davranmaktan ve yasaya aykırı olmaktan korumakta ve hastanın sağlık sistemi içinde haklarının çiğnendiği ya da önemsenmediği durumlarda savunuculuğunu yapma sorumluluğu vermektedir (Özakar 2014). Savunuculuk rolünün hem olumlu hem de olumsuz özellikleri bulunmaktadır. Birey açısından olumlu yanları; hasta değerleri, hakları, yararları hemşire aracılığıyla güçlendirilmekte ve desteklenmektedir. Bireylerin yeterince bilgilendirilmesi sağlanmakta ve yeterli sağlık hizmeti almada kararları desteklenmektedir. Savunuculuk; bireylerin yaşam kalitesini arttırmakta ve sağlık sistemi içinde güvende olmasını sağlamaktadır. Hemşire açısından olumlu yanları ise; hemşire iş doyumunu yaşamakta, ahlaki temellere uygun davrandığı için kendini daha mutlu hissetmektedir. Hasta savunuculuğunun olumsuz yanları; hemşirelerin çalıştığı kurumlardan destek alamama, iş arkadaşları ile iş ortaklığı yapmama, öz saygıyı yitirme, itibar kaybetme ve kötü iş arkadaşı olarak etiketlenme olasılığı bulunmaktadır. Hemşirelerin, doğru şeyler yaptığı için kendini suçlu hissetmesine, etik çıkmazlara ve etik ikilemler yaşamasına neden olmaktadır. Hemşirelik Etik Kuralları (Code of Ethics for Nurses) hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde hastaların sağlığı, iyilik hali, güvenliği, değer ve haklarını koruması ve savunmasının gerekliliğini vurgulamakta ve hemşirenin sağlık hizmetleri yanında diğer sosyal ve ekonomik hizmetlerin kullanımında da sosyal adalet ve eşitliği savunacağından söz edilmektedir (Demirel ve Akın 2014). Bakımın amacı, yalnızca iyileştirmek ya da hastalıktan korumak değil, bireylerin sağlık bilincini yükseltmek için inancın gücünü kullanmalarına yardım etmektir (Kostak 2007). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin Çinli hastaya bakım verirken özellikle hastaların inanç ve felsefesini göz önünde bulundurması gerektiği vurgulanmıştır (Chen 2001). Bu araştırmanın sonucuna göre iki hemşireden birisi (%45.8) hastaların savunulup güçlendirilmesinde hemşirenin rolünün olduğunu düşünmemektedir. Oysaki hastayla ilk ve yakın iletişim kuran hemşireler hastalar ile diğer sağlık çalışanları arasında bazen bir köprü bazen bir koruyucu kalkan bazen de güç iksiri olması gerektiği düşünülmektedir.

Hemşirelerin % 53.5'i sağlık bakımını oluşturulmasında çok kültürlü iş gücü sağlamak yönünde çaba harcaması gerektiğini düşünmektedir (Tablo 2). Bütün hemşireler kendilerine benzemeyen bireylere bakım vermek durumunda kalabilirler (Douglas ve ark. 2014). Sağlık profesyonelleri arasında kültürel çeşitliliği artırmak farklı kültürden işgücünü mesleğe kazandırmak için çaba sarf edilmelidir (Douglas ve ark. 2011). Çok farklı nedenlerle hemşireler kendi kültürlerinden farklı olan kültürlerde çalışmak isteyebilirler. Müslüman toplumların kültürel yapısı içerisinde hemşireliğin tercih edilen bir meslek olmaması dışarıdan hemşire getirilmesine neden olabilmektedir (Felemban ve ark. 2014). 2012 yılında güncellenen "Yabancı sağlık meslek mensuplarının Türkiye'de özel sağlık kuruluşlarında çalışma usul ve esaslarına" dair yönetmeliğe göre yabancı uyruklu hemşireler bazı prosedürleri yerine getirerek Türkiye'de çalışabilmektedirler. Hemşirelik öğrencileri Mevlana ve Erasmus

değişim programları ile yurt dışı üniversiteler ile değişim sağlayarak farklı kültürleri öğrenebilmektedirler. Aynı zamanda Farabi değişim programı ile de ülke içinde değişim sağlanabilmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre hemşirelerin %46.5'i çok kültürlü insan işgücünün gereksiniminin farkında olmadığı saptandı. Bu sonucun hemşirelerin mesleki değişim ve gelişimlerin farkında olmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin %52.8'i hemşireler farklı toplulukların kültürel açıdan yeterli bakımın sonuçlarının elde edilmesinde, bireyleri, toplumları ve sistemleri etkileme yeteneğine sahip olması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 2). Kültürlerarası liderlik öz farkındalık ve kendini yansıtmaya, kültürel farklılıklara duyarlılık ve uyum gerektirir (Douglas ve ark. 2014). Hemşireler kültürel yeterli bakım sonuçlarının elde edilmesinde birey, toplum ve sistemleri etkileme yeteneğine sahip olmalıdırlar (Douglas ve ark. 2011). Türkiye'de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre devlet ve özel sektör hastanelerinde çalışan servis sorumlu hemşirelerinin insana yönelik liderlik yönelimlerinin düşük olduğu, liderlik ve yöneticilik konusunda yeterli eğitim almadıkları ortaya konmuştur (Erkan ve Abaan 2006). Yönetici hemşirelerin liderlik davranışlarının hemşirelerin memnuniyet düzeyi üstünde olumlu bir etkisi olduğu ve çalışanların/astların/izleyenlerin liderlik süreci üzerinde önemli rol oynadığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra bu hemşirelerin yönetici hemşirelerini özellikle ekibin iyiliği için kişisel çıkarlarını arka plana atan, engellerle başa çıkmak için cesaret veren, güç problemlerle yüzleşen ve üstlenen, gurur ve güven duygusu veren, özverili, dönüştürücü olarak algıladığı ve bu liderlik yaklaşımını daha etkili bulduğu belirlenmiştir (Öztürk ve ark. 2012). Bu araştırmanın sonuçlarına göre hemşirelerin %47.2'si hemşirelerin kültürel liderlik vasıflarına sahip olması gerektiğini ifade etmiştir. Bu sonucun 2007 yılına kadar hemşireliğin sadece kadınlar tarafından yapılmış bir meslek olması ve toplumsal cinsiyet rollerinin getirdiği kısıtlamaların bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin %51.4'ü kanıta dayalı kültürel uygulamaların gerekliliğini düşünürken %48.6'sının ise düşünmediği saptanmıştır (Tablo 2). Sağlık sonuçlarında ırksal ve etnik eşitsizlikleri azaltmak için hemşire araştırmacıların önemli çalışmalar yapmaya gereksinimleri vardır (Douglas ve ark. 2011). Karakuş ve arkadaşları (2013) yaptıkları araştırmada hemşirelerin %40'ının Kültürlerarası Hemşirelik kavramıyla karşılaşmadıklarını saptamıştır. Türkiye'de Kültürlerarası Hemşirelik kavramına 2000'li yılların başına kadar hiçbir literatürde rastlanmamaktadır. Kültürlerarası Hemşirelik kavramını ele alan ilk araştırma bir derleme olup 2001 yılında yayınlanmıştır (Bekar 2001). Türkiye'de yapılan bir araştırmada hemşirelerin %88.7'si bir araştırmada yer almamış ve %70.0'i bilimsel aktivitelere katılmamıştır. Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmasında en önemli engeller; kendini uygulamaları değiştirmek için yeterli güce sahip görmeme, araştırmaları okumak için yeterli zaman bulunmaması ve hemşirelik uygulamaları için yeterli imkan olmaması olarak sıralanmıştır (Yava ve ark. 2007). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Hastanelerinde çalışan hemşirelerde yapılan araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin araştırma kullanımında algıladıkları en yüksek engel olarak belirlenen madde

“hemşirelik alanına özgü bilgilerin toplandığı merkezi bir birimin bulunmaması” (%78.1); ikinci sırada ise “araştırmanın yabancı dilde yayınlanması”dır (%74.5) engelleri olduğu belirtilmiştir (Erdoğan ve Kocaman, 2011). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin %80.6’sının hasta bakımında araştırma sonuçlarını kullandığı belirlenmiştir (Kelleci ve ark. 2008). Bireylerin kültürel özelliklerini dışlayan bir araştırma süreci başarısızlıkla sonuçlanacaktır (Bayık 2014). Kanıta dayalı uygulamaların Türkiye’de tam anlamıyla gerçekleştiğini söylemek mümkün değildir, ancak toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde kanıta dayalı sağlık politikalarının makul, tutarlı ve başarılı bir araç olduğu söylenebilir (Bayın ve Akbulut 2012).

Hemşirelerin sadece %49.3’ünün kültürel eleştirel düşünmenin farkında olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Eleştirel düşünme süreci hemşirelikte öğrencilikten başlayıp profesyonel meslek yaşamı boyunca da devam etmelidir. Eleştirel düşünme kişisel analiz süreci olup sonuçlarının bakıma yansımaları kaçınılmazdır (Douglas ve ark. 2011). Eleştirel düşünme kanıt temelli hemşirelik uygulamaları için hayati öneme sahiptir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme puanlarının düşük ya da orta düzeyde olduğu gösterilmektedir (Gürol Aslan ve ark. 2009, Dolgun ve Erdoğan 2012). Hemşirelerin genel eleştirel düzeylerinin düşük ve orta düzeyde olduğuna işaret eden araştırmalardan yola çıkarak hemşirelerin bakım verdikleri bireylerin kültürel özelliklerini düşünerek, davranışların arkasında yatan kültürel nedenleri analiz ederek bakım verme düşüncesine sahip olmaması beklendiği bir sonuç olarak yorumlanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçlarına göre hemşirelerin kültürel yeterli bakım için uygulama standartlarına yönelik %49.3-%73.2 oranları arasında olumlu, %22.5- %48.6 oranları arasında ise olumsuz bir yaklaşım içinde oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin bakımda en fazla sosyal adaleti en az ise eleştirel düşünmeyi benimsemedikleri belirlenmiştir. Çalışma sonuçları bakımın kültürel yeterliliğe sahip standartlara uygun olarak verilmesi noktasında hemşirelerin yaklaşımlarının istendik düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda mezuniyet önce ve sonrasında hemşirelere kültürel yeterlilik kazandıracak, ders, bilimsel etkinlik, hizmet içi eğitim gibi kursların hazırlanması ve uygulanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Hastalık Sürecinde Yaşadığı Deneyimler Konusunda Hasta Ve Hemşire Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing* 2011;2(2), 69-74.
- Allen J. Improving Cross-Cultural Care And Antiracism In Nursing education: a Literature Review. *Nurse Education Today* 2010;30(4), 314-20.
- Almutairi A McCarthy AL. A Multicultural Nursing Workforce And Cultural Perspectives In Saudi Arabia An Overview. *The Health* 2012;3(3):71-4. This file was downloaded from: <http://eprints.qut.edu.au/57066/>
- Arslan GG, Demir Y, Eşer İ, Khorshid L. Hemşirelerde Eleştirel Düşünme Eğilimini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi/Journal of Anatolia Nursing and Health*

- Sciences 2009;12(1):72-80.
- Ashton LM. Caring for Patients in Any Language: Does It Matter?. Nursing 2012; 42(6): 65-66.
- Atalay M., Tel H. Gelecek Yüzyılda Hemşirelikte Lisans Eğitiminin Vizyonu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;3(2):47-54.
- Aydın O. Türkiye’de Alternatif Bir Turizm Sağlık Turizmi. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2012;14 (23): 91-96.
- Başalan İz F, Bayık Temel A. Hemşirelikte Kültürel Yeterlik. Aile ve Toplum 2009; 5(17):51-8.
- Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarına Kültürel Yeterli Yaklaşım. Sevig Ü, Tanrıverdi G, Editörler. Kültürlerarası Hemşirelik. İkinci Baskı. İstanbul: Akademi Yayın;2014:451-82.
- Bayın G, Akbulut Y. Kanıtı Dayalı Yaklaşım ve Sağlık Politikası Evidence-Based Approach And Health Policy 2012;1(2):115-132.
- Bayrak Kahraman B, Bostanoğlu H. İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(4): 236-243.
- Bekar M. Kültürlerarası (Transkültürel) Hemşirelik. Toplum ve Hekim 2001;16(2):136-141.
- Beşer A, Kıssal A. Critical Thinking Dispositions and Problem Solving Skills Among Nursing Students. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009;2(3), 88-94.
- Brathwaite AC, Majumdar B. Evaluation of a Cultural Competence Educational Programme. Journal of Advanced Nursing 2006; 53(4):470-79.
- Chen YC. Chinese Values, Health And Nursing. Journal of Advanced Nursing 2001;36(2):270-3.
- Clingerman E. Social Justice a Framework for Culturally Competent Care. Journal of Transcultural Nursing 2011; 22(4):334-41.
- Demirel T, Akın B. Sağlıkla İlişkili Olarak Sosyal Adalet, Eşitlik ve Hemşirelik. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E Dergisi 2014; 7(3):238-245.
- Diyanet İşleri Başkanlığı (DİB). Türkiye’de Dini Hayat Araştırması. Ankara. 2014. 6 Ocak 2015’te alınmıştır. <http://www2.diyanet.gov.tr/StratejiGelistirme/Afisanlanlari/dinihayat.pdf>
- Dolgun G, Erdoğan S. Hemşirelikte Yaratıcılık Eleştirel Düşünme ve Bulguların Yorumlanması. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2012;15(3): 223-227.
- Douglas MK, Rosenkoetter M, Pacquiao DF ve ark. (5 January 2014). Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care. Journal of Transcultural Nursing, DOI: 10.1177/1043659614520998.
- Douglas M K, Pierce JU, Rosenkoetter M ve ark. Standards of Practice For Culturally Competent Nursing Care: 2011 update. Journal of Transcultural Nursing 2011;22(4): 317-33.
- Erdoğan V, Kocaman G. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Hastaneleri’nde Çalışan Hemşirelerin Araştırma Kullanım Engelleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011;19(1):29-36.
- Erkan E, Abaan S. Devlete ve Özel Sektöre Bağlı Hastanelerde Çalışan Servis Sorumlu Hemşirelerinin İşe Ve İnsana Yönelik Liderlik Yönelimlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2006;13(1):1-13.
- Fahrenwald NL, Bassett SD, Tschetter L ve ark. Teaching Core Nursing Values. Journal of Professional Nursing 2005; 21(1): 46-51.

- Felemban E, O'Connor M, McKenna L. Cultural view of Nursing in Saudi Arabia. *Middle East Journal of Nursing* 2014;8(4):8-14.
- Giger J, Davidhizar RE, Purnell L ve ark. American Academy of Nursing Expert Panel Report Developing Cultural Competence To Eliminate Health Disparities In Ethnic Minorities And Other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing* 2007;18(2):95-102.
- Hotun Şahin N, Onat Bayram G, Demet Avcı D. Kültürlere Duyarlı Yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik. *HEAD* 2009; 6(1): 2-7.
- Jirwe M, Gerrish K, Emami A. Student nurses' Experiences Of Communication in Cross-cultural Care Encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010;24(3):436-44.
- Karagöz S. Hemşirelerin Politik Gücü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004;8:30-36.
- Karakuş Z, Babadağ B, Abay A ve ark., Nurses' Views Related to Transcultural Nursing in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2013;6(2), 201-7.
- Kelleci M, Gölbaşı Z, Yılmaz M ve ark. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Araştırma Yapma Ve Araştırma Sonuçlarını Bakımda Kullanma İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. *HEMARGE* 2008;2:3-16.
- Kemal Gözler. *Türk Anayasa Hukuku*, Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları, 2000.180-189. 4 Ocak 2015'de alınmıştır www.anayasa.gen.tr/esitlik.htm
- Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve Ebelerin Maneviyat Ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi (Sempozyum Özel Sayısı)* 2010; 218-225.
- Kostak MA. Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(6):105-15.
- Leininger M. (2002). Culture care theory: A Major Contribution To Advance Transcultural Nursing Knowledge And Practices. *Journal of Transcultural Nursing* 2002;13(3):189-92.
- Leininger M. What is Transcultural Nursing And Culturally Competent Care? *Journal of Transcultural Nursing* 1999;10(1): 9-9.
- Leininger M. *Transcultural Nursing Care in the Community*. Community Health Nursing. Karen Saucier Lundy, Sharyn Janes Editor. Jones and Bartlett Publishers, 2009: 228-245.
- Okuroğlu GK, Bahçecik N, Alpar ŞE. Felsefe ve Hemşirelik Etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi* 2014; (1):53-61.
- Önder AT. *Türkiye'nin Etnik Yapısı*. Ankara: Fark Yayınları;2007
- Özakar S. Çocuk Hemşiresinin Savunucu Rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2014; 21(3): 213-18.
- Özsarı SH, Karatana Ö. SağlıkTturizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. *Kartal Eğitim ve Arastirma Hastanesi Tıp Dergisi* 2013;24(2):136-44.
- Öztürk H, Bahçecik N, Gürdoğan EP. Hastanelere Göre Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012;20(1): 17-25.
- Profetto-McGrath J. Critical Thinking And Evidence-Based Practice. *Journal of Professional Nursing* 2005;21(6):364-71.
- Tanriverdi G, Ünüvar R, Yalçın M ve ark. Çanakkale'de Yaşayan Romanların Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli İle Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;15(4):244-53.

- Bayık Temel A. Kültürlerarası (Çok Kültürlü) Hemşirelik Eğitimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008;11(2):92-101.
- Seviğ Ü, Tanrıverdi G. Kültürlerarası Hemşirelik Ve Tarihsel Gelişimi. İçinde. *Kültürlerarası Hemşirelik. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, Editör. 2. Baskı. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.163-76.*
- Starr S, Wallace DC. Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern US Public Health Department. *Public Health Nursing* 2009; 26(1):48-57.
- Sobel LL, Sawin EM. Guiding the Process of Culturally Competent Care With Hispanic Patients A Grounded Theory Study. *Journal of Transcultural Nursing*, DOI: 1043659614558452. 13 Mart 2015'te alındı. <http://tcn.sagepub.com/content/early/2014/11/18/1043659614558452.full.pdf+html>
- Tanrıverdi G, Bayat M, Seviğ U ve ark. Evaluation of the effect of cultural characteristics on use of health care services using the 'Giger and Davidhizar's transcultural assessment model: a sample from a village in eastern Turkey. *DEUHYO ED* 2011;4(1): 19-24.
- Tanrıverdi G, Okanlı A., Şıpkın S ve ark. (2010). The Evaluation of the Cultural Differences Experienced By Nursing And Midwifery Students in Nursing. *DEUHYO ED* 2010; 3(3):117-22.
- Tanrıverdi G, Bayat M, Seviğ Ü, Birkök C. Hemşirelik Bakımında Kültürel Özellikleri Tanılama Rehberi. *ÜİBD* 2009;6(1): 793-806.
- Tanrıverdi G, Sivrikaya SK, Çetin H. Transcultural Nursing in Turkey's Bachelor's of Science Nursing Curricula. *International Journal of Human Sciences* 2009;6(1): 203-214.
- Taşçı Duran E, Okçay H. Etnik iletişim Kadın Sağlığını Nasıl Etkiliyor? Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi 2012;(25):251-7.
- Topakkaya A. Bir Söylem Olarak Sosyal Adalet kavramı, Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2006;1(2):97-111.
- Tortumluoğlu G. Transkültürel Hemşirelik ve Kültürel Bakım Modelleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;8(2):47-57.
- Tortumluoğlu G, Okanlı A, Ozyazıcıoğlu N ve ark. Defining Cultural Diversities Experienced in Patient Care By Nursing Students in Eastern Turkey. *Nurse Education Today* 2006;26,169-75.
- Van Bommel M. (2011). Expatriate non-Muslim nurses' experiences of working in a cardiac intensive care unit in Saudi Arabia (Doctoral Dissertation).page:109-110.
- Yava A, Tosun N, Çiçek H ve ark. Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007;49(2): 72-80.
- World Health Organization. Global standards for The Initial Education Of Professional Nurses And Midwives. 2 January 2015'de alınmıştır. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44100>
- Zengingönül O, Emeç H, İyilikçi DE ve ark. Sağlık turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme. İstanbul Kalkınma Ajansı. 6 Ocak 2015'de alınmıştır. http://www.ekonomistler.org.tr/wpcontent/uploads/2012/04/saglik_turizmi_rapor.pdf

KRONİK OBSTRİKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) OLAN BİREYLERİN FONKSİYONEL DURUMLARININ İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DİEASE (COPD)

Prof. Dr. Asiye AKYOL* **Uzman Hemşire Behtiye DİNDAR****

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

**Ege Üniversitesi Tıp Fak.Göğüs Hastalıkları Kliniği Başhemşiresi

Bu çalışma, İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi 13-16 Ekim 2011' de Antalya'da Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Giriş: Tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan KOAH morbidite ve mortalitesi yüksek bir akciğer hastalığıdır

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, KOAH'lı bireylerde fonksiyonel durum modeli eşliğinde hastaların fonksiyonel durumlarını belirlemek ve fonksiyonel durumlarını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma, bir Üniversitenin Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları 20 Nisan -20 Haziran 2011 tarihleri arasında KOAH polikliniğine kontrole gelen KOAH'lı bireyler (n:51) ile yürütüldü. Araştırmanın verileri hasta bilgi formu ve St.George Solunum Hastalıkları Anketi, Bazal Dispne İndeksi, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği,Fonksiyonel Performans Envanteri, Görsel Kıyaslama Ölçeği, 6 dk.yürüme testi ve yorgunluk şiddeti skalası ile toplandı.

Bulgular: KOAH'lı bireylerin total fonksiyonel performans puanı:2,70± 0,50 ile çok zorlanarak yapabildiği, orta düzeyde dispne yaşadıkları ($x:6.02\pm 1.86$) O₂ saturasyonlarının 92.71±13.5,yorgunluk düzeylerinin 4.26±3.8 olduğu saptandı. Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, KOAH'lı bireylerin fonksiyonel durumlarının yaş, dispne, yorgunluk, hastalık şiddeti, depresyon ve sağlık algılamasından etkilendiği saptandı. Çoklu regresyon analizinde, yaşın fonksiyonel performans üzerinde en güçlü belirleyici olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Dispne ve yorgunluğun birbiri ile ilişkili, dispnenin fonksiyonel performansı negatif yönde etkilediği,yorgunluğun ise etkili olmadığı, saptandı.

Anahtar Sözcükler: KOAH, fonksiyonel durum, fonksiyonel performans, fonksiyonel kapasite.

ABSTRACT

Objective: COPD is a high morbidity and mortality of lung disease which is a major public health problem all over the world and our country.

Material and Method: In this research, to determine the functional status of patients with COPD individuals accompanied by model of functional status and functional status effects to determine the factors of individuals with COPD is a descriptive study. Research, patients with COPD were regularly followed up at the outpatients among April 20- June 20 2011 at University Faculty of Medicine Chest diseases is carried out. Patient data form, St George Respiratory Questionnaire, Basal Dyspnea Index, The Hospital Anxiety and Depression Scale, Functional Performance Inventory, Visual Analogue Scale, 6-minute walking test, Fatigue Severity Scale were used in order to collect the data.

Results: Functional performance in individuals with COPD the total score: 2.70 ± 0.50 and can do so forced, their moderate dyspnea ($x: 6.02 \pm 1.86$) O_2 saturation level $92.71 \pm 13.5 \pm 3.8$ in fatigue levels were found to be 4.26 ± 3.8 . In evaluation of the research results showed that functional status of patients with COPD was influenced by age, dyspnea, fatigue, disease severity, depression, anxiety and health perception. In multiple regression analysis, it was determined on the age of the strongest predictors of functional performance.

Conclusion: Dyspnea and fatigue associated with each other, negatively affect the functional performance of dyspnea, fatigue is not effective, respectively.

Keywords: COPD, functional status, functional performance, functional capacity

GİRİŞ

KOAH, akciğer fonksiyonlarının geriye dönüşümsüz kayb olduğu yavaş, ilerleyici kronik bir hastalıktır (Theander ve ark.2008). Tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan KOAH morbidite ve mortalitesi yüksek bir akciğer hastalığıdır (Özalevli ve ark. 2004; Ravary ve ark. 2009; Skumlien ve ark.2006; Victorson ve ark. 2009). Dünya’da 600 milyon, Türkiye’de 2,5-3 milyon KOAH’lı hasta bulunmaktadır. Tüm yaş gruplarında KOAH prevalansı erkeklerde binde 9, 34, kadınlarda ise binde 7,33’dür (Özkan ve ark.2007;GOLD 2007). KOAH dünya genelinde ölüme neden olan hastalıklar arasında 4-5.sırada ülkemizde ise 3.sırada yer almaktadır (Akıncı 2008;GOLD 2007). KOAH prevalansının,2020 yılında ölüme yol açan hastalıklar arasında 3.sırada yer alacağı öngörülmektedir (GOLD 2007,2013).

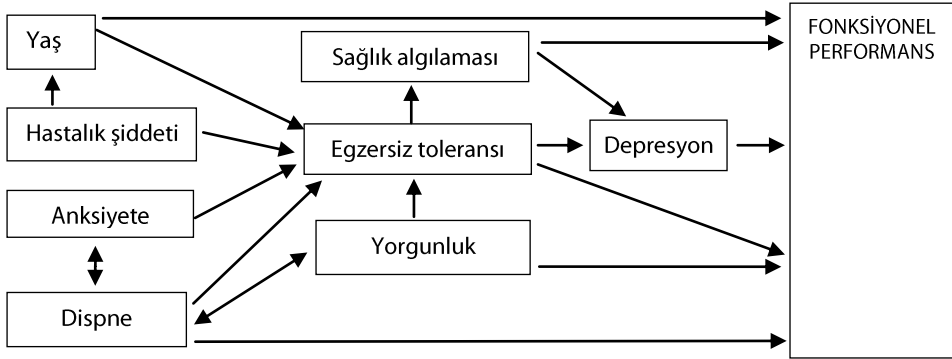
KOAH’ın gelişiminde en önemli risk faktörleri sigara içimi, yaş, cinsiyet, çevresel ve mesleki maruz kalınan tozlar/gazlar ve α -1 antitripsin eksikliğidir (Akıncı 2008;GOLD 2007). KOAH’ta ortaya çıkan semptomların başında öksürük, balgam çıkarma ve egzersiz dispnesi gelmektedir (Akıncı 2008;GOLD 2007). KOAH’ta tanı; risk faktörleri ile yanında dispne, öksürük ve balgam şikayetlerinin olması ve havayolu obstrüksiyonunun spirometri ile gösterilmesi ($FEV_1/FVC < 0.70$) sonucunda konur (Akıncı 2008; Down 2007). KOAH farklı sınıflandırma sistemlerine göre riskli, hafif, ağır ve çok ağır şeklinde evrelendirilmektedir (Down 2007,GOLD 2013).

KOAH’lılarda tedavi ve bakımın amaçları; hastalığın ilerlemesini önlemek, semptomları azaltmak, tekrarlayan akut atakları önlemek ve /veya tedavi etmek, uzun süreli olarak solunum fonksiyonlarını korumak ve fonksiyonlardaki düşüşü engellemek, egzersiz kapasitesini arttırmak, komplikasyonları azaltmak, sağlık durumlarını ve yaşam kalitesini koruyup yükseltmek ve mortaliteyi azaltmaktır (Akıncı 2008; GOLD 2007). Bu amaçlara yönelik olarak KOAH’lı bireylerde tedavi

sigarayı bıraktırma, farmakoloji, non-farmakolojik ve cerrahi tedavi aşamaları ile yürütülmektedir (Akıncı 2008;GOLD 2013).

KOAH'lı bireylerde özellikle ileri derecede olanlarda öksürük, dispne, yorgunluk gibi semptomlar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme sırasında sınırlılık yaşmalarına ve zorlanılan aktiviteleri yavaş yavaş bırakmalarına neden olmaktadır (Trendall 2000;Woo 2000;Reishtein 2005).KOAH'ın neden olduğu sınırlılıklar ilerleyen dönemlerde fiziksel bozukluk, sosyal izolasyon, bağımsızlık kaybı, anksiyete ve depresyon gibi çeşitli problemlere neden olabilir. Fiziksel ve psikolojik durumlardaki bu değişimler dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Woo 2000;Theander &Unosson 2004).

KOAH'lı bireylerin fonksiyonel durumlarında bozulma yavaş yavaş yaşanır. Fonksiyonel durum; fonksiyonel performans, fonksiyonel kapasite, fonksiyonel rezerv ve yararlılık olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır (Özkan ve ark.2007;Yeh ve ark.2004).Fonksiyonel durumun bir alt elementi olan fonksiyonel performans; bireylerin normal günlük yaşamları, özbakım aktiviteleri ile ilgilidir. Fonksiyonel kapasite hastalıkla ilişkili psikolojik ve fizyolojik kapasitenin sonuç parametreleri ile değerlendirilmektedir (Özkan ve ark.2007; Yeh ve ark.2004). KOAH'lı bireylerde fonksiyonel durumu belirlemede model kullanımının yararlı ve etkili olduğu belirtilmektedir. Fonksiyonel durumun değerlendirildiği bu modelde yaş ve hastalık şiddeti ekzojen değişken; dispne, egzersiz toleransı, yorgunluk, depresyon, anksiyete, sağlık algılaması ve fonksiyonel durum endojen değişken olarak ele alınmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1: KOAH'lı Bireylerde Fonksiyonel Durum Değerlendirme Modeli

(Kaynak: Yeh M.,Chen H., Liao Y., Liao W. Testing the functional status model in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Adv Nurs 2004;48,4:342-350.)

Yeh ve ark belirttiğine göre (2004) konu ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda, fonksiyonel durum üzerine yaş (Anderson 1995;Weaver ve ark.1997), pulmoner fonksiyon (Mahler ve ark 1992;Anderson 1995), hastalık şiddeti (Graydon &Ross 1995), dispne (Moody ve ark.1990;Weaver ve ark.1997), yorgunluk (Moody ve ark 1990),

egzersiz toleransı (Weaver ve ark.1997), depresyon, anksiyetenin (Graydon & Ross 1995) etkili olduğu saptanmıştır.

Yeh ve ark (2004) fonksiyonel durum modelini kullanarak yaptıkları çalışmalarında; endojen ve ekzojen değişkenlerin fonksiyonel durum üzerine önemli etkileri olduğunu saptamıştır. Bu değişkenler arasında egzersiz toleransının en yüksek etki düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir.

Bu araştırma, KOAH'lı bireylerde fonksiyonel durum modeli eşliğinde hastaların fonksiyonel durumlarını belirlemek ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, bir üniversite hastanesinin KOAH polikliniğine 20 Nisan -20 Haziran 2011 tarihleri arasında kontrole gelen KOAH'lı bireyler ile yürütüldü. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul ve kurumdan yazılı izin, hastalardan yazılı onay alındı.

Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Nisan –Haziran 2011 tarihleri arasında (sadece Salı günleri yapılan) KOAH polikliniğine başvuran 75 hasta, örneklem grubunu ise belirlenen tarihlerde gelen ve araştırmanın sınırlılıklarına uyan n:51 hasta oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n:10), nöromüsküler problemi ,depresyon (n:2), uyku apnesi yada narkolepsisi, immun sistem hastalığı/yetmezliği (n:2) ve malinitesi, KOAH dışında solunum hastalığı tanısı alanlar/eşlik edenler (n:5), bağımsız hareket edemeyenler (n:5), 80 yaş üzeri olanlar alınmadı.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 25 soru içeren sosyodemografik bilgiler ve St.George Solunum Hastalıkları Anketi, Bazal Dispne İndeksi, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Fonksiyonel Performans Envanteri, Görsel Kıyaslama Ölçeği, 6 dk.yürüme testi ve yorgunluk şiddeti skalası ile toplandı.

Sağlık Algılaması

Sağlığın algılanmasını değerlendirmek amacıyla; PW Jones ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Durna & Özcan (1999) tarafından yapılmış St George solunum hastalıkları anketi (SGRQ) kullanıldı. SGRQ' nun yazarlarından kullanım izni alındı. SGRQ kişinin kendisi tarafından doldurulan ve cevaplama süresi ortalama 15-20 dakika süren 76 maddelik hastalığa spesifik bir yaşam kalitesi anketidir. SGRQ hastalık ile ilgili semptomlar, semptomlar nedeniyle kısıtlanan aktiviteler ve hastalığın günlük yaşama etkisi olmak üzere üç alt boyutta değerlendirilmektedir.İncelenen semptomlar arasında öksürük, balgam, wheezing ve nefes darlığı yer alır.Değerlendirme sonucunda elde edilen puan 0 (mükemmel sağlık) 100 (olası en kötü durum) arasında değişir ve toplamda 4 puanlık bir değişiklik anlamlı tedavi yanıtı anlamına gelir (Durna&Özcan 2003;Akıncı 2008).

Semptom grubu: Bölüm 1'deki bütün soruları içerir.1-8 arasındaki soruların ağırlıklı puanları toplanır. Ölçeğin #1.ve #7. sorularına tek bir yanıt istendiği not edilmelidir. Eğer bir soruya birden fazla yanıt verilmişse, o soruya verilen olumlu yanıtların ağırlıklı puan ortalaması kabul edilir.

Aktivite grubu: Bölüm 2'deki 2. ve 6. kısımlara olan olumlu yanıtların ağırlıklı puanları toplanarak hesaplanır.

Etki grubu: Bölüm 2'deki 1; 3; 4; 5 ve 7. kısımların olumlu yanıtları toplanarak hesaplanır. Yine kısım 1 'de 7.kısımın sonunda tek bir yanıt istendiği not edilmelidir.

Toplam puan: Toplam puan ölçekteki tüm olumlu yanıtların toplanmasıyla hesaplanır ve sonuç ölçekteki bütün maddelerin ağırlıklı puanların yüzdesi olarak ifade edilir.

Dispne

Dispne durumunu değerlendirmek amacıyla bazal dispne indeksi (BDI) kullanıldı. BDI Mahler ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları farklı araştırmacılar tarafından yapılmıştır (Durna & Özcan 2003; Çil &Pınar 2006; Akıncı 2008; Özalevli ve ark.2008).BDI aktivite nedeniyle oluşan dispneyi ölçmek için kullanılır. İndeks; fonksiyonel durum (günlük yaşam aktivitelerini yapma düzeyi), efor kapasitesi (aktiviteleri gerçekleştirmeyi sağlayan zorlu eforlar) ve iş kapasitesi olmak üzere üç farklı alanda ölçüm yapmaktadır. Her alana 0 (çok şiddetli bozukluk olması) ile 4 (hiç bozukluk olmaması) arasında puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. Toplam ölçek puanı 0-12 arasında değişmekte olup alınan puan azaldıkça dispne şiddeti artmaktadır (Durna&Özcan 2003; Çil &Pınar2006;Akıncı 2008;Özalevli ve ark2008).

Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ): Ölçek bir kağıda horizontal veya vertikal çizilmiş 100 mm uzunluğunda bir çizgiden oluşur. Başlangıç noktası 0 hiç dispne olmadığını,100 noktası çok şiddetli dispne olduğunu gösterir. Dispne derecesi vertikal skalanın başlangıç noktasından hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafe ölçülerek belirlenir. Bu ölçek 6 dk.yürüme testi sırasında dispneyi değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Akıncı 2008;Çil &Pınar2006).

Anksiyete -Depresyon

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) anketi Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş ve ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış ve kullanım izni yazardan alınmıştır. Ölçek bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak için hazırlanmıştır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ölçekte toplam 14 soru bulunmakta olup 7 soru anksiyete, 7 soru ise depresyonu değerlendirmektedir. Ölçekteki ifadeler 4 'lü Likert biçiminde ve 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekteki her bir maddenin değerlendirilmesi değişiklik göstermektedir; 1,3,5,6,8,10,11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puan 3,2,1,0 şeklinde iken 2,4,7,9,12 ve 14 .maddeler ise 0,1,2,3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1,3,5,7,11,13 maddeleri

toplanırken;depresyon alt ölçeği için 2,4,6,8,10,12 ve 14 maddelerin puanları toplanır.HAD Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10,depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur.Bu puanların üzerinde puan elde eden hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir (Aydemir 1997).

Fonksiyonel Performans

Fonksiyonel Performans Ölçeği (Functional Performance Inventory); Nancy K. Leidy tarafından 1994 yılında fonksiyonel durumunun analitik yapısı ile oluşturduğu kronik fiziksel hastalıklı bireylerin fonksiyonel performanslarını kendi kendine bildirerek göstermesi için düzenlenmiştir. Bu kavramsal yapıya göre fonksiyonel performans normal yaşam süreçleri içinde bireylerin temel gereksinimlerini karşılama, tam olarak rollerini yerine getirebilme ve iyilik halini sürdürme gibi günlük fiziksel aktiviteler olarak tanımlanır. Bu aktiviteler bireyin seçimi dışında ve kapasiteyle sınırlıdır. Fonksiyonel kapasitenin elementleri ve düşük rezerv göstergeleri olan belirtiler performans ölçeğinde yer almamıştır. KOAH hastalarına özel olduğu için ölçeğin bu grupta kullanılması bildirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları; Özkan ve ark (2007) tarafından yapılmış ve kullanım izni yazardan alınmıştır (Özkan ve ark.2007).

Ölçek; 65 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; Vücut bakımı (9 madde);ev işlerini sürdürme (20 madde);fiziksel egzersiz (7 madde);eğlence ve hobiler (11 madde);manevi aktiviteler (5 madde);Sosyal etkileşim (14 madde). Her bir aktivite 4 noktada puanlanır. Cevapların puanlanması şu şekildedir: "hastalık nedeniyle ya da tercih etmediğim için yapamam" ise 0 puan, "çok zorlanarak yaparım" 1 puan, "biraz zorlanarak yaparım" 2 puan, "çok kolaylıkla yaparım" 3 puan verilerek değerlendirilir. Alt boyut puanları o alt boyutta yer alan tüm maddelerin puanının toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Toplam fonksiyonel performans puanı ise maddelerin toplanıp toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilir.

Egzersiz Toleransı

6 dakika yürüme testi fonksiyonel kapasitenin ve egzersiz toleransının değerlendirilmesinde yaygın ve ülkemizde de bu amaçla kullanılan bir değerlendirme aracıdır (Akıncı 2008). Yürüme için en az 30 m uzunluğunda bir alan sağlanmıştır Uygulama öncesi hastaya testin amacı anlatılmış ve belirlenen iki nokta arasında kendi belirlediği hızda mümkün olduğunca çok yürümesi gerektiği ihtiyaç olduğunda durup dinlenebileceği söylenmiştir. Yürüyüş sırasında oksijen satürasyonu takip edilmiştir. Test sonunda yürüme mesafesi, hastanın dispne düzeyi (VAS dispne skalası kullanılarak) ve yürümeyi kısıtlayan semptomlar (dispne,bacak ağrısı v.b) sorgulanmıştır. Test sonunda test süresince yürünen mesafenin metre olarak ölçülmesi ile hesaplanmıştır.

Yorgunluk

Yorgunluk düzeylerinin değerlendirilmesinde Yorgunluk Şiddet Skalası'nın (Fatigue Severity Scale, FSS) Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları; Armutlu ve ark.2007 tarafından yapılmış ve kullanım izni

yazardan alınmıştır (Armutlu ve ark.2007). Bu skala yorgunluk şiddetini 9 soru ile değerlendirir. Her bir soru 1 (hiç katılmıyorum)-7 (tamamıyla katılıyorum) arasında skorlanır. FSS skoru dokuz bölümün ortalama değeridir. Yüksek skor artmış yorgunluk şiddetini gösterir.

Hastalık şiddeti

Hastalık şiddetinin düzeyinin belirlenmesinde oksijen satürasyonu (SpO₂) değerleri kullanılmıştır. SpO₂ oda havasında pulseoksimetri ile ölçülmüştür (Nellcor-n-560,ABD). Ayaktan polikliniğe gelen hastalarda FEV1 değerleri rutin bakılmadığı için SpO₂ değerleri kullanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirmede “SPSS 15,0 for Windows” paket programı kullanılmıştır. Veriler aritmetik ortalama±standart sapma değerleri, sayı ve yüzde değerleri ile Mann Whitney U testi, ki kare testi ve spearman korelasyon analizleriyle değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen bağımlı değişkenlerin karşılaştırmasında Mann -Whitney testi kullanılmıştır. İki değişken arasında ilişkinin yönünü ve şiddetini belirlemede Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Fonksiyonel performans üzerine etkili olduğu varsayılan yaş, yürüme mesafesi, yaşam kalitesi, dispne, hastalık şiddeti gibi faktörleri test etmek için çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p değeri <0.05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR VE YORUM

KOAH'lı bireylerin %9,8'inin kadın, % 90.2'sinin erkek, % 41.2 'si 45-64yaş grubunda ve yaş ortalamasının 67.25± 9,62 olduğu % 82.4'ünün evli, % 64.7'sinin ilköğretim mezunu, % 43.2'sinin 0-5 yıldır KOAH tanısı aldığı ,% 45.1'inde bir kronik hastalık olduğu (Kardiyovaskler sistem KVS hastalığı (%45.1), endokrin sistem (%9.8), üriner sistem (%3.9),kas-iskelet sistemi (%2),% 39.2'sinin en az bir ilaç kullandığı (KVS ,endokrin sisteme yönelik ilaçlar,analjezikler) saptanmıştır. KOAH'lı bireylerin % 3.9'u 1.5 pk , % 5.9'u 0.5 pk sigara kullanmaktadır (ort.paket/yıl: 0.9 pk/ 36.5 yıl). KOAH sonrası sigarayı bırakma yılı ort: 20.49 yıl (17.81 ±58) olduğu saptanmıştır.

Tablo 1.Hastaların Fonksiyonel Durum Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı (n:51)

		Ort	SD	Min-Max
Fonksiyonel performans envanteri	Vücut bakımı	2.39	0.77	0-3
	Ev işleri	1,13	1.03	0-2.14
	Fiziksel egzersiz	0.58	0.57	0-3
	Eğlence hobi	1.17	0.70	0-3
	Manevi	1.43	1.00	0-3
	Sosyal	1.25	0.79	0-3
Fiziksel kapasite	BDI	6.02	3.86	0-11
	Egzersiz toleransı	28.63	18.66	0-80
	YŞS	4.26	3.84	5-19
	Yaş	67.25	9.62	43-80
	Oksijen satürasyonu	92.71	13.56	0-99
Psikolojik Fonk kapasite	HAD_Ank	10.55	3.43	4-17
	HAD-Depr	10.84	3.84	5-19
	Sağlığı algılama	61.83	28.31	10.84-97.57

KOAH'lı bireylerin fonksiyonel performans düzeyleri incelendiğinde toplam performans puanı: $2,70 \pm 0,50$ ile çok zorlanarak yapabildikleri saptanmıştır. Hastaların fonksiyonel performansa bağlı günlük gereksinimlerini sürdürmede vücut bakımını ($2,39 \pm 0,77$ ile) çok zorlanarak, ev işlerini sürdürmeyi ($1,13 \pm 1,03$ puanı ile) biraz zorlanarak, fiziksel egzersizi sürdürmeyi (X: $0,58 \pm 0,57$ puanı ile) kolaylıkla, eğlence-hobileri (x: $1,17 \pm 0,70$ puanı ile) kolaylıkla, manevi aktiviteleri sürdürmede (x: $1,43 \pm 1,00$ puanı ile) biraz zorlanarak, sosyal etkileşimi sürdürmeyi (x: $1,25 \pm 0,79$) biraz zorlanarak yapabildiği saptanmıştır (Tablo 1).

Fiziksel kapasite değerlendirmesi; bazal dispne indeksi, egzersiz toleransı, yorgunluk şiddeti skalası, oksijen satürasyonu ve yaş değerlendirmesi ile yapılmıştır. Hastaların BDI puanları değerlendirildiğinde orta düzeyde dispne yaşadıkları (x: $6,02 \pm 1,86$), egzersiz toleransının $28,63 \pm 18,66$ O₂ satürasyonlarının $92,71 \pm 13,5$, yorgunluk düzeylerinin $4,26 \pm 3,8$ olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

KOAH'lı bireylerin anksiyete ve depresyon durumlarını değerlendirmede incelenen HAD-A puan ortalamasının ($10,55 \pm 3,43$) orta düzey anksiyete değerleri içerisinde yer alırken, HAD-D puan ortalamasının ($10,84 \pm 3,84$) kesme puanın üzerinde olması nedeniyle riskli grupta yer aldıkları saptanmıştır. Hastaların sağlığı algılamalarının orta düzeyde ($61,83 \pm 28,31$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların Fonksiyonel Durum ve Değişkenleri Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-FPE	1.000								
2-Yaş	.61**	1.000							
3-BDI	.83**	-.51**	1.000						
4-Hast Şiddeti	-.44**	-.52**	.82**	1.000					
5-GKÖ	-.693**	.40**	.67**	-.71**	1.000				
6-HAD-A	-.506**	.22	-.65**	-.53**	.63**	1.000			
7-HAD-D	-.706**	.46**	-.81**	-.71**	.35*	.63**	1.000		
8-YK	-.867**	.61**	-.91**	-.86**	.76**	.66**	.77**	1.000	
9-YŞS	-.33*	.20	-.40**	-.35*	.40***	.35*	.41***	.36*	1.000

**p<0.000,*p<0,01,p<0.05

KOAH'lı bireylerin fonksiyonel durum ve değişkenleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; FPE puanı ile yaş arasında pozitif, HAD-A arasında negatif iyi ilişki, FPE ile BDI puanı arasında pozitif iyi ilişki, FPE ile HAD-D ve YK puanı arasında negatif iyi ilişki, FPE ile hastalık şiddeti ve YŞS puanı arasında negatif orta derecede bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Olan Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının İncelenmesi

Tablo 3: Hastaların Fonksiyonel Durumlarının Bağımsız Değişkenlerle Olan İlişkisi

	Sayı	FPE		BDI		HAD-A		HAD-D		GKÖ		YSS		YK	
		Ort.Sd	W p	Ort.Sd	W p	Ort.Sd	W p	Ort.Sd	W p	Ort.Sd	W p	Ort.Sd	W p	Ort.Sd	W p
Cinsiyet															
Kadın	5	2.2±1.3	1178.0	7.0±5.5	1175.0	12.0±2.5	1164.5	12.4±4.8	1165.0	26.0±10	106.0	5.0±1.2	1139.5	50.3±36.2	101.0
Erkek	46	2.4±0.7	>0.05	5.9±3.7	>0.05	10.4±3.5	>0.05	10.7±3.7	>0.05	28.9±18	>0.05	4.2±1.1	>0.05	63.1±27.5	>0.05
Yaş Grubu															
45-64	21	1.7±0.6		7.4±3.4		9.9±3.3		9.6±3.7		23.3±16.2		4.0±0.8		47.5±27.4	
65-74	16	1.3±0.5	19.88	7.0±3.7	12.23	10.4±2.9	1.97	9.6±2.9	12.6	25.0±13.2	6.8	3.9±0.6	2.2	60.1±26.1	16.9
75 ve üzeri	14	0.6±0.4	<0.000	2.9±2.8	<0.05	11.6±4.0	>0.05	14.0±3.1	<0.05	40.7±22.7	<0.05	4.9±1.6	>0.05	85.3±14.6	<0.000
Medeni durum															
Evlü	42	2.52±0.6	205.0	6.4±3.6	178.0	10.3±3.2	1036.0	10.2±3.4	1003	25.0±14.4	1007	3.9±0.5	943.0	60.3±26.5	1040
Bekar	9	1.76±1.1	>0.05	4.3±4.8	>0.05	11.8±4.2	>0.05	13.9±4.5	<0.05	45.6±27	<0.05	6.0±1.5	<0.000	68.9±36.6	>0.05
Öğr durumu															
İlköğretim	33	2.2±0.8	687.5	5.2±3.7	754.0	10.8±3.2	433.0	11.3±4.1	397.5	31.5±19.8	391.5	4.6±1.2	441.5	69.2±26.2	340.0
Ortaöğretim	18	2.7±0.6	<0.01	7.6±3.7	<0.05	10.0±3.8	>0.05	9.8±3.1	>0.05	23.3±15.7	>0.05	4.1±0.9	>0.05	48.3±27.6	<0.05
Kr.hast															
Hast yok	21	2.6±0.6		7.24±3.3		9.7±3.0	χ ² :2.38	9.6±2.7		26.1±16.9		4.02±0.6		55.9±28.8	χ ² :2.8
1 kronik	23	2.2±0.9	1.04	5.0±3.8	5.03	11.1±3.6	>0.05	11.6±4.2	χ ² :2.7	30.9±19.7	χ ² :0.4	4.5±1.3	χ ² :1.4	66.7±27.0	>0.05
2 ve üzeri	7	2.3±0.7	>0.05	5.6±4.8	>0.05	11.1±4.1		12.1±4.9	>0.05	28.6±21.9	>0.05	4.1±1.4	>0.05	63.8±32.0	
O₂ sat															
0-94	23	1.8±0.8	357.5	2.9±2.1	335.0	11.9±3.2	597.0	13.5±3.5	496.5	40.0±18.8	518.5	4.7±1.4	661.0	85.2±14.6	447.0
95-üzere	28	2.9±0.4	<0.000	8.6±2.9	<0.000	9.5±3.3	<0.05	8.6±2.5	<0.000	19.3±12.5	<0.000	3.9±0.6	>0.05	42.7±21.6	<0.000
Solumun															
0-18	33	2.7±0.5	357.5	7.3±3.5	301.5	9.9±3.5	776.5	9.1±2.9	656.5	22.7±14.6	709.0	3.9±0.8	766.5	51.6±27.6	675.5
19 ve üzeri	18	1.8±0.9	0.000	3.6±3.4	<0.05	11.7±3.0	>0.05	13.9±3.5	<0.000	39.4±20.7	<0.05	4.8±1.4	<0.05	80.7±18.4	<0.000
Yürütme mesafesi															
0-50	17	1.5±0.6	190.5	1.9±1.5		12.8±3.2		14.5±2.8		45.3±19.8	26.19	4.9±1.5		90.6±4.6	39.4
51-200	17	2.7±0.5	0.000	6.6±3.1	33.9	10.6±3.0	13.8	10.5±3.2	27.11	27.1±10.5	<0.000	4.1±0.4	7.25	63.5±21.0	<0.000
201-400	17	3.0±0.1		9.6±1.6	<0.000	8.3±2.6	<0.05	7.6±1.6	<0.000	13.5±7.0		3.8±0.7	<0.05	31.3±12.9	

Tablo 3'te fonksiyonel durumun bazı bağımsız değişkenlerle olan ilişkisi görülmektedir. Tablo incelendiğinde; KOAH'lı bireylerin cinsiyeti ile FPE, BDI, HAD-A,HAD-D,GKÖ, YSS ve YK arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır. KOAH'lı bireylerin yaş grupları ile FPE, BDI, ,HAD-D,GKÖ ve YK arasında anlamlı, medeni durum ile HAD-D,GKÖ ve YSS arasında anlamlı; öğrenim durumu ile FPE, BDI ve YK arasında anlamlı; oksijen satürasyonu ile FPE,BDI,HAD-D,GKÖ,YK puanları arasında anlamlı ilişki, YSS puanı ile anlamsız; solunum sayısı ile FPE,BDI,HAD-D,GKÖ,YSS,YK puanları arasında anlamlı ilişki, HAD-A ile anlamsız; yürüme mesafesi ile FPE, BDI, HAD-A, HAD-D ,GKÖ,YSS ve YK arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. (Tablo 3). Çoklu regresyon analizinde, yaşın fonksiyonel performans üzerinde en güçlü belirleyici olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Araştırmada, KOAH'lı bireylerin yaşlı, çoğunluğunun erkek, evli, en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve en az bir ilaç kullandıkları, büyük çoğunluğunun hastalık tanısı sonrasında sigarayı bıraktıkları saptandı. Theander ve ark (2008) yaptıkları çalışmada KOAH'lı bireylerin yaşlı (ort:65±7),çalışma oranlarının düşük, ilaç kullanma oranlarının genel topluma göre (%47) yüksek olduğu saptanmıştır (Theander ve ark.2008). Akıncı'nın (2008) çalışmasında, KOAH'lı bireylerin tamamının erkek, büyük çoğunluğunun (%12,5) evli,% 81,3'ünün ekonomik durumunun "orta", % 87.4'ünün hastalık sonrası sigarayı bıraktığı, %68.8'inin bronkodilatör ve steroid tedavisi aldıkları saptanmıştır.

KOAH'lı bireylerin fonksiyonel performansla ilgili olarak günlük gereksinimlerini sürdürmede vücut bakımını çok zorlanarak, ev işlerini ve manevi aktivitelerini biraz zorlanarak, fiziksel egzersiz, eğlence-hobilerini kolaylıkla yapabildikleri genel fonksiyonel performanslarında çok zorlanma yaşadıkları saptanmıştır. Özkan ve ark (2007) çalışmasında; vücut bakımını çok zorlanarak yapabildiği, ev işlerini sürdürme ve fiziksel egzersiz ile manevi aktiviteleri biraz zorlanarak yapabildiği, sosyal etkileşimi, iş-okul aktivitelerini ise kolaylıkla yapabildikleri saptanmıştır. Yeh ve ark (2004) çalışmasında, vücut bakımını çok zorlanarak yapabildiği, ev işlerini sürdürme, fiziksel egzersiz ve sosyal etkileşimi, iş-okul aktivitelerini biraz zorlanarak yapabildiği, manevi aktiviteleri ise kolaylıkla yapabildikleri saptanmıştır

Çalışmada, dispnenin orta düzeyde ve yorgunluk, yaş, anksiyete, depresyon, hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Dispnenin şiddeti arttıkça yorgunluk ve hastalığın şiddeti, depresyon ve anksiyete artmakta, yaşam kalitesi azalmaktadır. KOAH'lı bireylerde dispne ve yorgunluk en sık görülen iki semptomdur ve birbiri ile ilişkilidir (Woo 2000). KOAH'lı bireylerde yorgunluk; fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini olumsuz etkileyerek tıbbi bakım ve tedaviyi zorlaştıran,tekrarlayıcı,stres yaratan; subjektif, çok yönlü ve karmaşık bir semptom olarak tanımlanmakta ve bu hasta grubunun yaklaşık % 58'inde görülmektedir (Akıncı 2008; Theander ve ark.2008;Trendall 2000). Halsizlikten aşırı güçsüzlüğe kadar değişebilen, tüm vücut fonksiyonlarını olumsuz etkileyen ve en istenmeyen semptomlardan birisidir (Theander ve ark.2008;Theander &Unosson 2004).

Dispne; KOAH'lı bireylerde alveolar gaz değişiminin yetersizliği ve alveolar yapının ileri derecede bozulmasına bağlı akciğer fonksiyonlarındaki azalmanın bir sonucu olup, yorgunluğun ortaya çıkmasında predispozan bir faktördür (Woo 2000).KOAH'lı bireylerin dispnenin oluşumunu yada şiddetini azaltmak için fiziksel aktivitelerini kısıtlama yoluna gitmeleri kasların fonksiyonel kapasite, endüransı ve gücün azalmasına yol açmaktadır. (Woo 2000; Özalevli ve ark.2008). Solunum fonksiyonları yanı sıra dispne derecelendirmesine göre hastalık evrelendirilmesi hastalık ve hastanın daha iyi değerlendirilmesini sağlamaktadır (Göçmen ve ark.2009).Hastalık şiddeti göstergelerinden olan FEV₁,FEV₁/FVC ve PEF gibi fonksiyon testleri ile daha nadir PaO₂,SaO₂,PaCO₂ gibi solunum ölçümleri ile KOAH ciddiyeti belirlenmektedir. Dispne şiddetinin kan gazı analizleri ile ilişkileri incelendiğinde; birçok çalışmada kan gazı değerleri ile (PaCO₂,PaO₂) dispne şiddeti arasında ilişki saptanamazken Akkoca ve ark. çalışmasında PaO₂ ile BDI'nin korele olduğu belirlenmiştir (Özalevli ve ark.Akkoca ve ark.2001). Dispne arttıkça fiziksel aktivite sınırlandırılmaktadır. Fiziksel aktivite azalması dispneye bağlı olabilir. Bu nedenle dispne ,yorgunluk ve fiziksel egzersiz arasındaki ilişkinin sağlık çalışanları tarafından anlaşılması tedavi ve bakımdaki yansımalarının olumlu olmasında önemli etkiye sahiptir.

Çalışmada yürüme mesafesi arttığında; yorgunluk ve dispne şiddetinin, anksiyete ve depresyonun arttığı, yaşam kalitesi ve fonksiyonel performansın azaldığı saptanmıştır. KOAH'lı bireylerde egzersiz kapasitesinde BDI bağımsız ve anlamlı bir belirleyici olmaktadır. Ayrıca BDI ve dinamik hiperinflasyonun bir arada olması yürüme mesafesinin % 30 azalmasına yol açmaktadır (Soyuyiğit ve ark.2006). KOAH'lı bireylerde bazen kötü fonksiyonel performansa sahip olanların akciğer fonksiyon testlerinin iyi olduğu görülebilmektedir. Bunun nedeni pek çok faktörün fonksiyonel performans üzerinde etkili olmasıdır. Ayrıca, KOAH'lı bireylerde düzenli ilaç tedavisi, semptomların erken belirlenmesi ve izlemlerin yapılması ve hastalıkla ilgili açıklamalarının hastayı memnun etmesinin fonksiyonel performansta etkili olduğu vurgulanmaktadır (Yeh ve ark.2004).

Araştırmada, yorgunluk şiddeti arttıkça dispne,hastalık şiddetinin, anksiyete-depresyonun arttığı, egzersiz toleransının, Sao₂, fonksiyonel performansın ve yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. KOAH'lı bireylerde yorgunluk ve yorgunluğa bağlı fiziksel sınırlılıkların yoğun şekilde yaşandığı görülmesine karşın yorgunluğa bağlı olan fonksiyonel kısıtlılıkların tedavisi ve yönetimi konusunda araştırmaların az sayıda olduğu görülmektedir. Yorgunluk şiddeti ve fonksiyonel durumun erken tanınması bakımın planlanması ve semptom yönetiminde önemli etkiye sahiptir (Theander ve ark.2008).

KOAH'lı bireylerde yorgunluk algılamasındaki artışın dispne algısı artışı ile ilişkili olduğu ve sağlığı algılama/yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, egzersiz toleransını azalttığı, bireylerin anksiyeteli ve depresif ruh hali içinde olmalarına yol açtığı belirlenmiştir (Ravary ve ark.2009;Yeh ve ark.2004;Reishtein 2005;Woo 2000). Yeh ve ark (2004) yaptığı çalışmada, dispnenin fonksiyonel performans üzerine direkt etkili, yorgunluğun sağlığı algılama, egzersiz toleransı, HAD-A,HAD-D üzerine ise indirekt etkili olduğu saptanmıştır. KOAH'lı bireylerde SaO₂ ile yorgunluk arasında, yorgunluk

düzeyleri ile yüksek depresyon skorları arasında ise anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Ravary ve ark.2009).

Bizim çalışma sonuçlarına göre; değerlendirilen sağlık algılaması/yaşam kalitesi ile dispne, hastalık şiddeti, yorgunluk, egzersiz toleransı ve ruhsal durum değişikliklerinden etkilendiği görülmektedir. Yaş ortalaması ve egzersiz kapasitesinde artış sağlık algılaması/yaşam kalitesinde artışa, dispne artışı, fonksiyonel performansta azalma, hastalık şiddetinin artışı ve SaO_2 azaldığında, solunum sayısı ve yürüme mesafesi arttığında yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Yaşam kalitesi kişinin kendi sağlık durumundaki subjektif değerlendirmeleri olarak tanımlanmaktadır. Her bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda sağlığının bir göstergesi olup hastalığın, hastanın günlük yaşam aktivitelerini, sağlığını ve mutluluğunu ne ölçüde etkilendiğini değerlendirme olanağı sağlar (Soyyigit ve ark.2006;İnce ve ark.2000). Kronik hava yolu hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesi ölçülmesinin en önemli nedeni; kişilerin sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkları belirlemek, uygulanan ya da değişiklik yapılan tedavilerin yararını-etkinliği ile bakımın sonuçlarını saptamaktır (Yeh ve ark.20049). KOAH'lı bireylerin fizyolojik parametreleri ile yaşam kalitesi arasında orta ya da zayıf ilişki olduğu saptanmıştır (Özkan ve ark.2007; Çil & Pınar 2006;Atasever ve ark.2005;Yeh ve ark.2004). KOAH'lı bireylerin genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, sosyal fonksiyon, enerji, mental sağlık alanlarında önemli derecelerde bozulmaların olduğu ve yaşam kalitesi ,alt bölüm toplam puan ortalamalarının genel topluma göre oldukça düşük olduğu saptanmıştır (Theander ve ark.2008; Soyuyigit ve ark.2006). KOAH'lı hastada yaşam kalitesinin değerlendirildiği ve fizyolojik parametrelerle ilişkisinin incelendiği diğer çalışmalarda toplam yaşam kalitesi skoru ile solunum parametreleri arasında negatif korelasyon olduğu saptanırken (Özalevli ve ark.2008;Göçmen ve ark.2009). Çimen ve ark. yaptığı çalışmada ise fark olmadığı saptanmıştır (Çimen ve ark.2004). KOAH'lı bireylerin yaş ortalamaları arttığında, yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir. Ancak çalışmamızda ileri yaşta olanların sağlık algılamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç üzerinde yaşlı bireylerin yaşam ve yaşam kalitesine ilişkin algılamalarının ve beklentilerinin düşük düzeyde olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. KOAH'lı bireylerde O_2 saturasyonları azaldığında, solunum sayısı ve yürüme mesafesi arttığında yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir. KOAH'lı bireylerde obstrüksiyon düzeyi, toraks içi gaz volümünün artışı, hipoksi ve hiperkapniye bağlı egzersiz toleransının azalmasına ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine yol açar (Özgür ve ark.2008). İnce ve ark (2000) yaptığı çalışmada; KOAH'lı bireylerde fiziksel rol puanı ile SaO_2 arasında anlamlı (Soyuyigit ve ark.2006);yaşam kalitesi toplam puan ile FEV_1 , PaO_2 ve PaCO_2 arasında anlamsız,6 dakika yürüme testi, SaO_2 , dispne arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Katsura ve ark. 2005). Ancak literatürde oksijenasyon düzeyi ile yaşam kalitesi ölçümleri arasında kuvvetli bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (Özalevli ve ark.2008;Çil&Pınar 2006;İnce ve ark.2000).Yaşam kalitesinde olan etkilenme dereceleri direkt olarak fizyolojik ölçümlere bakarak değerlendirmek oldukça güçtür. KOAH'ın bireyin hayatına yapmış olduğu etkisinin kendi bakış açısından değerlendirilmesinin,

bu konuda çalışanlar için hastanın durumuna ve hedeflerine yönelik tedavi programlarının planlanması ve uygulanmasında yön gösterici olacağı belirtilmektedir (Ravary ve ark.2009;Yeh ve ark.2004;İnce ve ark.2000).

Woo'nun (2000) yaptığı çalışmada, yürüme mesafesinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Reishtein (2005) cinsiyet,yaş ile fonksiyonel performans, dispne ve yorgunluk; Özalevli ve ark.(2008) yaş ile FEV₁, 6DYT, dispne, yorgunluk; Ravary ve ark (2009) yorgunluk ile cinsiyet ,kronik hastalığa sahip olma, Hb düzeyleri, Theander&Unosson (2004) cinsiyet ile fonksiyonel durum,yorgunluk Skumlien ve ark.(2006) dispne, sağlığı algılama ve alt alanları ile cinsiyet arasında farklılık olmadığını saptamışlardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonucunda; dispne ve yorgunluğun birbiri ile ilişkili, dispnenin fonksiyonel performansı negatif yönde etkilediği, yorgunluğun ise etkili olmadığı, FPE'nin;yaş, dispne, hastalık şiddeti, egzersiz depresyon ve sağlığı algılama ile ilişkili ancak anksiyete ve yorgunluk ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.Yapılan çok yönlü regresyon analizi sonucunda fonksiyonel durum üzerine yaşın etkili diğer parametrelerin etkili olmadığı saptanmıştır.

Dispne ve yorgunluk en sık yaşanan iki semptom olması nedeniyle; erken tanınması, fonksiyonel sınırlılıkların yönetimi ile ilgili hemşirelerin bilgi sahibi olması, hastaların bu konuda bilgilendirilmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma, Ülkemizde model kullanılarak KOAH'lı bireylerde fonksiyonel durumu saptamaya yönelik ilk ve tek çalışmadır. KOAH'lı bireylerde egzersiz toleransı, depresyon/anksiyetenin duygu durumu üzerine olan etkilerini, yorgunluğu azaltıcı, dispneyi iyileştirici olumlu sağlık algılamalarını belirlemeye yönelik çalışmaların planlanmasına ve benzer bir çalışmanın örneklem grubunun genişletilerek yapıldığı diğer çalışmalara; fonksiyonel duruma endojen ve ekzojen değişkenlerin etkilerinin iki yönlü değerlendirilmesini sağlayan yapısal eşitlik modeli gibi doğrulayıcı analizler ile tekrarlanmasına gereksinim olduğu düşünülmekte ve önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akkoca Ö, Öner F, Saryalm S. Therelationship Between Dyspnea And Pulmonary Functions, Arterial Blood Gases And Exercise Capacity in Patients With COPD. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2001;49:431-438.
- Akinci Ç. KOAH'lı Hastalara Uygulanan Pulmoner Rehabilitasyonun Fiziksel Ve Psikolojik Parametrelere Etkisi (The Effects of The Pulmonary Rehabilitation To Physical And Psychological Parameters In Patients with COPD)(Doktora tezi). İstanbul;2008.
- Atasever A. Başoğlu OK. Bacakoğlu F. Stabil Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Olgularında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Toraks Dergisi* 2005;6:25-30.
- Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8(4):280-287.

- Armutlu K. Korkmaz N. Keser İ. Sümbüloğlu V. Akbıyık D. Güney Z. Karabudak R. The validity and Reliability Of The Fatigue Severity Scale in Turkish Multiple Sclerosis Patients. *International Journal of Rehabilitation Research* 2007;30,1:81-85.
- Blinderman C., Homel P., Billings A., Tennstedt S., Portenoy R. Symptom Distress And Quality Of Life In Patients With Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pain and Symptom Management* 2009;38,1:115-123.
- Çil A. Pınar R. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında (KOA) Dispnenin Subjektif Değerlendirilmesi. *Dispne* 2006;1:1-5.
- Çimen ÖB. Kanık A. Erdoğan C. KOAH ve Astımlı Hastalarda Fonksiyonel Performans Skorları, Solunum Kas Gücü Ve Solunum Fonksiyon Testlerinin Değerlendirilmesi. <http://www.akcigerarsivi.com/konular.asp>, Aralık, 2004.
- Down C. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Diagnosis and management. *J. of the Academy of Nurse Practitioners* 2007;19:126-132.
- Durna Z. Özcan Ş. Evaluation of Self-Management Education for Asthmatic Patients *Journal of Asthma* 2003; 40,6: 631-643.
- Göçmen H. E. Diger D. Uzaslan E. Ege E. Stabil KOAH'lı Hastalarda Saint George Solunum Anketi (SGRQ) Skorlarının Hastalığın Ağırlığı Ve Amfizem Varlığı İle İlişkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2009;XXIII,1:7-14.
- GOLD. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim. KOAH'ın Tanısı, Tedavisi Ve Önlenmesi İçin Cep Rehberi. Sağlık Çalışanları İçin Rehber. İstanbul: Renk matbaacılık, 2007.
- GOLD. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf (erişim tarihi:12-03-2015).
- İnce D. Tunalı N. Savcı S. Arıkan H. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*. 2000;11:333-337.
- Katsura H. Yamada K. Wakabayashi R. Kida K. The Impact of Dyspnoea and Leg Fatigue During Exercise On Health-Related Quality of Life In Patients With COPD. *Respirology* 2005;10:485-490.
- Özalevli S. Karaali H. Cankurtaran F, Kılınc O. Akkoçlu A. Comparison of Short Form -36 Health Survey and Nottingham Health Profile in Moderately Severe Patients With COPD. *Journal Evaluation in Clinical Practice* 2008;14:493-499.
- Özgür E. Atış S. Kanık A. KOAH'ta Dinamik Hiperinflasyonun Egzersiz Dispnesi, Egzersiz Kapasitesi Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2008;56,3:296-303.
- Özalevli S., Uçan E.S. Farklı Dispne Skalalarının Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Karşılaştırılması. *Toraks Dergisi*. 2004;5,2:90-94.
- Özkan S. Durna Z. Demir T. Gemicioğlu B. KOAH ve Astım Hastalarında Fonksiyonel Performans Ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Solunum* 2007;9,3:158-66.
- Ravary R. Quint J. Goldring J. Hurst J. Donaldson G. Wedzicha J. Determinants and Impact Of Fatigue in Patient With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory Medicine*. 2009;103:216-223.
- Reishtein J. Relationship Between Symptoms And Functional Performance in COPD. *Research In Nursing & Health*. 2005;28:39-47.

- Skumlien S. Haave E. Morland L. Bjortuft Q. Ryg M. Gender Differences In The Performance Of Activities Of Daily Living Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Chronic Respiratory Disease*. 2006;3:141-148.
- Soyyigit Ş. Erk M. Güler N. Kılınç G. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesinin Belirlenmesinde SF- 36 Sağlık Taramasının Değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*.2006;54,3:259-266.
- Theander K. Jacobsson P. Torstensson O. Unosson M. Severity of Fatigue is Related to Functional Limitation And Health In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J of Nur Pract* 2008;14:455-462.
- Theander K. Unosson M. Fatigue in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Adv.Nurs* 2004;45,2:172-177.
- Trendall J. Concept Analysis: Chronic Fatigue *J AdvNurs* 2000;32,5:1126-1131.
- Victorson D. Anton S. Hamilton A. Yount S. Cella D. A Conceptual Model Of The Experince Of Dyspnea And Functional Limitations In Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Value in Health* 2009;12,6:1018-1025.
- Yeh M. Chen H. Liao Y. Liao W. Testing The Functional Status Model In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J AdvNurs* 2004;48,4:342-350.
- Woo K. A Pilot Study To Examine The Relationship Of Dyspnea Physical Activity And FatigueIn Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Clin Nurs* 2000;9:526-533.

HEMŞİRELİK VE BEDEN EĞİTİMİ ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLILARA YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

*AN INVESTIGATION OF ATTITUDES TOWARDS THE ELDERLY OF NURSING AND PHYSICAL
EDUCATION STUDENTS*

Ar.Gör. Duygu BAYRAKTAR* Ar.Gör.Hülya YILMAZ* Prof.Dr.Leyla KHORSHTD*

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD.

Bu araştırma, 19-22 Kasım 2014 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen "3.Temel Hemşirelik Bakımı" adlı kongrede sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Sağlık eğitimi alan ve almayan üniversite öğrencilerinin yaşlılara karşı tutumları arasında fark olabilir. Araştırma bir üniversitedeki hemşirelik ve beden eğitimi öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumlarını ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı türdeki araştırmanın evrenini 2013-2014 öğretim yılında bir üniversitenin Hemşirelik Fakültesi (HF) ile Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda (BESYO) okuyan tüm öğrenciler (N=2522) oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimi yapılmamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 1009 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırmada veriler anket formu ve Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde varyans analizi ve t testi kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kuruldan ve çalışmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan HF öğrencilerinin yaş ortalamaları 20.42 ± 1.62 yıldır, %82.5'i kız öğrencidir, %49.2'si birinci sınıfta okumaktadır. %14.6'sı yaşlı ile aynı evde kalmıştır, %51.2'si ileride yaşlı ile aynı evde yaşamak istediğini belirtmiştir. BESYO öğrencilerinin yaş ortalamaları 21.94 ± 2.53 yıldır, %67.4'ü erkek öğrencidir, %54.5'inin ileride yaşlı ile yaşamayı istemediğini belirtmiştir.

HF öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 150.03 ± 21.88 , BESYO öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 150.10 ± 23.60 olarak bulunmuştur. HF ile BESYO öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutum ölçeğinin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. HF ile BESYO öğrencilerinin mezun olduğu lisenin, okuduğu sınıfın ve cinsiyetinin yaşlıya karşı tutumlarını etkilemediği bulunmuştur. Yaşlı ile aynı evde yaşamak isteyen HF ile BESYO öğrencilerinin yaşlıya karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır.

Sonuç: Sağlık eğitimi alan ve almayan üniversite öğrencilerin yaşlılara ilişkin tutumları arasında fark bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, tutum, üniversite öğrencisi.

ABSTRACT

Objective: A difference can be between the attitudes against the elderly of university students who receive health education and who don't receive health education. The research was conducted to determine the attitudes towards the elderly of nursing and physical education students at a university

Methods: The population of this descriptive and sectional study was consisted of all students (N=2522) studying in the Nursing Faculty and Higher School of Physical Education of a university in 2013-2014 academic year. Sample was not selected in the study and students in all population were taken, as a result 1009 students who agree to participate in the study were consisted the sample. Students Identification Form, and Scale of Attitudes Towards the Elderly was used in the collection of the data. The institution's ethics committee approval and formal permission from the institution was obtained for conducting the study. Data were analyzed by using and t tests and analysis of variance.

Results: The average age of the surveyed students of Nursing Faculty was 20.42 ± 1.62 years, 82.5% of them were female, 49.2% of them were ongoing to the first year, 14.6% of them have been remained in the same house with the elderly, and 51.2% of them were stated that they want to live in the same house with the elderly in the future. The average age of the surveyed students of Higher School of Physical Education was 21.94 ± 2.53 years, 67.4% of them were male, and 54.5% of them were stated that they don't want to live in the same house with the elderly in the future. The mean subscale score of attitudes of Scale of Attitudes Towards the Elderly of students studying in the Nursing Faculty was found as 150.03 ± 21.88 , The mean subscale score of positive attitudes of Scale of Attitudes Towards the Elderly of students studying in the Higher School of Physical Education was found as 150.10 ± 23.60 . There was no significant difference between the mean score attitudes of students studying in the Higher School of Physical Education and those who studing in the Nursing Faculty. It was found that the gender, high school which they graduated, the class which they ongoing is not effected the attitudes of the students students in the Nursing Faculty and Higher School of Physical Education. It was found that the students in both faculty who want to live in the same house with elderly have has more positive attitudes towards the elderly.

Conclusion: A difference was not found between the attitudes against the elderly of university students who receive health education and who don't receive health education.

Key Words: Aged, attitude, university student.

GİRİŞ

Doğurganlık ve ölüm hızının azalması, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır (Cankurtaran ve ark. 2006, Yılmaz ve Özkan 2010, Duyan ve Gelbal 2013, King, Roberts ve Bowers 2013), 2025 yılında 800 milyondan fazla yaşlı insanın olacağı tahmin edilmektedir (Duyan ve Gelbal 2013). Dünya nüfusunun yaşlanmasına paralel olarak Türkiye'de de yaşlı nüfus giderek artmaktadır (Duyan ve Gelbal 2013, Karadakovan 2014), 2010 yılındaki nüfus sayımında yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %7,1'e yükselmiştir ve

21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir (Beğer ve Yavuzer 2012).

Yaşlılık, önüne geçilmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ile sorunları olan bir süreçtir (Çilingiroğlu ve Demirel 2004). Yaşlanan nüfus, uluslararası sağlık bakım sisteminin yüz yüze geldiği ana konulardan biridir (Lovell 2006). Yaşlı nüfusun hızlı artışı ile ilerleyen zamanlarda sağlık bakım hizmetlerinden faydalanma, sağlık harcamalarının karşılanması, sosyal güvenlik kurumlarının örgütlenmesi, finansmanı, yeterli hizmet ve iş olanaklarında sorunların ortaya çıkabileceği öngörülmektedir (Soyuer ark. 2010). Hemşireler yaşlanan toplumun sağlık bakım sistemindeki giderek artan taleplerini karşılamada bir anahtar sağlık bakım sağlayıcısı olma durumundadırlar (King, Roberts ve Bowers 2013).

İnsanlar yaşlandıklarında yaşlanmaya bağlı olarak özgürlüklerinin kısıtlanacağı ve pek çok zorluk yaşayacakları düşüncesindedirler. Bu durum insanların yaşlanmaya karşı önyargı geliştirmelerine, yaşlılara karşı olumsuz tutum beslemelerine neden olmaktadır (Kulakçı 2010, Duyan ve Gelbal 2013). Yaşlılara karşı olumsuz ve ayrımcı tutumlar modern toplumlarda geleneksel toplumlara oranla çok daha fazladır (Lee 2009, Duyan ve Gelbal 2013). İnsanların, yaşlanma hakkında pek çok önyargısının olduğu, yaşlıların büyük çoğunluğunun ekonomik güvenceden yoksun, yalnız, çok fazla sağlık problemi yaşayan ve fiziksel ve zihinsel güçlerinin zayıf olduğuna inandıklarını göstermektedir (Happell 2002, Duyan ve Gelbal 2013). Yaşlanmaya karşı oluşan olumsuz tutumların, sağlık bakımı veren çeşitli meslek elemanları tarafından benimsendiği gözlenmektedir (Kulakçı 2010, Duyan ve Gelbal 2013, Oyetunde ve ark. 2013). Yaşlılara karşı olumsuz tutum, gelecekte yaşlanan nüfusun sorunlarını ağırlaştırabilir (Wang ve ark. 2009). Hemşirelerin yaşlılara karşı tutumu, verdikleri bakımın kalitesini etkileyebilir (Wang ve ark. 2009).

Acil sağlık hizmeti sunan bakım ortamlarında çalışan sağlık bakım çalışanlarının yaşlılara karşı tutumları ile geriatri ve rehabilitasyon kliniğinde çalışmayı isteme arasında yüksek bir ilişki saptanmıştır (Armstrong-Esther, Sandilands ve Miller 1989). Onkolojik tanısı olan hastalarla çalışan sağlık bakım çalışanlarının yaşlılara karşı tutumunu belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, yaşlılara karşı negatif tutum olduğu saptanmıştır (Kearney ve ark. 2000). Yaşlanan nüfus ve yaşlıların karmaşık gereksinimleri nedeniyle daha fazla sayıda gerontoloji hemşiresine gereksinim olduğu düşünülebilir (Evers ve ark. 2011).

Oyetunde ve ark.’nın (2013) hemşirelerin yaşlılara karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin %73’ü yaşlılara bakım vermenin güç olduğunu, %80’den daha fazlası yaşlılara etkili bakım vermenin özel bir eğitim gerektirdiğini, %90’ı yaşlılara etkili bir bakımın özel geriatri servislerinde verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Gelecekte meslektaşlarımız, yaşlıların bakımı ile ilgili sorunların çözümü konusunda mücadele edeceklerdir (Lovell 2006, Wang ve ark. 2009). Yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara karşı davranışlarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Treharne 1990). Genç yetişkinlerin yaşlı insanlara karşı olumsuz

tutumlara sahip oldukları ve bunun yaşlı ayrımcılığı olgusuna dayalı olduğu ileri sürülmektedir (Slevin 1991). Yaşlılar ile çalışma isteği konusunda yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelik öğrencileri (n:172) olumlu bir tutum göstermişlerdir (McKinlay ve Cowan 2003). Gençlerin yaşlılara karşı daha fazla pozitif tutum göstermeleri ile yaşlılara yönelik hizmetlerdeki kalitenin artacağı belirtilmektedir (Happell 2002).

İsveç'te 27 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, her öğretim yılının sonunda görüşme yapılarak, 3 yıllık hemşirelik eğitimleri süresince yaşlı hasta bakımını algılayışlarını nasıl geliştirdikleri incelenmiştir. Öğrencilerin tümü klinik günlüğü tutmuş ve bu öğrenci öyküleri fenomenolojik yöntemle analiz edilmiştir. Öğrencilerin yaşlı hasta bakımını algılayışlarını etkileyen 4 önemli konu ve bakım engeli olan 3 önemli konu ortaya çıkmıştır. Öğrencilerin deneyimsiz oldukları sade bir bakış açısından, ikinci yılda hastalarla daha derin ilişkiler kurabilmeye geçiş yaptıkları, sonunda 3. yılda kurumsal bakış açısını, en iyi bakımı sağlamak için gereken bilgi ve deneyime eriştikleri saptanmıştır (Fagerberg ve Ekman 1998).

Üniversiteler gençlerin yaşlılara karşı olumlu tutumlarını güçlendirecekleri yerlerdir (Duyan ve Gelbal 2013). Bir üniversite hastanesinde klinik uygulama yapmak öğrencilerin yaşlılarla etkileşimini arttırabilir ve yaşlılara karşı daha olumlu bir tutum geliştirmelerine neden olabilir (Wang et al. 2009). Hemşirelik eğitiminin ve yaşlılarla birlikte çalışma deneyimlerinin öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarını olumlu şekilde etkilediği ileri sürülmektedir (Rogan ve Wyllie 2003). Michigan Üniversitesi'nde yapılan bu çalışmada tıp öğrencilerinin okula yeni başladığında yaşlılık hakkında çok az bilgiye sahip olduğunu, yaşlı bireylere karşı kısmen olumlu tutumları olduğunu göstermiştir (Fitzgerald ve ark. 2003).

Yapılan bir çalışmada, öğrenci hemşireler daha genç erkek hastalara oranla, 60-80 yaş grubundaki erkek hastalara karşı daha olumlu bir tutum göstermişlerdir (Giardina-Roche ve Black 1990). Dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara karşı olası tutumunu ve kendi deneyimlerinin bu tutum üzerine olan etkilerini belirlemek amacıyla yapılan kalitatif bir çalışmada, beş tutum (yaşlıları sevme, yaşlıları normal birey olarak görme, yaşlı bireylere acıma, yaşlı bireyler tarafından engellenme ve gerontoloji hemşireliğinden nefret etme) saptanmıştır (Evers ve ark. 2011). Beden eğitimi öğrencilerin yaşlıya ilişkin tutumlarının belirlenmesi ile ilgili araştırmalara rastlanmamıştır. Sağlık eğitimi alan ile sağlık eğitimi almayan gençlerin yaşlılara karşı tutumlarında farklılık olabilir. Çalışmanın yürütüldüğü hemşirelik okulunda entegre eğitim sistemi uygulanmakta olup yaşlılık ile ilgili bilgiler birinci sınıftan itibaren ve daha sonraki yıllarda her konunun ilgili bölümünde sunulmaktadır. Öğrenci hem huzurevlerindeki uygulamalar sırasında hem de hastane uygulamaları sırasında yaşlı bireye bakım vermeyi öğrenmektedir. Sağlık eğitimi almayan ve yaşlı bireyler ile hemşirelik öğrencilerine göre daha az profesyonel ilişki kuran grup olmaları nedeniyle beden eğitiminde okuyan öğrenciler çalışma kapsamına alınmıştır.

Bu araştırma, bir üniversitedeki sağlık eğitimi alan hemşirelik ve sağlık eğitimi almayan beden eğitimi öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumlarını belirlemek amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel nitelikte planlanan araştırmanın evrenini bir Hemşirelik Fakültesi ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda öğrenim gören tüm öğrenciler (N=2522) oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimi yapılmamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden HF (n=721) ile BESYO'da (n=288) okuyan toplam 1009 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılım oranı %40'dır.

Veriler "Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği" ile ve araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket formu ile toplanmıştır. Anket formunda öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, yaşlı ile aynı evde yaşama, yaşlıya bakım verme, yaşlı ile sosyal doyum alma, ileride yaşlı ile yaşama isteme durumuna ilişkin sorular yer almaktadır. Kogan (1961) tarafından insanların yaşlılara yönelik tutumlarını ölçme amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanma çalışması Duyan ve Gelbal (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçekte, 17 olumlu ve 17 olumsuz olmak üzere toplam 34 madde bulunmaktadır. Ölçeğin 18-34 arasında yer alan maddeler, olumlu maddelerdir. Ölçek kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, biraz katılmıyorum, biraz katılıyorum, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklinde 6'lı Likert tipindedir ve sıralanan kategoriler 1, 2, 3, 5, 6 ve 7 olarak puanlanmaktadır. Olumsuz tutumları gösteren ifadelerin puanlaması tersten hesaplanmaktadır. Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği'nden alınabilecek puanlar 34-238 arasında değişmektedir. Yaşlılara yönelik alınan yüksek puanlar, yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip olduğunu belirtmektedir (Duyan ve Gelbal 2013).

Araştırmanın yapılabilmesi için etik kuruldan (18.02.2013 tarihli ve 61 sayılı) ve çalışmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin alındıktan sonra veriler 19 Aralık-2013-3 Ocak 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak sözel onamları alınmıştır. Verilerin analizi SPSS programında yapılmıştır. Verilerin analizinde varyans analizi ve t testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Hemşirelik Fakültesi		Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	
	(HF)		(BESYO)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu				
17-20 yaş	436	60.5	88	30.6
21-24 yaş	270	37.4	160	55.6
25-35 yaş	15	2.1	40	13.9

Cinsiyet				
Kız	595	82.5	94	32.6
Erkek	126	17.5	194	67.4
Sınıf				
1.sınıf	355	49.2	57	19.8
2.sınıf	209	29.0	54	18.8
3.sınıf	113	15.7	65	22.6
4.sınıf	44	6.1	112	38.9
Yaşamı boyunca en uzun sürede yaşadığı yerleşim birimi				
İl	358	49.7	230	79.9
İlçe	275	38.1	52	18.1
Köy	88	12.2	6	2.1
Mezun olduğu lise				
Anadolu+Fen+Süper lise	458	63.5	61	21.2
Düz lise	208	28.8	169	58.7
Diğer liseler	41	5.7	58	20.1
Sağlık meslek lisesi	14	1.9	-	-
Aile yapısı				
Çekirdek aile	616	85.4	231	80.2
Geniş aile	89	12.3	41	14.2
Parçalanmış aile	16	2.2	16	5.6
TOPLAM (N=1009)	721	100.0	288	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamaları 20.42 ± 1.62 yıldır ($n=721$), %60.5'i 17-20 yaş grubundadır, %82.5'i ($n=595$) kız öğrencidir, %49.2'si birinci sınıfta okumaktadır, %49.7'si yaşamı boyunca en uzun süre olarak ilde yaşamıştır, %63.5'i Anadolu lisesi mezunudur, %85.4'ü çekirdek aileye sahiptir. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencilerinin ise yaş ortalamaları 21.94 ± 2.53 yıldır ($n=288$), %55.6'sı 21-24 yaş aralığındadır, %67.4'ü erkektir, %38.9'u dördüncü sınıfta okumaktadır, %79.9'u yaşamı boyunca en uzun süre geçirdiği yer ildir, %58.7'si düz lisesi mezunudur, %80.2'si çekirdek ailede yaşamaktadır (Tablo 1).

Tablo 2. Öğrencilerin Yaşlıyla İlgili Görüşlerine Göre Dağılımı

	HF		BESYO	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşlı ile aynı evde yaşama				
Yaşayan	105	14.6	45	15.6
Yaşamayan	616	85.4	243	84.4
Yaşlıya bakım verme				
Bakım veren	121	16.8	51	17.7
Bakım vermeyen	600	83.2	237	82.3
Yaşlı ile iletişim kurmaktan sosyal doyum alma düzeyi				
Az	112	15.5	85	29.5
Orta	453	62.8	158	54.9
Çok	156	21.6	45	15.6
İleride yaşlı ile yaşamayı isteme				
İsteyen	369	51.2	131	45.5
İstemeyen	352	48.8	157	54.5
TOPLAM (N=1009)	721	100.0	288	100.0

HF öğrencilerin %14.6'sının yaşlı ile aynı evde kaldığı, %16.8'inin yaşlıya bakım verdiği, öğrencilere yaşlı ile sosyal doyum sorulduğunda; hemşirelik öğrencilerinin %62.8'inin orta düzeyde doyum aldığı, %51.2'sinin ileride yaşlı ile yaşamayı istediği bulunmuştur. BESYO öğrencilerin ise %15.6'sının yaşlı ile aynı evde kaldığı, %82.3'ünün yaşlıya bakım vermediği, %54.9'unun yaşlı ile iletişim kurmaktan orta düzeyde sosyal doyum aldığı, %54.5'inin ileride yaşlı ile yaşamayı istemediği saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeğinin Puan Ortalamalar

	HF			BESYO			TOPLAM		
	Min-max	X	SS	Min-max	X	SS	Min-max	X	SS
Toplam tutum puanı	49-231	150.03	21.88	73-264	150.10	23.60	49-264	150.05	22.37

Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması 150.05 ± 22.37 'dir (Tablo 3). Ölçekte 136, nötral tutumu göstermektedir (Lee 2009). Sonuç olarak örneklem grubundaki tüm öğrencilerin yaşlılara karşı olumlu tutuma sahip oldukları söylenebilir.

Tablo 4. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları

		HF X ± SS	BESYO X ± SS
Yaş grubu	17-20 yaş	148.70 ± 21.58	149.62 ± 27.58
	21-24 yaş	152.04 ± 22.49	149.70 ± 21.98
	25-35 yaş	152.53 ± 16.94	152.80 ± 20.57
		F=2.041, p=0.131	F=0.301, p=0.740
Cinsiyet	Kız	149.76 ± 22.33	149.71 ± 21.16
	Erkek	151.29 ± 19.68	150.29 ± 24.74
		t=-0.711, p=0.478	t=-0.197, p=0.844
Sınıf	1.sınıf	148.78 ± 22.23	152.14 ± 30.44
	2.sınıf	149.92 ± 20.70	146.81 ± 21.40
	3.sınıf	153.58 ± 22.33	146.72 ± 24.03
	4.sınıf	151.54 ± 22.99	152.62 ± 20.01
		F=1.454, p=0.226	F=1.366, p=0.253
Yaşamı boyunca en uzun sürede yaşadığı yerleşim birimi	İl	149.39 ± 21.80	150.03 ± 23.29
	İlçe	149.98 ± 21.58	148.34 ± 25.09
	Köy	152.78 ± 23.18	168.16 ± 16.83
		F=0.847, p=0.429	F=1.914, p=0.149
Mezun olduğu lise	Anadolu+Fen+S üper lise	150.46 ± 21.95	152.80 ± 22.56
	Düz lise	149.65 ± 22.12	149.62 ± 25.14
	Diğer liseler	147.73 ± 22.40	148.68 ± 19.89
	SML	148.42 ± 14.79	-
		F=0.254, p=0.859	F=0.537, p=0.585
Aile yapısı	Çekirdek aile	149.56 ± 21.32	150.81 ± 23.22
	Geniş aile	151.80 ± 23.13	148.85 ± 24.48
	Parçalanmış aile	158.37 ± 33.15	143.12 ± 26.94

		F=1.601, p=0.202	F=0.860, p=0.424
Yaşlı ile aynı evde yaşama	Yaşayan	149.84 ± 21.75	152.44 ± 29.87
	Yaşamayan	150.06 ± 21.92	149.67 ± 22.30
		t=-0.095, p=0.925	t=0.722, p=0.471

Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği'nden elde edilen puan ortalamalarının, öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; HF ve BESYO öğrencilerin yaş grubunun, cinsiyetinin, okuduğu sınıfın, yaşamı boyunca en uzun sürede yaşadığı yerleşim biriminin, mezun olduğu lisenin, aile yapısının, yaşlı ile aynı evde yaşama durumunun yaşlıya karşı tutumlarını etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Öğrencilerin Yaşlılara İlişkin Görüşlerine Göre Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği'nden Elde Edilen Toplam Puan Ortalamaları

		HF X ± SS	BESYO X ± SS
Yaşlıya bakım verme	Bakım veren	153.24 ± 22.77	151.86 ± 28.78
	Bakım vermeyen	149.38 ± 21.66	149.73 ± 22.38
		t=1.773, p=0.077	t=0.585, p=0.559
Yaşlı ile iletişim kurarken sosyal doyum alma düzeyi	Az	138.60 ± 24.64	145.02 ± 19.65
	Orta	148.99 ± 19.73	148.62 ± 22.85
	Çok	161.26 ± 20.72	164.91 ± 27.41
		F=40.269, p=0.000*	F=11.984, p=0.000*
İleride yaşlı ile yaşamayı isteme	İsteyen	157.67 ± 19.88	157.12 ± 21.54
	İstemeyen	142.02 ± 21.03	144.25 ± 23.71
		t=10.270, p=0.000*	t=4.820, p=0.000*

Yaşlıya bakım veren ve vermeyen HF ve BESYO öğrencilerinin yaşlıya karşı tutumları arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Yaşlı ile iletişim kurmaktan sosyal doyum alma düzeyinin HF öğrencilerinin (F=40.269, p=0.000) ve BESYO öğrencilerinin (F=11.984, p=0.000) yaşlılara karşı tutumunu etkilediği saptanmıştır. İleride yaşlı ile yaşamak istemenin HF (t=10.270, p=0.000) ve BESYO öğrencilerinin (t=4.820, p=0.000) tutumunu etkilediği bulunmuştur (Tablo 5).

Bu araştırmada HF ve BESYO öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları incelenmiş, iki farklı bölümde eğitimlerini sürdüren üniversite öğrencilerinin yaşlılara karşı olumlu bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Bu sonucun her iki gruptaki öğrencilerin ülkemizde yaşlılara yönelik değer yargıları konusunda ailesel ve çevresel etkilenme ile ilişkili olabileceği söylenebilir. Tarihsel olarak sağlık bakım profesyonellerinin yaşlılara karşı tutumu, genel toplumun tutumuna çok benzerdir (Lovell 2006).

Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylere karşı tutumlarını belirlemek ve gelecekte yaşlı ile çalışmayı tercih edip etmeyeceğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, öğrencilerin tutum puanı (149.13) yüksek bulunmuştur ve eğitimleri tamamlandığında bu puan daha da artmıştır (King, Roberts ve Bowers 2013).

Tıp Fakültesinde okuyan öğrenciler ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin eğitimlerinde edindikleri bilgilerin ve deneyimlerin, onların yaşlı bireylere karşı tutumlarını etkilediği ve geriatri eğitimine birinci sınıftan başlanması gerektiği vurgulanmıştır (Cankurtaran et al.2006). Tıp ve hemşirelik öğrencilerinin (n=275) Çinli yaşlı popülasyona ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, yaşlı tutum puan ortalaması 144.30 ± 17.89 olarak tespit edilmiştir (Wang et al. 2009). Yaşlılık ile ilgili bilgilerini arttırlarsa ve yaşlılara karşı tutumlarını olumlu yönde değiştirirlerse yaşlılarla çalışmaya istekli olup olmayacaklarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin %25-52'sinin 3 yıl sonra yapılan post-testte yaşlılarla çalışmak istediklerini belirtmişler ve ana kampüsteki öğrenciler post-testte anlamlı derecede daha az olumsuz tutum göstermişlerdir (Shoemake, Bowman, Lester 1998).

Ortaokul öğrencilerine, öğrenci hemşirelere, mezun hemşirelere yaşlı tutum ölçeğinin uygulandığı bir çalışmada, yaşlılara karşı olumsuz tutum göstermedikleri, ancak hemşirelik okulunda okumanın ya da hemşire olmanın daha olumlu bir tutuma yol açmadığı bulunmuştur (Slevin 1991).

HF ve BESYO öğrencilerin yaş grubunun yaşlıya karşı tutumlarını etkilemediği saptanmıştır. İsveç'te yapılan bir çalışmada 25 yaş altı hemşirelik öğrencilerin yaşlılara karşı daha pozitif tutum sergiledikleri tespit edilmiştir (Söderhamn ve ark. 2001). Çalışmada, her iki gruptaki öğrencilerin yaş gruplarının yaşlıya karşı olumsuz tutumunu etkilemediği saptanmıştır. Wang ve ark'nın (2009) çalışmasında kız öğrencilerin, yaşça daha küçük olanların ve hemşirelik öğrencilerinin tutumları daha olumlu bulunmuştur.

Ürdün'de yapılan bir çalışmada erkek hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara karşı daha olumlu tutum gösterdikleri saptanmıştır (Hweidi ve Al-Obeisat 2006). Slevin'in çalışmasında (1991) erkeklere oranla kadınlarda daha az olumsuz tutum görülmüştür. Benzer bir çalışmada kız öğrencilerin yaşlı bireylere karşı olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır (Güven ve ark. 2012). Çalışmada cinsiyetin yaşlılara yönelik tutumu etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 4). Bu sonuç literatür ile uyumlu bulunmamıştır ve her iki cinsiyetteki öğrencilerin toplumda yaşlılığa ilişkin benzer bilgi ve deneyimler edinmesine bağlanabilir.

Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine göre yaşlanma ve yaşlılığa yönelik daha olumlu düşünce ve görüşlere sahip oldukları ortaya konmuştur (Kulakçı 2010). Hughes ve ark.'nın (2008) yaptığı bir çalışmada dördüncü sınıfta okuyan tıp öğrencilerinin ilk yıla göre yaşlılara karşı daha iyi tutum gösterdikleri saptanmıştır. Hemşirelik eğitiminin ilk ve son sınıf öğrencilerinde yaşlılara karşı tutumlarının nasıl etkilendiği arasında farklılık bulunmuştur. Fakültede okuyan hemşirelik öğrencilerinin 4 yıllık eğitim süreçleri boyunca tutumlarının değişmediği saptanmıştır ancak 2. ve 4. sınıfın başlangıcında olumlu tutumda azalma olduğu, olumsuz tutumda yükselme olduğu ortaya çıktığı, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Holroyd ve ark. 2009). Çalışmamızda HF öğrencilerinin okuduğu sınıf yaşlılara yönelik tutumunu etkilememiştir (Tablo 4). Bu sonuç farklı sınıflarda okuyan öğrencilerin eğitim ortamında yaşlılığa ilişkin benzer deneyimler edinmesine bağlanabilir.

Kırsal bölgede yaşayan yaşlılar sosyal, ekonomik ve bakım ile ilgili daha az sorun yaşamaktadır. Kentsel bölgede yaşlı aile üyesi ile aynı evi paylaşma zorunluluğu, kuşak çatışması, ekonomik güçlükler aile dinamiklerinin bozulmasına neden olmaktadır (Karadakovan 2014). Çalışmamızda HF ve BESYO öğrencilerinin yaşamı boyunca en uzun sürede yaşadığı yerleşim birimi yaşlılara yönelik tutumunu etkilememiştir (Tablo 4). Bu sonuç yaşamı boyunca en uzun süre farklı yerleşim birimlerinde yaşayan öğrencilerin toplumdaki benzer biçimde etkilenmelerine bağlanabilir.

Güven ve ark.'nın (2012) çalışmasında normal lise mezunlarının yaşının yaşamını sınırlama, yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık puanlarının süper/fen/özel lise ve kolej mezunlarından yüksek olduğu bulunurken çalışmamızda öğrencilerin mezun olduğu lise yaşlı tutumunu etkilememiştir.

Yaşlı ile iletişim kurarken algılanan sosyal doyum düzeyi arttıkça, hem HF hem de BESYO öğrencilerin tutum puanlarında artma olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bu doğal ve beklenen bir sonuçtur. Yaşlı ile aynı evde yaşamak isteyen HF ve BESYO öğrencilerinin yaşlıya karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 5). Bu sonuç, yaşlı birey ile aynı evde yaşayan HF ve BESYO öğrencilerinin bu yakın iletişim sırasında olumlu deneyim yaşamalarına bağlanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık eğitimi gören HF ile sağlık eğitimi görmeyen BESYO'nda okumakta olan üniversite öğrencilerin yaşlılara ilişkin tutumları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t=0.047$, $p=0.963$) ancak her iki gruptaki öğrencilerin yaşlılara karşı olumlu bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır.

Yaşlı ile iletişim kurarken algılanan sosyal doyum düzeyi arttıkça, hem HF hem de BESYO öğrencilerin tutum puanlarında artma olduğu saptanmıştır Yaşlı ile aynı evde yaşamak isteyen HF ve BESYO öğrencilerinin yaşlıya karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Üniversite öğrencilerine yaşlı bireyler ile etkileşimde bunabilecekleri aktivitelerin sosyal sorumluluk kapsamındaki derslerde planlanması ve yürütülmesi,
- Çalışmanın daha geniş bir örnekleme de tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Armstrong Esther CA, Sandilands ML, Miller D. Attitudes and Behaviours of Nurses Towards The Elderly in An Acute Care Setting. *J Adv Nurs* 1989; 14(1): 34-41. (abstract).
- Beğner T, Yavuzer H, Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim* 2012; 25: 1-3.
- Cankurtaran M, Halil M, Ulger Z ve ark. Influence of Medical Education on Students' Attitudes Towards The Elderly *Journal of The National Medical Association* 2006; 98(9):1518-1522.
- Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004; 7(4): 225-230.
- Duyan V, Gelbal S. Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği'nin Bir Grup Üniversite Öğrencisi Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013; 16(2): 202-209.
- Evers C, Ploeg J, Kaasalainen S. Case Study of the Attitudes and Values of Nursing Students Toward Caring for Older Adults. *Journal of Nursing Education* 2011; 50(7): 404-409. (abstract).
- Fagerberg I, Ekman SL. Caring for Elderly Patients: A Longitudinal Study of Swedish Nursing Students' Narratives. *Health Care in Later Life* 1998; 3(4): 258-271. (abstract).
- Fitzgerald JT, Wray LA, Halter JB ve ark. Relating Medical Students Knowledge, Attitudes, and Experience to An Interest in Geriatric Medicine. *Gerontologist* 2003; 43: 849-855.
- Giardina Roche C, Black ME. Attitudes of Diploma Student Nurses Toward Adult Clients. *J Nurs Educ* 1990; 29(5): 208-14. (abstract).
- Güven ŞD, Ucakan Muz G, Efe Ertürk N. Üniversite Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları ve Bu Tutumların Bazı Değişkenlerle İlişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15(2): 99-105.
- Happell B. Nursing Home Employment for Nursing Students: Valuable Experience or A Harsh Deterrent? *Journal of Advanced Nursing* 2002; 39: 529-36.
- Holroyd A, Dahlke S, Fehr C ve ark. Attitudes Toward Aging: Implications for A Caring Profession. *J Nurs Educ* 2009; 48(7): 374-80. (abstract).
- Hughes NJ, Soiza RL, Chua M ve ark. Medical Student Attitudes Toward Older People and Willingness to Consider A Career in Geriatric Medicine. *Journal of The American Geriatrics Society* 2008; 56(2): 334-338.
- Hweidi IM, Al Obeisat SM. Jordanian Nursing Students' Attitudes Toward The Elderly. *Nurse Education Today* 2006; 26: 23-30.
- Karadakovan A. Yaşlı Sağlığı ve Bakım. 1.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. Özyurt Matbaacılık; 2014.
- Kearney N, Miller M, Paul J ve ark. Oncology Healthcare Professionals' Attitudes Toward Elderly People. *Annals of Oncology* 2000; 11: 599-601.
- King BJ, Roberts TJ, Bowers BJ. Nursing Student Attitudes Toward and Preferences for Working with Older Adults. *Gerontology & Geriatrics Education* 2013; 34(3): 272-291.

- Kogan N. Attitudes Toward Old People: The Development of A Scale and An Examination of Correlates. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1961; 62(1): 44-54.
- Kulakçı H. Hemşirelik Lisans Programı Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Yaşlılık ve Yaşlanmaya İlişkin Düşüncelerinin ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *DEUHYO ED* 2010; 3: 15-22.
- Lee Y. Measures of Student Attitudes on Aging. *Educational Gerontology* 2009; 35: 121-34.
- Lovell M. Caring for The Elderly: Changing Perceptions and Attitudes. *J Vasc Nurs* 2006; 24: 22-26.
- McKinlay A, Cowan S. Student Nurses'Attitudes Towards Working with Older Patients. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43(3): 298- 309.
- Oyetunde MO, Ojo OO, Ojewale LY. Nurses' Attitude Towards The Care of The Elderly: Implications for Gerontological Nursing Training. *Journal of Nursing Education and Practice* 2013; 3(7): 150-158.
- Rogan F, Wyllie A. Engaging Undergraduate Nursing Students in The Care of Elderly Residents in Australian Nursing Homes. *Nurse Education in Practice* 2003; 3: 95-103.
- Shoemaker AF, Bowman SS, Lester TG. Gerontological Nursing Education: A Professional and Personal Challenge for Future Baccalaureate Faculty and Students. *Educational Gerontology* 1998; 24(5): 491-507.
- Slevin OD. Ageist Attitudes Among Young Adults: Implications for A Caring Profession. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16(10): 1197-1205. (abstract).
- Soyuer F, Ünalın D, Güleser N ve ark. Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları ve Bu Tutumların Bazı Demografik Değişkenlerle İlişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* 2010; 3(2): 20-25.
- Söderhamn O, Lindencrona, C, Gustavsson SM. Attitudes Toward Older People Among Nursing Students and Registered Nurses in Sweden. *Nurse Education Today* 2001; 21: 225-229.
- Trehan G. Attitudes Towards The Care of Elderly People: Are They Getting Better? *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15(7): 777-781.
- Wang CC, Liao WC, Kao MC ve ark. Taiwanese Medical and Nursing Student Interest Levels in and Attitudes Towards Geriatrics. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38: 230-236.
- Yılmaz E, Özkan S. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(2): 35-53.

HASTALARIN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ

THE LEVEL OF SATISFACTION OF PATIENTS' FROM NURSING SERVICES

Ar.Gör.Aliye OKGÜN ALCAN* Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN*

Ar.Gör.Burçak ŞAHİN KÖZE* Vildan TANIL** Belgin İYİK AKSAKAL***

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

**E.Ü.Tıp Fakültesi Hast. Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi

***E.Ü. Tıp Fakültesi Hast. Aile Planlaması ve İnfertilite Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhemşiresi

ÖZET

Amaç: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışma hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma örneklemini 11 Şubat – 29 Mart 2013 tarihleri arasında İzmir ilinde bir üniversite hastanesinde en az üç gün hastanede yatıp taburcu olmasına karar verilen, okuryazar, sözel iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 835 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu ile Demir ve Eşer tarafından geliştirilen Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği kullanıldı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, SPSS (Statistical Package for Social Science) 16.0 programı kullanılarak sayı yüzde, Spearman Korelasyon Analizi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis analizleriyle yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet ölçeği toplam puan ortalaması 147.76 ± 20.29 olarak belirlendi. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamalarının yaş, cinsiyet, sosyal güvence, hastaneye yatış şekli, ameliyat olma durumu ve hastanede kalma süresinden etkilendiği görüldü ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışma sonucunda, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik hizmetleri, hasta, memnuniyet, ölçek.

ABSTRACT

Objective: This descriptive research was designed to determine the level of satisfaction of patients' for nursing care.

Methods: Reseach sample was consisted of 835 patients who were inpatient minimum 3 days and determined to be discharged, lettered, orally communicate and volunteer to participate in study; in a university hospital in İzmir between 11st February and 29th March 2013. The data was collected with the data collection form developed by authors and Scales of Satisfaction for Nursing Care developed by Demir and Eşer. The statistically data analysis was performed with SPSS for

Windows 16.0 by number, percentage, Spearman Correlation analysis, Mann Whitney U and Kruskal Wallis analysis.

Results: *It was determined that the total satisfaction point of the patients participated this study was 147.76±20.29. It was seen that the level of satisfaction of patients' for nursing care was affected by age, gender, social insurance, type of hospital admission, status of being operated and length of hospital stay.*

Conclusion: *As a result, it was determined that the satisfaction levels for nursing care of patients' included in the study were high level.*

Key words: *Nursing care, patient, satisfaction, scale.*

GİRİŞ

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup bakım kalitesinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Hizmetin sunumunu, varlığını, sürekliliğini, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır (Yılmaz 2001, Kuzu ve Ulus 2014).

Hastaların gereksinimlerini karşılamak için diğer sağlık çalışanlarına göre hastaların yanında daha uzun süre geçiren ve bu sırada hastanın nasıl etkilendiğini en iyi gözlemleyen sağlık çalışanı hemşirelerdir. Bu nedenle sağlık sektöründe hasta memnuniyetini arttırmak için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemli yer tutmaktadır (Yılmaz 2001, İçyeroğlu ve Karabulutlu 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2013, Kuzu ve Ulus 2014). Ayrıca Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) sağlık bakım organizasyonları içinde belirlediği yedi indikatörden birisi hasta memnuniyetidir (Demir ve Eşer 2011).

Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin belirlenmesi; hastaların bakıma katılmalarını, hasta – hemşire arasındaki iletişimin güçlendirilmesini, bakımın kalitesinin değerlendirilip bakıma etkisi olan faktörleri saptamayı, hizmette yer verilmesi ve düzeltilmesi gereken öğelerin belirlenmesini sağlamaktadır (Demir ve Eşer 2005). Bakım kalitesinin kriterlerinden biri olan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerinin saptanması; bu konuda yapılan çalışmalara destek sağlayarak hemşirelik bakımının gelişiminde yol göstermeye yardımcı olacaktır (Yılmaz 2001).

AMAÇ

Bu çalışma hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Çalışma, 11 Şubat – 29 Mart 2013 tarihleri arasında İzmir ilinde bir üniversite hastanesinde yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini 11 Şubat – 29 Mart 2013 tarihleri arasında İzmir ilinde bir üniversite hastanesinde yatan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini en az üç gün hastanede yatıp taburcu olmasına

karar verilen, okuryazar, sözel iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 835 hasta oluşturdu.

Araştırmanın Veri Toplama Aracı: Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu (17 soru) ve Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği (34 soru) kullanıldı.

Veri Toplama Formu: Bu form hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, çalışma durumu, yaşadığı yer, sosyal güvence ve gelir durumu) ve hastanede yatış (yattığı klinik, daha önceden hastanede yatış öyküsü, başvuru şekli, tedavi gördüğü odada birlikte kaldığı hasta sayısı, hastanede kalma süresi, ameliyat olma durumu, yoğun bakım ünitesinde kalma durumu ve refakatçisinin bulunma durumu) özelliklerine ilişkin değişkenleri içermektedir.

Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği: Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği, Demir ve Eşer tarafından 2004 yılında hastaların hemşirelik hizmetlerine ilişkin memnuniyetlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 34 maddeden oluşan, 5'li likert tipinde olup "hiç memnun değildim: 1", "az memnundum: 2", "kararsızım: 3", "memnundum: 4", "çok memnundum: 5" puan verilerek değerlendirilmektedir. Ölçekteki ifadelerin tümü olumludur. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.96 olup, en az 34 ve en fazla 170 puan alınmaktadır. Ölçeğin bir kesme puanı yoktur. Ölçek puanı arttıkça hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyi de artmaktadır (Demir ve Eşer 2005).

Veri Toplama Yöntemi: Taburcu olmasına karar verilen ve çalışma kriterlerine uyan hastalara araştırma hakkında açıklama yapıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar o anda boş olan başka bir odaya alındı. Veri toplama araçları hastalara verilerek doldurmaları istendi. Veri toplama araçlarının uygulanma süresi ortalama 10 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi: Elde edilen veriler SPSS (Statistical Program for Social Sciences) 16.0 istatistik programında kodlandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları kullanıldı. Ölçek puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov Smirnov Testi kullanıldı. Parametrik olmayan veriler için Spearman Korelasyon Analizi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis testi kullanıldı. Tüm sonuçlarda p değeri 0.05'den küçük değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0.05$).

Araştırmanın Etik İlkeleri: Çalışmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Komitesi'nden ve ilgili hastanenin başhekimliğinden yazılı, araştırma kapsamına alınan hastalardan sözlü izin alındı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışma kapsamına alınan 835 hastanın %58.8'i (n=491) kadın, %77.5'i (n=647) evli, %42.8'i (n=357) ilkökul mezunu, %39.9'u (n=333) ev hanımı, %72.9'u (n=609) herhangi bir işte çalışmıyor ve %93.3'ü (n=779) sosyal güvenceli olduğu saptandı (Tablo 1). Hastaların yaş ortalamasının 47.80 ± 17.72 (min:18 maks:92) olduğu ve %50.5'inin (n=422) gelir durumu gelir gidere denk olarak belirlendi (Tablo 1).

Tablo1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde	Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ort	Anlamlılık
Cinsiyet				
Kadın	491	58.8	145.79±21.63	p:0.003 p<0.05
Erkek	344	41.2	150.58±17.85	
Medeni Durum				
Bekar	188	22.5	148.29±20.51	p:0.779 p>0.05
Evli	647	77.5	147.61±20.23	
Eğitim Durumu				
İlkokul mezunu	357	42.8	148.42±20.73	p:0.961 p>0.05
Ortaokul mezunu	193	16.6	148.11±19.31	
Lise mezunu	197	23.6	147.35±19.09	
Üniversite mezunu	142	17.0	146.36±21.79	
Meslek				
Öğrenci	33	4.0	147.88±16.89	p:0.057 p>0.05
Memur	68	8.1	145.32±23.71	
Serbest meslek	73	8.7	150.19±18.29	
İşçi	109	13.1	151.53±17.59	
Emekli	219	26.2	149.61±17.84	
Ev hanımı	333	39.9	145.27±22.25	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	226	27.1	148.49±20.69	p:0.347 p>0.05
Çalışmıyor	609	72.9	147.49±20.14	
Yaşadığı Yer				
Köy/kasaba	112	13.4	150.03±18.51	p:0.423 p>0.05
İlçe	352	42.2	147.96±19.62	
Büyük şehir	374	44.4	146.89±21.38	
Sosyal Güvence				
Yok	56	6.7	147.42±20.40	p:0.043 p<0.05
Var	779	93.3	152.52±18.20	
Gelir Durumu				
Gelir giderden az	306	36.6	150.96±21.22	p:0.102 p>0.05
Gelir gidere denk	422	50.5	147.59±20.24	
Gelir giderden fazla	107	12.8	146.88±19.98	
Toplam	835	100		

Tablo 2. Hastaların Hastanede Yatış Özelliklerine Göre Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastanede Yatış Özellikleri	Sayı	Yüzde	Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ort	Anlamlılık
Önceki Hastane Deneyimi				
Deneyimi olan	607	72.7	147.53±20.73	p:0.652 p>0.05
Deneyimi olmayan	228	27.3	148.39±19.07	
Hastaneye Başvuru Şekli				
Acil	359	43.0	146.00±20.40	p:0.016 p<0.05
Planlı	476	57.0	152.52±18.20	
Tedavi Gördüğü Odada Bulunan Hasta Sayısı				
Özel oda	281	33.7	147.95±20.49	p:0.731 p>0.05
İki	240	28.7	148.38±19.39	
Üç	201	24.1	147.09±22.25	
Dört ve üzeri	105	12.6	147.15±17.14	
Yoğun bakım ünitesi	8	1.0	147.63±29.07	
Ameliyat Olma Durumu				
Olan	418	50.1	148.80±20.81	p:0.029 p<0.05
Olmayan	417	49.9	146.73±19.72	
Yoğun Bakım Ünitesinde Yatma Durumu				
Yatan	362	43.4	148.03±20.87	p:0.394 p>0.05
Yatmayan	473	56.6	147.56±19.85	
Refakatçi Bulunma Durumu				
Bulunan	665	79.6	147.68±20.54	p:0.928 p>0.05
Bulunmayan	170	20.4	148.07±19.34	
Toplam	835	100		

Hastaların %72.7'sinin (n=607) daha önce hastanede yattığı % 57.0'sinin (n=476) hastaneye yatışının planlı olarak yapıldığı, %33.7'sinin özel odada kaldığı, %50.1'inin (n=418) ameliyat olduğu, %43.4'ünün yoğun bakım ünitesinde yattığı ve %79.6'sinin (n=665) refakatçisinin olduğu belirlendi (Tablo 2). Araştırma kapsamına alınan hastaların %53.7'sinin (n=448) dahili, %46.3'ünün (n=387) cerrahi birimlerde tedavi gördüğü ve hastanede kalma sürelerinin ortalama 10.69±12.29 (min:3 maks:111) gün olduğu belirlendi.

Çalışma kapsamına alınan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet ölçeği toplam puan ortalamalarının 147.76±20.29 olduğu ve memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu değerlendirildi. Ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmada da hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Dolgun ve Yavuz 2011). (O'Connell ve arkadaşları 1999, Akın ve Erdoğan 2007, Yıldız Fındık ve arkadaşları 2010, Demir ve arkadaşları 2011, İçyeroğlu ve Karabulutlu 2011, Arslan ve arkadaşları 2012, Atallah ve ark 2013, Şişe 2013, Merkouris ve arkadaşları 2013, Wright ve ark 2013, Kuzu ve Ulus 2014). Hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde hastalardan alınan geri bildirimlerin önemli bir yer tuttuğu ve hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olmasının hemşirelik

hizmetlerinin en önemli kalite göstergesi olduğu belirtilmektedir (Yılmaz 2001, Demir ve Eşer 2011, İçyeroğlu ve Karabulutlu 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2013, Kuzu ve Ulus 2014) Bu doğrultuda hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu bu çalışmada verilen hemşirelik bakımının kalitesinin yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Hastaların yaşları ile hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r:0.072$ $p:0.037$ $p<0.05$). Bu doğrultuda hastaların yaşları arttıkça hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin arttığı söylenebilir. Yapılan çalışmalarda da ileri yaştaki hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Uzun 2001, Akın ve Erdoğan 2007, Yıldız Fındık 2010, Demir ve arkadaşları 2011, İçyeroğlu ve Karabulutlu 2011, Koç ve arkadaşları 2011, Johansson ve arkadaşları 2002, Tuğut ve Gölbaşı 2013, Kuzu ve Ulus 2014, Fenton ve arkadaşları 2014). Bu durumun yaşın ilerlemesiyle bireylerin daha olgun hale gelmelerinden, iletişime daha fazla önem vermelerinden, sağlık çalışanları ile daha rahat iletişim kurabilmelerinden ve gençlerin daha eleştirel bir rol benimsemelerinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Demir ve arkadaşları 2011).

Çalışmada erkek hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin (150.58 ± 17.85) kadın hastalara (145.79 ± 21.63) oranla anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı (U:74396.5 $p:0.003$ $p<0.05$) (Tablo 1). Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalarda da benzer sonuçlar belirtilmekte olup bu durumun kadınların hizmet değerlendirmede erkeklere göre daha eleştirel yaklaşımda bulunmalarından ve sağlıklarına erkeklerden daha fazla önem vermelerinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Johansson ve arkadaşları 2002, Yıldız Fındık ve arkadaşları 2010, Demir ve arkadaşları 2011, Koç ve arkadaşları 2011, Arslan ve arkadaşları 2012).

Çalışmamızda hastaların medeni durumları ile hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (U:60006.5 $p:0.779$ $p>0.05$) (Tablo 1). Literatürde de hastaların medeni durumlarının hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini etkilemediğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (Akın ve Erdoğan 2007, Demir ve arkadaşları 2011, İçyeroğlu ve Karabulutlu 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2013).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, hastaların öğrenim durumlarıyla hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında tutarlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Literatürde eğitim seviyesi yüksek bireylerin mesleklerin gruplarının görev, yetki, sorumlulukları hakkında bilgi ve beklentilerin yüksek olduğu; bu beklentiler yerine getirilmediğinde memnuniyet düzeylerinin azaldığı belirtilmektedir (Yılmaz 2001, Akın ve Erdoğan 2007, Geçkil ve arkadaşları 2008). Buna karşın, hastaların memnuniyet düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını savunan araştırmacılar da bulunmaktadır (Akın ve Erdoğan 2007, Demir ve arkadaşları 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2013). Bizim çalışmamızda da hastaların öğrenim durumlarının hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini etkilemediği belirlendi ($X^2:0.296$ $p:0.961$ $p>0.05$) (Tablo 1).

Literatürde hastaların yaşadıkları yerin hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyini etkilemediğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (İçyeroğlu ve Karabulutlu 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2013). Bizim çalışmamızda da hastaların yaşadıkları yer ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($X^2:1.722$ $p:0.423$ $p>0.05$) (Tablo 1). Bu sonuç hastaların yaşadıkları yerin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerini etkilemediğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (U:18312.0 $p:0.043$ $p<0.05$) (Tablo 1). Koç ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da sosyal güvencesi olmayan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çalışma durumları ve gelir durumları ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Sırasıyla U:65926.5 $p:0.347$ $p>0.05$; $X^2:4.563$ $p:0.102$ $p>0.05$) (Tablo 1). Akın ve Erdoğan (2007) ile Tuğut ve Gölbaşı (2013) tarafından yapılan çalışmalarda da hastaların memnuniyet düzeylerinin çalışma ve gelir durumundan etkilenmediği saptanmıştır. Bulgularımız bu çalışmaların sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Literatürde hastaların daha önceden hastanede yatma deneyiminin hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyini etkilemediği belirtilmiştir (Demir ve arkadaşları 2011, İçyeroğlu ve Karabulutlu 2011, Şişe 2013). Çalışmamızda da literatüre paralel olarak daha önce hastaneye yatma deneyimi ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (U:67808.5 $p:0.652$ $p>0.05$) (Tablo 2).

Hastaneye planlı olarak yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin acil yatan hastalardan anlamlı olarak yüksek bulundu (U:77184.5 $p:0.016$ $p<0.05$) (Tablo 2). Fenton ve arkadaşları (2014) hastaneye yatışı planlı olarak yapılan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların hastane odalarını paylaştığı hasta sayısının ($X^2:2.025$ $p:0.731$ $p>0.05$) ve yoğun bakım ünitesinde kalma durumunun (U:82691.5 $p:0.394$ $p>0.05$) hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyini etkilemediği belirlendi (Tablo 2). Kuzu ve Ulus (2014) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da oda tipinin memnuniyet düzeyini etkilemediği belirlenmiştir.

Dahili birimlerde tedavi gören hastaların memnuniyet puan ortalamaları (147.92 ± 18.97) cerrahi birimlerde tedavi gören hastalardan (147.58 ± 21.74) daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (U:84835.5 $p:0.591$ $p>0.05$). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda dahili kliniklerde tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Uzun 2001, Akın ve Erdoğan 2007, Koç ve arkadaşları 2011).

Bu çalışmada ameliyat olan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin ameliyat olmayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi (U:79612.5 $p:0.029$ $p<0.05$) (Tablo 2). Bu farkın ameliyat olmanın daha somut

sonuçlara neden olmasından dolayı memnuniyet düzeyini yükselten bir faktör olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada hastanede kalma süresi uzadıkça hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin anlamlı olarak arttığı saptandı ($r:0.091$ $p:0.009$ $p<0.05$). Benzer olarak Tokunaga ve Imanaka (2002), Yıldız Fındık ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmalarda da hastanede uzun süre kalan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların refakatçi bulundurma durumlarının hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı belirlendi ($U:56274.0$ $p:0.928$ $p>0.05$) (Tablo 2). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada da hastaların refakatçi bulundurmasının memnuniyet düzeylerini etkilemediği saptanmıştır (İçyeroğlu ve Karabulutlu 2011). İçyeroğlu ve Karabulutlu (2011) bu durumun refakatçilerin herhangi bir ihtiyaç durumunda hemşireden önce hastanın ihtiyaçlarını karşılamasının hastaların hemşirelerden beklentilerini azaltabileceğinden ve böylece memnuniyet düzeylerinin yükseltebileceğinden kaynaklandığını belirtmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini yaş, cinsiyet, sosyal güvence, hastaneye yatış şekli, ameliyat olma durumu ve hastanede kalma süresinin etkilediği belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerinin düzenli olarak ölçülmesi
- Hemşirelerin hastalara bakım verirken memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörleri göz önünde bulundurması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akın S, Erdoğan S. The Turkish Version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale Used on Medical and Surgical Patients. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 646-653.
- Arslan S, Nazik E, Tanrıverdi D, Gürdil S. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 2012; 11(6): 717-724.
- Atallah MA, Hamdan-Mansour AM, Al-Sayed MM, Aboshaiqah AE, Patients' Satisfaction With the Quality of Nursing Care Provided: the Saudi Experience.. *Int J Nurs Pract*. 2013 Dec;19(6):584-90
- Demir Y, Eşer İ. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetlerine İlişkin Bir Ölçek Çalışması. *Hastane Yönetimi Dergisi* 2005; 1: 31-42.
- Demir Y, Gürol Arslan G, Eşer İ, Khorshid L. Bir eğitim Hastanesinde Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem Derg* 2011; 19(2): 68-76.
- Dolgun E, Yavuz M. Günübirlik Cerrahide Çocuk Hastaların Hemşirelik Bakımı İçin Yeniden Yapılanma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2011;27(3):45-54.

- Fenton JJ, Jerant AF, Franks P. Influence of Elective Versus Emergent Hospital Admission on Patient Satisfaction. *J Am Board Fam Med* 2014; 27(2): 249-257.
- Geçkil E, Dündar Ö, Şahin T. Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008; 41-51.
- İçyeroğlu G, Karabulutlu E. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık hizmetleri Dergisi* 2011; 6(17): 67-81.
- Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient Satisfaction of Nursing Care in the Context of Health Care: A Literature Study. *Scand Journal of Caring Sciences* 2002; 16: 337-344.
- Koç Z, Sağlam Z, Şenol M. Patient Satisfaction With The Nursing Care in Hospital. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011; 31(3): 629-640.
- Kuzu C, Ulus B. Cerrahi kliniklerde Tedavi Gören Hastaların Aldıkları Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 5(2): 129-134.
- Merkouris A, Andreadou A, Athini E, Hatzimbalasi M, Rovithis M, Papastavrou E. Assessment of Patient Satisfaction in Public Hospitals in cyprus: A Descriptive Study. *Health Science Journal* 2013; 7(1): 28-40.
- O'Connell B, Young J, and Twigg D. Patient Satisfaction with Nursing Care: A Measurement Conundrum. *International Journal of Nursing Practice* 1999; 5(2): 72-77.
- Şişe Ş. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi* 20013; 14:69-75.
- Tokunaga J, Imanaka Y. Influence of Length of Stay on Patient Satisfaction with Hospital Care in Japan. *Int J Qual Health Care* 2002; 15: 493-502.
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Bir Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013; 10(2): 38-44.
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Bir Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10(2):38-44.
- Uzun Ö. Patient Satisfaction with Nursing Care at a University Hospital in Turkey. *Journal Nurs Care Qual* 2001; 16: 24-33.
- Wright G, Causey S, Dienemann J, Guiton P, Coleman FS, Nussbaum M. *J Nurs Adm. Patient Satisfaction With Nursing Care in an Urban and Suburban Emergency Department.* 2013 Oct;43(10):502-8.
- Yıldız Fındık U, Unsar S, Süt N. Patient Satisfaction with Nursing Care and Its Relationship with Patient Characteristics. *Nursing and Health Sciences* 2010; 12: 162-169.
- Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 5(2): 69-74.

EBOLA EPİDEMİYOLOJİSİ, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

THE EPIDEMIOLOGY, CLINICAL FEATURES AND NURSING CARE OF EBOLA

Doç. Dr. Gülnaz KARATAY*

Yard. Doç. Dr. Yedigir ÇEVİK*

Yard. Doç. Dr. Nazan GÜRARSLAN BAŞ*

Yard. Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ*

Öğr. Gör. Nursel ALP DAL*

*Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

ÖZET

Ebola, Afrika'da uzun bir süreden beri sporadik düzeyde görülürken, 2014 yılı Mart ayında yeniden pandemi düzeyinde ortaya çıkmıştır. Son salgında Zaire *Ebolavirüs* sorumludur ve öldürücülük hızı %74'e ulaşmıştır. Hastalık, etkenleri taşıyan şempanze, goril, meyve yarasaları, antilop gibi hayvanların ya da hasta/hastalıktan yaşamını yitiren insanların kan, vücut sıvıları ya derisine doğrudan temas ile bulaşmaktadır. Korunma açısından sağlık sistemlerinin uygun bir biçimde yapılandırılması yanında, formal ya da informal bakım vericilerin temas önlemlerine uyması gerekmektedir. Hemşirelerin Ebola tanısı almış bireylere bakım verirken temas önlemlerine bağlı kalarak semptomları nasıl yöneteceklerini bilmeleri, hem bulaştırıcılığı önlemek hem de hastaların yaşama tutunma olasılığını artırmak açısından önemlidir. Dolayısıyla bu makalenin hemşirelere eboladan korunma ve semptom yönetimi açısından katkı sunması beklenmektedir.

Anahtar Sözcükler: Ebola, Ebola epidemiyolojisi, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

While ebola was seen sporadically in Africa for a long time, it emerged at a pandemic level in March, 2014. Zaire ebolaviruse is responsible for the recent epidemic and fatality rate has reached 74%. Disease is transmitted by direct contact with some wild animals such as chimpanzee, gorilla, fruit bats, antelopes or with bodily fluids or skin of agent bearing patients / people who lost their lives from disease. In terms of protection, not only the health systems must be configured properly, but also the formal or informal caregivers must comply with the contact precautions. It is of great importance for the nurses to know how to manage the symptoms of individuals who have been diagnosed with Ebola while giving nursing care in accordance with contact precautions in order both to prevent the transmission of disease and to increase the likelihood of patient survival. Therefore, it is expected that this article to contribute for nurses in terms of protection from Ebola and symptom management.

Keywords: Ebola, ebola epidemiology, nursing care.

GİRİŞ

Günümüzde değişen çevresel koşullar, iklim değişiklikleri ve göç olgusu gibi faktörlerin de etkisiyle 2014 yılında pandemi düzeyinde dünya gündemine girmiş olan Ebola (WHO 2014a), mevsimsel olarak her an yeniden salgın oluşturma potansiyeli taşımaktadır. Sağlık sistemlerinin ve hemşireleri de içeren sağlık çalışanlarının, özellikle toplumda korku ve panik yaratan bu tarzda salgınlara hızlı cevap üretebilmeleri için hastalıklarla ilgili altyapı olanakları yanında bilgilerini de dinamik ve canlı tutmaları gerekir. Türkiye’de hemşirelik literatürüne bakıldığında, Ebola gibi hemorajik ateşle seyreden enfeksiyonlarda korunma ve bakım oldukça sınırlı düzeyde ele alınmıştır. Dolayısıyla bu makalede, hemşirelik literatürüne katkı sağlamak amacıyla, ebolanın tarihsel seyri, bulaşma yolları, belirti ve bulguları, ayırıcı tanı yöntemleri, korunma yolları ve ebolada hemşirelik bakımı ele alınmış ve değerlendirilmiştir. Özellikle hemşirelik bakımının, hemorajik ateşle seyreden diğer enfeksiyonlarda da symptom yönetimi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Ebolanın Tarihsel Seyri

Klinik tablosundan dolayı “hemorajik ateş virüsü” olarak da adlandırılan ebolavirüs, ilk olarak Sudan, Demokratik Kongo Cumhuriyeti ve Ebola nehri civarında görülmüştür ve ismini buradan almıştır (Bray 2014). Filovirüs (Filoviridae) ailesinden olan ebolavirüsün 5 türü bulunmaktadır. İlk türü büyük salgınlar şeklinde %55-80 öldürücülük hızı ile 1976 yılında Zaire’de tanımlanmıştır (WHO 2014a). Aynı yıl ortaya çıkan Sudan virüsünün öldürücülük hızı %50’yi bulmuş ve farklı zamanlarda dört farklı salgın şeklinde görülmüştür (WHO 2014b). Kaynağın şempanzeler olduğu anlaşılan Tai virüsü 1994’de tek vaka şeklinde görülmüştür. Bandibugyo virüsü 2007 yılında Uganda’da %30’ları bulan daha düşük öldürücülük hızı ile ortaya çıkmış ve sekanslamada virüsün fildişi sahillerinde görülen virüse yakın olduğu anlaşılmıştır. Beşinci ebola virüsü olan Reston Virüsü, 1989 yılında Birleşik Devletler’de ithal makaklarda ölümcül bir salgına neden olduğu için dünya ölçeğinde dikkat çekmiş ve hayvan ticareti faaliyetlerinin durdurulmasıyla kontrol altına alınmıştır. Uzun bir süre görülmeyen Reston ebolavirüsü 2008’de Filipinlerde domuzlarda yeniden görülmüş ve serolojik testlerde domuzlara bakım veren çiftlik çalışanlarının hastalığa karşı IgG geliştirdiği anlaşılmıştır (WHO 2014c ve CDC 2014a). Genel olarak bakıldığında ebolavirüsün dört türü (Zaire, Sudan, Tai Ormanları ve Bundibugyo) insanda hemorajik ateşle seyreden şiddetli enfeksiyona neden olurken, bir türünün (Reston ebolavirüs) insan olmayan primatlarda (maymun, goril, şempanze) ve fillerde hastalık yaptığı görülmüştür.

Zaire, Sudan ve Bandibugyo Ebolovirüs türleri Afrika’da aralıklı olarak salgınlara yol açarken, 2014 yılı Mart ayında Demokratik Kongo Cumhuriyeti’nde ortaya çıkan ilk vakadan sonra Ebola, tarihindeki en büyük salgını oluşturmuş ve çok sayıda ülkeye yayılmıştır. Bu salgında Zaire *Ebolavirüs* sorumludur ve öldürücülük hızı %74’e ulaşmıştır (CDC 2014b). Salgından en fazla Guinea, Sierra Leone ve Liberia gibi sağlık sistemleri zayıf olan ülkeler etkilenmiştir.

Bulaşma Yolları

Rezervuar tam olarak bilinmemekle birlikte Ebolavirüsün doğal konakçısının Pteropodidae ailesinden meyve yarasaları olduğu düşünülmektedir. Virüs insana şempanze, goril, meyve yarasaları, antilop, kirpi gibi enfekte vahşi hayvanlardan geçmekte ve insandan insana bulaşarak salgınlar oluşturmaktadır (Küçükaltun ve Mutlu Küçükaltun 2010). Hastalık etkeni taşıyan hayvanların ya da hasta/hastalıktan yaşamını yitiren insanların kan, vücut sıvıları ya derisine doğrudan temas ile bulaşmaktadır. Ayrıca kontamine olmuş yüzey ya da materyaller aracılığıyla da insana bulaşabilmektedir (Bagcchi, 2014) Hastane veya ev ortamında hastaya kişisel koruyucu ekipmanlar olmadan temas eden formal ya da informal bakım vericilerin etkene maruz kalma ve enfeksiyon geliştirme olasılığı yüksektir (MacNeil ve Rollin 2012). Demokratik Kongo Cumhuriyeti (Kikwit)'nde 1995'de görülen Ebola salgınında hasta kişilerle doğrudan fiziksel temasta bulunan aile üyelerinin hastalandığı saptanırken doğrudan teması olmayan aile üyelerine hastalığın bulaşmadığı görülmüştür (Kahn ve ark. 1999, Kerstiens ve Matthys 1999). Etkenin deri bütünlüğü bozulmuş dokudan, ağız, burun ve göz gibi savunmasız mukoz membranlardan vücuda girişi daha kolaydır (CDC 2014c). Hastalıktan yaşamını yitirmiş kişilerin defin işlemleri sırasında vücut ile doğrudan temas edilmesi durumunda hastalık bulaşabilmektedir. Enfekte kişiler kan, anne sütü ve semeni de içeren vücut sıvılarında virüsü taşıdığı sürece bulaştırıcıdır. Erkekler, iyileştikten sonraki 7 hafta içerisinde semenlerinde virüsü taşıyabilmekte ve bulaştırabilmektedirler (WHO 2014d).

Belirti ve Bulgular

İnkübasyon süresi ortalama 8-10 (2-21) gündür. Ebolada başlangıç belirtileri nonspesifiktir ve gribe benzer semptomlar görülmektedir. Bu durum tanı koymayı güçleştirebilmektedir. Hastalık yüksek ateş ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), halsizlik, iştahsızlık, eklem ve kas ağrısı, baş ağrısı, boğaz ağrısı ile başlayıp, ardından kusma, şiddetli ishal, vücutta döküntüler (raşlar), göğüs ağrısı, nefes almakta güçlük, yutmada zorluk ile seyretmektedir. Sonraki aşamada böbrek ve karaciğer fonksiyonları bozulur, hemorajik semptomlar başlar. Hemorajik semptomlar; peteşi, burun kanaması, ekimoz, gastrointestinal kanama, yaygın damar içi pıhtılaşma bozukluğu (DIC) şeklindedir. Genellikle klinik bulguların gelişimini takiben 9-10. günler arasında çoklu organ yetmezliği, septik şok ve DIC nedeniyle ölüm gerçekleşebilir (CDC 2014d, KLİMUD 2014, T.C Sağlık Bakanlığı 2014, WHO 2014e).

Ayırıcı Tanı

Hastalığın spesifik tanısında serum antikorları (IgG ve Ig M), antijen belirleme testleri, hızlı tanı testleri ve IgM (ELISA), virus izolasyon testleri, serum nötralizasyon testi, virüse ait nükleik asitler (reverse transcriptase-Polymerase chain reaction, RT-PCR) kullanılabilir. Tifo, sıtma, şigeloz, leptospirozis, riketsiyozis, hepatit ve kolera gibi viral kanamalı ateşe sebep olan diğer etkenler araştırılarak ekarte edilmelidir (CDC 2014d, KLİMUD 2014, WHO 2014e).

Korunma

Ebola salgınına iyi yönetmek ve Ebola'dan korunmak için sağlık hizmetlerinin iyi yapılandırılmasına gereksinim vardır. Salgını yönetirken vaka yönetimi, iyi bir sürveyans sistemi ve iletişim ağının oluşturulması, nitelikli laboratuvar hizmetleri, güvenli defin ve sosyal hareketliliğin güvenli hale getirilmesi konuları oldukça önemli hale gelmektedir. Aynı zamanda bireysel düzeyde de risk faktörleri ve korunma yöntemleri konularında farkındalığın artırılması bulaştırmacılığı önlemek açısından önem taşımaktadır. Özellikle sağlık bakım alanları başta olmak üzere bütün toplumda, aşağıda belirtilen koruyucu tedbirlerin alınması hastalığı kontrol altında tutmak açısından oldukça önemlidir (Grimes 2011, WHO 2014e).

Eboladan korunmak için alınması gereken tedbirler şöyle sıralanabilir;

Hijyen kurallarına uyulmalıdır. Eller, su ve sabun ya da alkol bazlı dezenfektanlar ile yıkanmalı, kan ve vücut sıvıları ile temastan kaçınılmalıdır.

Enfekte kişilerin kan ya da vücut sıvıları ile temas etmiş materyallere dokunulmamalıdır. Evde hasta kişilere bakım verirken kişisel koruyucu ekipmanların (koruyucu önlük, eldiven, maske, gözlük, sıvı geçirmeyen ayakkabı) giyilmesi zorunludur.

Eboladan ölmüş kişilerin defin işlemleri sırasında elle teması gerektiren ritüellerden kaçınılmalıdır.

Enfeksiyon etkeni taşıma riski olan hayvanlara önlüksüz ve eldivensiz dokunulmamalıdır. Vahşi hayvanların kan, vücut sıvısı ya da çığ etlerine çıplak elle dokunulmamalı, etler çok iyi pişirilerek tüketilmelidir.

Bulaştırmacılığı önlemek açısından temaslı kişilerin 21 gün sağlık takibine alınması gerekir.

Sağlık Çalışanları İçin Koyucu Önlemler;

Hasta olsun ya da olmasın klinikte ya da evde hastaya bakım verdikten sonra ellerin düzenli olarak yıkanması ve genel hijyen kurallarına uyulması gerekir.

Ebolavirüs ile enfekte hastayla yakın temas (1 metreden az) gerekiyorsa temas önlemleri alınmalı ve bu doğrultuda yüz koruyucu (yüz maskesi veya tıbbi maske, gözlük), temiz uzun kollu önlük ve nonsteril/steril eldiven gibi ekipmanlar giyilmelidir.

Hastane ortamında enfeksiyon kontrol ve sterilizasyon önlemleri alınmalıdır.

Enfekte kişiler, diğer hastalardan izole edilmelidir.

Temas önlemleri alınmadan eboladan yaşamını yitirmiş kişilere dokunulmamalıdır.

Laboratuvar çalışanlarının hayvan ya da insanlardan numune alırken temas önlemlerine uymaları gerekir (Küçükaltun ve Mutlu Küçükaltun 2010).

EBOLADA HEMŞİRELİK BAKIMI

Ebolaya bağlı ortaya çıkan semptomların yönetiminde hemşirelik bakımı önem kazanmaktadır. Bakım sürecinde hemşirelerin hem kendilerini hem de bakmakla yükümlü olduğu diğer hastaları korumak açısından temas önlemlerine sıkı sıkıya bağlı kalarak çalışmaları gerekmektedir. AŞağıda yer alan semptomlara yönelik girişimlerin, hemşirelere, ebola tanısı almış bireylere bakım verirken katkı sağlaması beklenmektedir.

Vücut Isısında Artma: Hipertermi

Tanımlayıcı zellikler

Ateş, titreme, baş ağrısı, uŐme, terleme, halsizlik ve myalji

Neden (Risk Faktörleri)

Viral Enfeksiyon

Amaç

Hastanın vücut ısısının normal sınırlarda tutulması

Girişimler

- İnternal ve eksternal soğutma işlemleri uygulanır (Soğuk banyo, buz torbası, soğuk kompres).
- İstemplendiği Şekilde IV sıvı verilir.
- Yaşam bulguları yakından izlenir.
- Mental değişiklikler yakından izlenir.
- Enfeksiyonun tedavisi için antibiyotikler önerildiği Şekilde kullanılır.
- nerildiği Şekilde antipiretik kullanılır (Biol 2010, Erdemir 2005).

Diyare

Tanımlayıcı zellikler

İŞtahsızlık, bulantı, kanlı kusma, karın ağrısı

Neden (Risk Faktörleri)

Viral Enfeksiyon

Amaç

Önerilen sıvı ve diyetin uygulanması, aldığı-çıkardığı takibinin yapılması, normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapılmasının sağlanması, genel hijyen kurallarına uyulması, perianal bakımın yapılması.

Girişimler

- Enfeksiyon kontrolüne ve gerekli önlemlerin alınmasına karar verilir.
- Aldığı-çıkardığı takibi yapılır, dehidratasyon bulguları yönünden hasta izlenir.
- Sıvı elektrolit dengesi sağlanır.
- Perianal bölge temiz tutulur ve yumuŐatıcılar sürülür.
- Önerilen tedavi uygulanırken hasta yan etkiler yönünden izlenir (Biol 2010, Erdemir 2005).

Hava Yolları Açıklığında Yetersizlik

Tanımlayıcı özellikler

Nefes darlığı, göğüs ağrısı, öksürük, yorgunluk, nazal akıntı

Neden (Risk Faktörleri)

Öksürük ya da koyu yapışkan balgam, dispne

Amaç

Uygun hava yolu açıklığını sağlamak, sekresyonların atılımını kolaylaştırmak.

Girişimler

- Solunum hızı, ritmi, solunum sesleri, öksürük ve balgamın özelliği değerlendirilir.
- Uygun öksürme tekniği konusunda hastaya eğitim verilir.
- Hastaya uygun pozisyon verilir.
- Gerekirse hava yolları aspire edilir.
- Hasta entübe ise aspire etmeden önce oksijen verilir, aspirasyon süresinin 15 saniyeden uzun sürmemesine özen gösterilir.
- İstemplendiği şekilde IV sıvı verilir.
- Gerektiğinde postural drenaj uygulanır.
- Bireye önerilen antibiyotik tedavisi zamanında uygulanır ve yan etkileri izlenir (Biol 2010, Erdemir 2005).

Kanama Riski

Tanımlayıcı Özellikler

Peteşi, ekimoz, makropapüler raşlar, vene girilen bölgelerden kontrolsüz sızma, mukozal hemorajiler ve post-mortem visseral hemorajik effüzyonlar

Neden (Risk Faktörleri)

Ebolavirüs'ün damar yapısını bozması

Amaç

Kanama riskinin azaltılması

Girişimler

- Hasta yakından izlenerek düşme ve çarpma gibi riskler önlenir.
- Doktor istemine göre trombosit, Htc, Hb kontrolü için kan örneği alınır.
- IM enjeksiyonlardan kaçınılır, yapılması gerekiyorsa ince uç kullanılır.
- IV katater takarken dikkatli olunur, turnike fazla sıkılmaz.
- Gastrointestinal ve üriner kanal, kanamalar yönünden takip edilir.
- Deri altı kanamaları dikkatle gözlenir (Biol 2010, Erdemir 2005).

Enfeksiyon bulaştırma riski

Tanımlayıcı özellikler

Enfekte hasta ya da hastalıktan yaşamını yitirmiş kişilere, kontamine materyal ve yüzeylere doğrudan temas.

Neden (Risk Faktörleri)

Ebolavirüs'n temas ve vücut sıvıları ile bulaşması

Amaç

Bulaştırıcılığın nlenmesi

Girişimler

- Uygun izolasyon önlemleri başlatılır.
- El yıkama protokolleri uygulanır.
- Hastadan kültür ya da örnek alırken temas önlemlerine dikkat edilir.
- Aile bireyelerine gerekli bilgi verilir, hastane ortamındaki gerekli sorumluluklar anlatılır
- Çevresel kontaminasyon önlenir.
- Yatakların çevresinde yeterli boşluk bırakılması,
- Yüzeylerin düzgün, antibakteriel malzemelerden yapılması,
- Yüzeye temas eden malzemelerin mümkün olduğunca azaltılması önerilmektedir.
- Kullanılan araç-gereçler dezenfekte edilir.
- Atıkların uygun yöntemlerle toplanıp, imha edilir (Birol 2010, Erdemir 2005).

Anksiyete

Tanımlayıcı zellikler

Kötü prognoz, ölüm korkusu

Sosyal izolasyon

Beden bilincinin etkilenme tehlikesi

Bilgi eksikliği ve kontrol kaybı

Neden (Risk Faktörleri)

Ebolavirüs'n temas ve vücut sıvıları ile bulaşması nedeniyle izolasyon gerektirmesi ve hastalığın prognozunun kötü olması.

Amaç

Anksiyetenin azaltılması.

Hemşirelik Girişimleri

- Hastalık ve tedavi süreci hakkında hasta bilgilendirilir.
- Anksiyete ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilir.
- Geçmiştaki baş etme yöntemleri değerlendirilir, uygun yöntemi kullanması Sağlanır.
- Relaksasyon yöntemleri uygulanır.
- Güven ortamı oluşturulur.
- Gerekirse psikiyatri konsültasyonu önerilir (Birol 2010, Erdemir 2005).

Aktivite İntoleransı

Tanımlayıcı özellikler

Eklem ve kas ağrıları, postural hipotansiyon, baş ağrısı, yorgunluk, dispne ve konfüzyon.

Neden (Risk Faktörleri)

Viral enfeksiyon

Amaç

Aktivite toleransını artırmak.

Girişimler

- Etkin solunum egzersizleri öğretilir.
- Hasta düşük eforlu aktivitelere teşvik edilir.
- Günlük dinlenme programları planlanır ve hasta bilgilendirilir.
- Az ve yavaş aktiviteler yaptırılarak hastanın toleransı artırılır (Biol 2010, Erdemir 2005).

Sonuç olarak günümüzde bazı salgın hastalıkların seyrine bakıldığında, bir çok hastalıkta olduğu gibi Ebolada da sınırların kolaylıkla aşıldığını ve pandemi düzeyinde salgınlar oluştuğunu görebiliyoruz. Hem sağlık sistemlerinin hem de sağlık çalışanlarının Dünya'da yeni görülen ve yeniden görülen hastalıklarla mücadeleye hazır olmaları önemlidir. Bu açıdan, makalenin, son salgında pandemi düzeyinde ortaya çıkan Eboladan korunma yöntemleri ve hasta kişilerde semptom yönetimine ilişkin hemşirelik literatürünü geliştirilmesi açısından katkı sunması beklenmektedir.

KAYNAKLAR

- Bagcchi S. Ebola Haemorrhagic Fever In West Africa. *Lancet Infect Dis* 2014; 14: 375.
- Baştuğ, A., Bodur, H. Ebola Viral Disease: What Should Be Done To Combat The Epidemic in 2014? *Turk J Med Sci* (2015) 45: 1-5.
- Biol L. Hemşirelik Süreci. 5. Baskı. İstanbul : Etki Yayıncılık; 2010.
- Bray M. (December 01, 2014). Epidemiology, Pathogenesis, And Clinical Manifestations Of Ebola And Marburg Virus Disease Retrieved 01 December, 2014, from [http://www.uptodate.com/ contents/ epidemiology- pathogenesis-and -clinical- manifestations-of- ebola-and-marburg- virus-.,2014 disease?source=see_link](http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-manifestations-of-ebola-and-marburg-virus-.,2014-disease?source=see_link).
- Grimes D.E. Communicable Disease Ed: M.A Nies, M. McEwen Community/ Public Health Nursing 5. Edition Elsevier Sounders. Missouri . 2011; 489-515.
- Kahn AS, Tshioko KF, Heymann DL & et al. The Reemergence of Ebola Hemorrhagic Fever, Democratic Republic Of The Congo, 1995. *J Infect Dis* 1999;179(suppl 1):76-86.
- Kerstiens B, Matthys F. Interventions To Control Virus Transmission During An Outbreak Of Ebola Hemorrhagic Fever: Experience From Kikwit, Democratic Republic Of The Congo, 1995. *The Journal of Infectious Diseases* 1999;179 (Suppl 1):263-267
- KLİMUD (Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği). Ebola Virüs hastalığı. Retrieved 28 November, 2014, from <https://www.klimud.org/content/174/ebola-virus-hastaligi>.

- Küçükaltun M, Küçükaltun, MF. Bulaşıcı Hastalıklar ve Bakımı. Songür Eğitim Hizmetleri. Ankara; 2010. 233-235.
- MacNeil A, Rollin P.E. Ebola and Marburg Hemorrhagic Fevers: Neglected Tropical Diseases? PLoS Negl Trop Dis 2012; 6: e1546.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014, Ebola virüs hastalığı vaka yönetimi. Retrieved 17 November, 2014, from http://www.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/.../Ebola_Vaka_Yonetim_Rehberi_16_08_14.pdf.
- U.S. Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2009 Ebola Hemorrhagic Fever Information Packet; Ebola Factsheet Retrieved 17 November, 2014 (a), from <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/ebola-factsheet.pdf>.
- U.S. Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2014), Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease. Retrieved 17 November, 2014 (b), from <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html>.
- U.S. Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2014 (c) Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease. Retrieved 20 November, 2014 (c), from <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html>.
- U.S. Center for Disease Control and Prevention (CDC 2014), Retrieved 03 December 2014(d), from <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/symptoms/index.html>.
- World Health Organization (WHO), Ebola hemorrhagic fever in Zaire, 1976. Report of an International Convention. Bulletin of the World Health Organization. 1978; 56(2):271-293. Retrieved 03 December, 2014(a), from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395567/>.
- World Health Organization (WHO). Ebola hemorrhagic fever in Sudan, 1976. Report of a WHO/ International Study Team. Bulletin of the World Health Organization. 1978 ;56(2):247-270. Retrieved 03 December, 2014(b), from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395561/>
- World Health Organization (WHO), Ebola Reston in Pigs And Humans, Philippines. Weekly Epidemiological Record. 200984(7):49-50.Retrieved 03 December, 2014(c), from http://www.who.int/csr/don/2009_02_03/en/.
- World Health Organization (WHO), September 2014 Ebola Virus Disease, Retrieved 03 December, 2014(d), from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>.
- World Health Organization (WHO), 2014 Ebola and Marburg Virus Disease Epidemics, Retrieved 10 October, 2014(e), from http://www.who.int/.../disease/ebola/PACE_outbreaks.

DIYABET VE BİLİŞSEL İŞLEVLER

DIABETES AND COGNITIVE FUNCTIONS

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN*

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Diyabet tıbbi bakımın yanı sıra hastanın öz yönetimi, aile desteği ve eğitimle organların zarar görmesi ve mortaliteyi engellemenin olası olduğu birçok özelliğın birlikte değerlendirilmesi gereken prevalansı yüksek bir kronik durumdur. Diyabetik bireylerde majör depresif durum yaygın ve ekonomik yükü fazla olan merkezi sinir sistemi sorunu olarak giderek artmaktadır. Son 20 yılda yapılan çalışmalar sadece depresif semptomların değil aynı zamanda hiperglisemi, diyabet komplikasyonları, işlevsel kapasitede bozulma ve diyabetik hastalarda ölüme neden birçok etkenin de gelişmesinde rolü olduğunu göstermiştir. Bu makalede diyabet ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkiye değinilmiştir. Depresyonun eşlik ettiği diyabet gibi tıbbi durumlarda işbirlikçi ve hasta merkezli bakımla etkin girişimlerin uygulanması bireylerin yaşam kalitelerinin düzeltilmesinde ve hasta sonuçlarında olumlu etki yapacaktır.

Anahtar sözcükler: Bilişsel işlev, depresyon, demans, diyabet, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Diabetes is a highly prevalent, chronic disease that requires ongoing, multi-specialty medical care combined with patient self-management, family support, and education to prevent or delay end-organ morbidity and mortality. There is clearly an increased prevalence of major depressive disorder, a relatively common and costly central nervous system syndrome, in diabetic patients. During the past two decades, multiple studies reveal that not only are depressive symptoms a risk factor for the development of type 2 diabetes, but they have also been shown to contribute to hyperglycemia, diabetic complications, functional disability and all-cause mortality among diabetic patients. This article was prepared in order to reviews studies examining the relationship between cognitive dysfunction and diabetes. Collaborative care and the "patient-centered medical home" have emerged as potentially effective interventions to improve quality of care and patient outcomes in patients with depression and medical illnesses such as diabetes.

Keywords: Cognitive dysfunction, depression, dementia, diabetes, quality of life.

GİRİŞ

Diabetes Mellitus (DM), süregelen bir endokrin sistem sorunu olmasının yanı sıra birey ve yakınları için ruhsal, sosyal, cinsel yaşam ve ekonomik sorunlara yol açabilen bir durumdur(Güçlü ve ark 2013,Gülseren ve ark 2001, Knol & et al 2006). DM' lu bireylerde bilişsel durum bozukluğu, demans ve inme için önemli bir risk etkenidir (Brands & et al 2005, Gorelick & et al 2011). International Diabetes Federation (IDF)2013 yılında diyabet prevalansının 387 milyon olduğunu saptamış, 2035 yılında diyabetten etkilenecek 592 milyon bireyin olacağı öngörmüş, hastalığın önemli bir demans etkeni olacağı bildirilmiştir (Ali S & et al 2006). Dünyada ve Ülkemizde yaşlı nüfus artışına paralel olarak süregelen hastalıkların görülme sıklığı ve bilişsel işlevlerle ilgili bozulmalar da artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte diyabet görülme sıklığının artması, aynı zamanda erken yaşlarda diyabet tanısı konmuş bireylerde diyabetin uzun dönem komplikasyonlarının ileri yaşlarda ortaya çıkma olasılığının artması gibi nedenlerle her yaş grubu için risk oluşturan diyabete bağlı komplikasyonlar yaşlı bireyler için daha önemli risk etkeni olmaktadır (Kawamura & et al 2012). Süregelen hiperglisemi ve ciddi hipoglisemi ataklarının diyabetli bireylerde bilişsel işlev bozukluğuna neden olduğu belirtilmektedir (Bornstein & et al 2014). Bu nedenle diyabetli bireylerin yönetiminde bilişsel işlev bozulması ve bununla ilişkili sorunların önlenmesi konusunun bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesi önemi tartışmasıdır.

Bilişsel işlev nedir?

Bilişsel işlev; bilginin işlenmesi için gerekli olan işlevleri tanımlayan soyut bir kavramdır. Bellek, dikkat, algılama, konuşma yeteneği, görsel-mekânsal uyum yeteneği, psikomotor becerilerin yerine getirilmesi gibi işlevler bilişsel işlevler olarak tanımlanabilir (Bakar 2002, Mahakao & et al 2011).

Diyabet ve bilişsel işlev

DM'un bir çok doku ve organda yol açtığı komplikasyonlardan biri de beyin dokusunda uzun dönemde ortaya çıkan komplikasyonlardır (Alvarez & et al 2009, Biessels & et al 2006). Bilişsel işlevlerin bozulmasının fizyopatolojisinde metabolik ve damar yapısı ile ilgili bozulmaların önemli rolü vardır. Biessels ve ark. yaptığı sistematik review'da DM'un bilişsel işlev bozukluğuna neden olduğunu gösteren bir çok çalışma vardır (Biessels & et al 2006) Tablo 1'de DM'da bilişsel bozulmada rol oynayan potansiyel nedenler verilmiştir (Biessels & et al 2006, Strachan & et al 2010, Mc Crimon & et al 2012, Yılmaz ve ark 2013).

DM'un beyni nasıl etkilediği tam olarak anlaşılmış değildir. Serebrovasküler ve nörodejeneratif değişikliklerin birlikte etkilediği düşünülmektedir. Diyabetli bireylerde bellek ve yön bulma işlevlerinin gerçekleştiği temporal lobdaki hipokampus bölgesinde nörotransmitter salgılanması ve bunların reseptörlere bağlanması ile ilgili yapı, işlev ve kimyasal düzeydeki bozulmaların nöronlarda apoptoza neden olarak bilişsel işlevlerin bozulmasına yol açtığı bildirilmektedir (Austin, Deary 1999, Mc Crimon & et al 2012). Diyabetli bireylerde glikoz metabolizması bozukluğu nedeniyle glikoz metabolitlerinin beyinde olası toksik

etkilerinin ve frontal lobda serebrovasküler lezyonların gelişiminin de bilişsel işlevleri etkileyebileceği ileri sürülmektedir (Biessels & et al 2006, Kawamura & et al 2012). Beyin kanlanması, insülin uyarılarının beyinde dağılımı, insülin direnci, glukoz toksitesi, oksidatif stres, protein glikasyon metabolizması ürünlerinin birikimi, hipoglisemik ataklar ve amiloid metabolizması değişikliklerinin tümünün etkisi olduğu bildirilmektedir. Diyabetli bireylerde lipit metabolizması ile ilgili hastalıklar (hiperkolesterolemi) ve hipertansiyon gibi durumların bulunması bilişsel durumu olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan meta-analizlerde DM'lu bireylerde göreceli olarak orta düzeyde bilişsel bozulma riskinin 1.2, Alzheimer hastalığı riskinin 1.5, vasküler demans riskinin 2.5 olduğu bildirilmiştir (Gorelick & et al 2011). DM' lu yaşlı bireylerde beta amiloid düzeyinin daha fazla azaldığı bildirilmiştir (O'Brien & et al 2003, Ahtiluoto & et al 2010, Gorelick & et al 2011).

Tablo1. DM'da Bilişsel Bozulmada Rol Oynayan Potansiyel Nedenler

<p>Endokrin nedenler Hiperinsülinemi Hipotalamus –hipofiz-adrenal korteks dengesizliği Hiperlipidemi İnsülin duyarlığında azalma Antidüretik hormon düzeyinde artış</p>
<p>Metabolik nedenler Akut hipoglisemi Tekrarlayan hipoglisemi atakları Süreğen hiperglisemi Protein glikasyonu(*) Yağ metabolizmasında değişiklik Obezite</p>
<p>Damar yapısı ile ilgili nedenler Mikrovasküler hastalıklar Makrovasküler hastalıklar Endotel işlev bozukluğu Enflamasyon Dislipidemi Kan beyin geçirgenliğinde bozulma Hipertansiyon</p>
<p>Sinir sistemi ile ilgili nedenler Amiloid birikimi Beyin enfarktüsü Genetik yatkınlık Beyinde insülin işlev yetersizliği Depresyon</p>

(*)Proteinlerin amino gruplarının glukoz ve diğer indirgeyici şekerlerle enzimatik olmayan, kendiliğinden gerçekleşen tepkimesi (Kılınç 2011).

Diyabet ve depresyon

Günümüzden 300 yıl önce İngiliz hekim Dr. Thomas Wills diyabetle depresyon arasında bir ilişki olduğunu gözlemlemiş, diyabetin kronik üzüntü ve kedere neden olduğunu ileri sürmüştür (Egede, Ellis 2010). Anderson ve arkadaşlar (2001) 42 makaleyi inceleyerek yaptıkları meta analiz çalışmasında 21.351 DM hastasının %11'nde majör depresyon, %31'nde depresif durum olduğunu saptamışlardır (Anderson & et al 2001). Li ve arkadaşlarının (2009) Amerika Birleşik Devletlerinde yaptığı çalışmada DM tanısı konmuş bireylerde depresyon prevalansının %8.7-9.2 arasında olduğunu saptamışlardır (Li & et al. 2009). Asghar ve arkadaşlarının (2007) Bangladeş'de yaptıkları çalışmada yeni tanı konmuş DM'lu erkeklerde %29, kadınlarda %30.5 oranında depresif semptomlar olduğunu saptamışlardır (Asghar & et al 2007). Sotiropoulos ve arkadaşlarının(2008) Yunanistan'da yaptığı çalışmada erişkin Tip 2 DM'lu bireylerde %33.4 oranında depresif semptomlar olduğu saptanmıştır saptamışlardır (Sotiropoulos & et al 2008). Ali ve arkadaşlarının yaptığı sistematik review'de (2006) Tip DM tanısı olan ve olmayan bireylerde depresyon karşılaştırılması yapılmış, DM'lu bireylerde depresyon %17.6 iken, DM'lu olmayan bireylerde %9.8 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada diyabetli kadınlarda depresyon oranı %23.8 iken erkeklerde %12.8 bulunmuştur (Ali & et al 2006). Kanıta dayalı çalışmalar depresyon ile Tip 2 DM arasında iki yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Knol ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında diyabetin sonuçlarının depresyon için risk etkeni olduğu, aynı zamanda depresyonun da diyabete neden olduğu gösterilmiştir (Knol & et al 2006). Mezuk ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da depresyonun %60 oranında Tip 2 DM'da neden olduğu, Tip 2 DM' lu bireylerde depresyon oranının %15 olduğu bildirilmiştir (Mezuk 2008). Bu konuda ileri sürülen hipoteze göre depresyon Tip2 DM' a neden olmaktadır. Bunun temelinde yer alan mekanizma tam olarak anlaşılamamıştır. Burada glisemik kontrolün düzenlenmesindeki farklılıkların rolü olabileceği düşünülmektedir (Egede & et al 2010). Gonzalez ve arkadaşlarının (2008) yaptığı sistematik review çalışmasında öz bakım, ilaç, diyet ve egzersiz programına uyumu kötü olanlarda depresif bulguların görüldüğünü bildirmişler, bu nedenle depresyonla öz bakım aktivitelerinin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Gonzalez ve arkadaşlarının (2008) yaptığı sistematik review çalışmasında tedaviye uyum ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu bildirilmiştir (Gonzalez & et al 2008). Bruce ve arkadaşlarının (2003) Fremantle Diyabette Bilişsel Durum (Fremantle Cognition in Diabetes Study-FCDS) çalışması 223 diyabetli yaşlı bireyle yürütülmüştür. Çalışmada bilişsel işlev bozukluğu olan özellikle 75 yaş ve üzerindeki DM'lu yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yerine getirmede güçlük yaşadıkları (%50) ve bu sorunu yaşayanların demans (%20) ve depresyon(%15) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak bilişsel bozulma, depresyon ve fiziksel yetersizliğin bireylerin diyabet yönetimini olumsuz etkilediği, tedaviye uyumu, diyet ve fiziksel aktivite gibi yaşam biçimi alışkanlıklarının bozulmasına neden olduğu bildirilmiştir (Bruce & et al 2003). Gülseren ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında DM tanısı konmuş bireylerde depresyon- anksiyete düzeylerinin, yaşam kalitesi ve yeti yitimi

değerlendirmelerinin bireysel özelliklerle karşılaştırılması yapılmıştır. Çalışmada hastalık süresi uzadıkça depresif belirti düzeyinin arttığı, anksiyete düzeyinin azaldığı bulunmuştur (Gülseren ve ark 2001). Konuyla ilgili çalışmaların büyük çoğunluğunda Tip 1 DM tanısı olan ve olmayan bireylerin bilişsel işlevleri arasında önemli düzeyde fark olduğu bulunmuştur. Bilişsel durum bozulması olan bireylerde genellikle mental yavaşlama ve mental kapasitede gerileme gibi bozulmalar olduğu, öğrenme güçlüğü yaşadıkları bildirilmiştir. Bu durumun gelişmesinde diyabetin süresi, glisemik kontrol düzeyi, mikrovasküler komplikasyonların gelişimi ve birlikte olan diğer sağlık sorunlarının göreceli etkisi olabileceği bildirilmiştir (Egede, Ellis 2010)

DM'lu bireylerde depresyon'un diğer etkileri

DM'lu bireylerde depresyon bireyin yaşam kalitesi, diyabet komplikasyonları ve bir çok alanda olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bu nedenle diyabetli bireyin yönetiminde bu etkilerin tümü dikkate alınarak bakım planlaması, kontrol ve değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir. Tablo 2'de diyabetli bireylerde depresyonun diğer etkileri çalışma bulguları esas alınarak özetlenerek verilmiştir.

Tablo 2. Diyabette Depresyonun Etkileri

Etkilenen alan	Etkiler
Diyabet komplikasyonları	<ul style="list-style-type: none"> Groot ve arkadaşlarının (2001)de yaptığı Tip 1 ve Tip 2 DM bireylerle ilgili yapılan 27 çalışmayı değerlendirdikleri meta-analiz çalışmasında depresyonu olan bireylerde retinopati, nefropati, nöropati gibi mikrovasküler komplikasyonlar ve cinsel işlev bozukluğu görülme oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (0.17-0.32) (Egede, Ellis 2010). Clouse ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında depresyonu olan DM'lu kadınlarda koroner arter hastalığı prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir (Egede, Ellis 2010).
Akut iskemik inme	<ul style="list-style-type: none"> Sarwar ve Gao'nun 700.000 hastayı kapsayan meta analiz çalışmasında (2010)DM'lu bireylerde iskemik inme riskinin katlanarak arttığı bildirilmiştir (Sarwar, Gao 2010). Akut iskemik inmeli bireylerin büyük çoğunluğunda tanı konmamış DM olduğu saptanmıştır (Matz & et al 2006). Matz ve arkadaşların 238 inmeli bireyi kapsayan cohort çalışmasında (2006) inme geçiren bireylerin %36'da DM saptanmış olup, bunların%16'ı yeni tanı konmuş diyabetli bireylerdir(Matiz & et al 2006).
Özürlük	<ul style="list-style-type: none"> ABD'de National Health Interview Survey (NIHS) çalışmasında depresyonu olan DM'lu bireylerde olmayanlara göre 7 kez fazla özürlülük olduğu bildirilmiştir (Egede, Ellis 2010).

İş verimi	<ul style="list-style-type: none">Egede'nin (2010) çalışmasında depresyonu olan DM' lu bireylerin yılda 7 iş günü devamsızlığı olduğu bildirilmiştir. (Egede, Ellis 2010).
Yaşam kalitesi	<ul style="list-style-type: none">Eren İ,Erdi O ve Şahin M (2008) çalışmalarında depresyonun DM'lu bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediğini bildirilmiştir (Egede, Ellis 2010).ABD'de' (2004) yapılan bir çalışmada depresyonun DM'lu bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Egede, Ellis 2010).
Sağlık hizmetlerinden yararlanma ve maliyet	<ul style="list-style-type: none">Le ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında depresyonu olan DM'lu bireylerin sağlık bakım maliyetlerinin(3264\$) depresyonu olmayanlara göre (1297\$) daha fazla olduğu bildirilmiştir (Egede, Ellis 2010).Yapılan diğer çalışmalarda da depresyonu olan DM'lu bireylerin ayaktan sağlık bakım hizmeti alma ve reçete yazdırma oranlarının depresyonu olmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Egede, Ellis 2010).
Mortalite	<ul style="list-style-type: none">Egede ve arkadaşlarının (2002) ve Zhang ve arkadaşlarının (2005), Katon ve arkadaşlarının(2008) ve Egede ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında depresyonun DM'lu bireylerde ölüm oranını arttırdığı, bildirilmiştir (Egede, Ellis 2010).National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) I Epidemiyolojik çalışmasına göre depresyonu olan DM'lu bireylerde ölüm oranının %54 daha fazla olduğu bildirilmiştir (Egede, Ellis 2010).

DM'da depresyonun gelişimini etkileyen etkenler ve önlenmesi için öneriler

Diyabet ve depresyonu olan bireylerin tedavisinde bireyden ve sağlık bakım sisteminden kaynaklanan sorunlar bulunmaktadır.

Bireysel etkenler: Damgalanma ve depresyonun akıl hastalığı olarak algılanması hastalarla ilişkili en önemli etkenlerdir. Hastalar depresyon ya da diyabet tedavisine uyum konusundaki yersizlikleri bireysel yetersizlik olarak algırlarlar. Aynı zamanda ekonomik kısıtlılıklar, anti depresanların yan etkileri, varsa özel sağlık sigortasının bu konuda ödemelerle ilgili sıkıntılar da bireyle ilgili etkenler arasında sayılabilir(Egede, Ellis 2010).

Sağlık bakım sisteminden kaynaklanan etkenler: Birinci basamak sağlık kuruluşlarında izlenen diyabetli bireylerde depresyonun tanılanması ve tedavisinin çok etkili olmadığı bildirilmektedir. Burada birinci basamakta depresyon bulguları ile diyabeti yönetiminin yetersizliği bulgularının bir birinden ayırt edilmesinin güç olması etkenlerden biri olarak söylenebilir. Örn. Yorgunluk, kilo alma ya da kilo kaybı, iştahta değişiklik ve uyku bozukluğu hem depresyon hem de diyabet yönetiminin kötü olduğunun göstergeleridir. Diyabet ile ilişkili semptomları depresyondan ayırt etmek güçtür. Ludman ve arkadaşlarının (2004) majör depresyonu olan bireylerle

yaptıkları çalışmada depresyonu olan DM'lu bireylerde görülen semptomlarla diyabet yönetimin kötü olduğu bireylerde görülen semptomlar arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur(Egede, Ellis 2010) (Tablo3). Sağlık kurumlarında diyabet yönetimine odaklanırken bütüncül bakış açısı ile yaklaşımın yetersizliği nedeniyle bireylerin diğer sorunlarına fazla önem verilmemesi de bir diğer sorun olarak sayılabilir.

Tablo3. Major depresyonda diyabet semptomları (Egede, Ellis 2010).

Diyabet semptomları	Major depresyon(%)	Major depresyon olmayan(%)	Olasılık oranı	%95 yığılım
El ve ayaklarda soğukluk	49.4	32.4	1.93	1.57-2.38
El ya da ayakta uyuşukluk	51.3	32.6	1.98	1.61-2.43
El ya da ayakta ağrı	46.0	25.2	2.23	1.81-2.75
Poliüri	54.5	33.7	2.24	1.82-2.75
Aşırı düzeyde acıkma	44.7	20.3	2.66	2.16-3.28
Normal dışı susama	46.2	16.9	3.30	2.67-4.08
Titreme, güçsüzlük	39.2	14.0	3.33	2.66-4.17
Bulanık görme	38.2	14.2	3.42	2.74-4.27
Fenalık hissi	10.9	2.7	4.00	2.74-5.86
Gün içinde uyuklama	84.4	52.3	4.96	3.79-6.48

ÖNERİLER

- International Diabetes Federation(IDF) DM'lu bireylerin depresyon ve mental sağlık durumlarının periyodik olarak izlenmesi gerektiğini bildirmektedir.
- Diyabetlilerde çalışan sağlık ekibi üyelerinin etkin iletişim, danışmanlık ve güdüleme sağlama konusunda yeterliliğinin olması gerekmektedir.
- Birinci basamak sağlık kuruluşları, endokrin uzmanları, psikiyatrisiler, psikologlar, hemşireler, eczacılar ve yardımcı sağlık personelleri bu konuda işbirliği içinde çalışmalıdır.
- Özellikle yaşlı diyabetli bireylerde bilişsel işlev bozukluğunun belirti ve bulgularının dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.
- Diyabet tanısı konan bireylerde diyabet yönetiminin diğer komplikasyonların yanı sıra bilişsel işlevlerle ilgili olumsuz etkileri konusunda bilgilendirilmesi sağlanarak bilişsel işlev bozulması önlenabilir ya da azaltılabilir.

KAYNAKÇA

- Ahtiluoto S, Polvikoski T, Peltonen M & et al. Diabetes, Alzheimer Disease and Vascular Dementia: A Population-based Neuropathologic Study. *Neurology* 2010; (75): 1195-1202.
- Ali S, Stone MA, Peters MJ & et al. The Prevalence of Co-morbid Depression in Adult with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Diabet Med* 2006; 23(11):1165-1173.

- Alvarez EO, Beauquis J, Revsin Y & et al. Cognitive Dysfunction and Hippocampal Changes in Experimental Type1 Diabetes. *Behavioural Brain Research* 2009;(198):224-30.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE& et al. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes: Meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6):1069-1078.
- Asghar A, Hussain A, Ali SM & et al. Prevalence of Depression and Diabetes: A Population-Based Study from Rural Bangladesh. *Diabet Med* 2007;24(8):872-7.
- Austin EJ, Deary IJ. Effects of Repeated Hypoglycemia on Cognitive Function: A Psychometrically Validated Reanalysis of the Diabetes Control and Complications Trial Data. *Diabetes Care* 1999;(22):1273-.
- Bakar M. Hafif Kognitif Bozukluk. *Demans Dergisi* 2002;(2): 97-104.
- Biessels GJ, Staekenborg S, Brunner E& et al. Risk of Dementia in Diabetes Mellitus:A Systematic Review. *Lancet Neurol* 2006;85):64-74,
- Bornstein NM, Brainin M, Guekht A & et al. Diabetes and Brain:Issues and Unmet Needs. *Neurol Sci* 2014; (35): 995-1001.
- Brands AMA, Biessels GJ, Haan EHF. The Effects of Type 1 Diabetes on Cognitive Performance- A meta-analysis. *Diabetes Care* 2005;(28):726–735.
- Bruce DG Davis A,, Casey GV & et al. Severe Hypoglycaemia and Cognitive Impairment in Older Patients With Diabetes: The Fremantle Diabetes Study *Diabetologia* 2009; (52):1808–15.
- Egede LE, Ellis C. Diabetes Atlas Diabetes and Depression: Global Perspectives. *Research and Clinical Practice* 2010; (87):302-12.
- Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. *Diabetes Care* 2008; 31(12):2398-2403.
- Gorelick PB, Scuteri A, Black SE& et al. Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia: A Statement for Healthcare Professionals from American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011; (42):2672-2713.
- Güçlü YA, Yıldız ED, Ünsal F ve ark. Diyabetli Hastalarda Uygulanan Hızlı Depresif Belirti Envanteri Öz bildirim Formu ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Değerlendirilmesi. *Tepecik Eğit Hast Derg* 2013; 23 (3):113-9.
- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş ve ark. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(2):89-98.
- Kawamura T, Umemura T, Hotta N. Cognitive Impairment in Diabetic Patients: Can Diabetic Control Prevent Cognitive Decline. *Journal of Diabetes Investigation* 2012; 3(5):413-423.
- Kılınç K.Protein Glikasyonu. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2011; (42): 95-104.
- Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT & et al. Depression as A Risk Factor for the Onset Type 2 Diabetes Mellitus . A Meta-Analysis. *Diabetologia* 2006; 49(5):837-845.
- Li C, Ford ES, Zhao G & et al. Prevalence and Correlates of Undiagnosed Depression Among U.S Adults with Diabetes: The Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabetes Res Clin Pract* 2009; 83(2); 268-279.
- Mahakao S, Zeimer H, Woodward M. Relationship Beetwen Glysemic Control and Cognitive Function in Patients with Type 2 Diabetes in Hospital Aged Care Unit. *European Geriatric Medicine* 2011; (2):204-7.

- Matz K, Keresztes K, Tatschl C & et al. Disorders of Glukose Metabolisim in Acute Stroke Patients: An Under Recognized Problem. *Diabetes Care* 2006; (29):792-7.
- Mc CrimonRJ, Ryan CM, Frier BM. Diabetes and Cognitive Dysfunction. *Lancet* 2012;(379): 2291-9.
- Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S &et al. Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan: A Meta-Analysis. *Diabetes Care* 2008; 31(2):2383-2390.
- O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B & et al. Vascular Cognitive Impairment. *Lancet Neurology* 2003; (2): 89–98.
- Sarwar N, Gao P. Emerging Risk Factors Collaboration et al. Diabetes Mellitus, Fasting Blood Glucose Concentration and Risk of Vascular Disease: A Collaborative Meta-Analysis of 102 Prospective Studies. *Lancet* 2010;(375):2215-2222.
- Sotiropoulos A, Papazafiropoulou O, Apostolou A & et al. Prevalence of Depressive Symptoms Among Non Insulin Treated Greek. Type 2 Diabetic Subjects. *BMC Res. Notes* 1 2008;101.
- Strachan MW, RD Lawrence Lecture 2010. The Brain as a Target Organ Type 2 Diabetes: Exploring the Links with Cognitive Impairment and Dementia. *Diabet Med* 2011; (28):141-7.
- Yılmaz FT, Kumsar AK, Olgun N. Diyabetli Bireylerde Kognitif Disfonksiyon. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi* 2013; 5(2):12-20.

DÜNYADA HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

PUBLIC HEALTH NURSING IN THE WORLD

Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY*

Öğr.Gör.Bennur KOCA**

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Öğrencisi

Bu çalışma; 30-31 Ocak 2014 tarihinde Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kayseri'de 3. Halk Sağlığı Hemşireliği Çalıştayında konferans sunusu olarak sunulmuştur.

ÖZET

Halk sağlığı hemşireliği, hemşirelik mesleği içinde özel bir alan olup, genellikle fiziksel, biyolojik, sosyo-kültürel çevreye odaklanmakta, diğer hastane ve sağlık kurumlarının bakış açısından bu yönüyle ayrılmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri sağlık kurumlarında olduğu kadar evde, okulda, işyerinde, cezaevinde, sağlam kişinin izleminin yapıldığı klinikte, diğer toplum alanlarında kısacası insanların olduğu her yerde toplum odaklı hizmet vermektedirler. Halk sağlığı hemşirelerinin uygulamaları; yaşam boyunca birey, aile ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek, hastalığı ve sakatlığı önlemek, bakımın ilk temas noktası olarak özerk ya da koordinasyon halinde çalışmaktan oluşmaktadır. Dünyada halk sağlığı alanında çalışan hemşirelerin adlandırılmaları, görev tanımları, eğitim düzeyleri arasında önemli farklar bulunmaktadır. Halk sağlığı hemşireliğini geliştirmek için; ortak bir dil ve vizyon oluşturmak, yükseköğretim kurumu, sağlık bakanlığı, sivil toplum kuruluşları, mesleki kuruluşlar ve çalışmada öncü olacak ulusal organizasyonlarla işbirliği içinde çalışılması gerekmektedir.

Bu makalede birinci basamak sağlık hizmetlerinde birey, aile, toplum odaklı bakım sağlayan halk sağlığı hemşireliğinin tanımı, uygulama alanları ve farklı ülkelerdeki durumu irdelenmiş ve halk sağlığı hemşireliğinin gelecekteki konumuna ilişkin öngörülerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: halk sağlığı hemşireliği, ülke örnekleri, uzmanlık alanları, uygulama alanları.

ABSTRACT

Public health nursing is a special field of nursing and generally focuses on physical, biological, and socio-cultural settings, which discerns it from other hospital and healthcare practices. Public health nurses offer community-oriented services not only at healthcare institutions but also at schools, offices, correctional centers, clinics where healthy individuals are monitored, shortly wherever people exist. Their practices include but are not limited to protection and improvement of

individuals', families' and communities' health throughout their lives, prevention of diseases and disabilities, and working individually or in teams as the first touch point of healthcare. Across the world, there are remarkable differences in nomenclature concerning nurses working in the field of public health, determining their job descriptions and educational backgrounds. To improve public health nursing, it is necessary to create a common tongue and vision and collaborate with higher education institutions, ministry of health, non-governmental organizations, professional agencies and national organizations that will pioneer public healthcare practices.

Within the scope of primary healthcare services, this study discusses the definition and practice areas of public health nursing and its status in different countries and also makes some predictions about its future.

Key Words: Public health nursing, country examples, specialist areas, practice areas.

GİRİŞ

Halk sağlığı hemşireliği (HSH) farklı toplumsal ortamlarda çalışarak yaşam boyu birincil ve toplum odaklı bakım, sağlık hizmeti sağlayan uzmanlık alanıdır (Van Loon 2007, Poulton 2009). Sağlık hizmetlerinin sunumunda halk sağlığı hemşiresi anahtar kişidir (Ergül 2005). HSH'nin hizmet hedefi "sağlıklı nüfus", hizmet alanı "bu nüfusun yaşadığı her yer", hizmet biçimi ise "bu nüfusa sunulan her türlü çağdaş hizmet" yaklaşımıdır (Smith ve Maurer 1995, Stanhope ve Lancaster 2000).

Bu makalede birinci basamak sağlık hizmetlerinde birey, aile, toplum odaklı bakım sağlayan halk sağlığı hemşireliğinin tanımı, uygulama alanları ve farklı ülkelerdeki durumu irdelenmiş ve halk sağlığı hemşireliğinin gelecekteki konumuna ilişkin öngörülerde bulunulmuştur.

Halk Sağlığı Hemşireliğinin Tanımı

Dünyada HSH'nin adlandırılması ve tanımlanmasında farklılıklar bulunmaktadır. ABD, Kanada ve Meksika'da "halk sağlığı hemşiresi" (public health nurse), İngiltere ve İrlanda'da "toplum sağlığı hemşiresi (community health nurse), Şili'de "bölge hemşiresi"(district nurse), Küba'da "aile hemşiresi"(family nurse), "halk sağlığı hemşiresi" (public health nurse), "toplum sağlığı hemşiresi" (community health nurse) gibi kavramlar kullanılmaktadır (Nigenda ve ark. 2010).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association ANA) tarafından yapılan tanıma göre HSH (1980); birey, aile ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla halk sağlığı uygulamaları ile hemşirelik fonksiyonlarının sentezidir. Bu uygulama genel ve kapsamlıdır, belirli bir yaş grubu ve hastalık ile sınırlı değildir, süreklidir. HSH sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlık eğitimi, yönetim, işbirliği ve toplumda gruplar, aileler ve bireylere holistik yaklaşım doğrultusunda verilen bakımın yönetimi ve devamlılığın sorumludur (Leayh ve ark. 1977, Smith ve Maurer 1995, Stanhope ve Lancaster 2000). Amerikan Halk Sağlığı Birliği'nin (APHA) tanımına göre HSH (1996); hemşirelik, sosyoloji ve halk sağlığı bilimlerinden elde ettiği bilgiyi kullanarak toplumların sağlığını koruma ve geliştirme uygulamasıdır (American Public Health Association 1996). Bu tanımların ortak teması; bir bütün olarak topluluk veya nüfusa hemşirelik hizmetinin sağlanmasıdır. Muecke (1984) ANA tanımının toplum içindeki birey, aile ve grupların bakımı üzerine odaklı, APHA

tanımının ise bir bütün olarak toplum bakımı üzerine odaklı olduğunu belirtmiştir. APHA bir risk grubunun parçası olarak sadece birey ya da aileyi görmektedir. Her iki tanımda, bütün sağlık uygulamaları için önemlidir. Toplumda, birey ve aile sağlığı nüfusun sağlığı için gerekli yapı taşlarıdır, ancak toplam sağlık hizmeti sağlanmasında sadece bir bölümü temsil etmektedir (Nies ve McEwen 2007). Uluslar arası Hemşireler Birliği'ne (ICN) göre HSH, hem profesyonel hemşirelik hem de kurumsallaşmış belli başlı halk sağlığı uygulama alanları içinde bir uzmanlık alanıdır. Profesyonel hemşireliğin bilgi ve becerilerini, halk sağlığının yöntemlerini içerik ve felsefesini kullanır (<http://www.icn.ch>). Dünya Sağlık Örgütü ise (WHO) HSH'ni; toplum sağlığı programı içerisinde sağlığın yükseltilmesi, fizik ve sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, toplumu hastalık ve sakatlıklardan korumak için çalışan, tüm hemşirelik becerileri ile halk sağlığı ve sosyal yardımın bazı evrelerini kapsayan hemşirelikte özel bir dal olarak tanımlanmıştır (<http://www.who.int/en/>).

Dünyada HSH'ne yön veren yukarıda adı geçen kurumların tanımları incelendiğinde 1980'den günümüze dek tanımların ortak noktası HSH'nin uzmanlık alanı olduğu, tüm toplumu kapsadığı halk sağlığını ilgilendiren diğer tüm disiplinlerle (sosyoloji, eğitim bilimleri, sosyal hizmet, yönetim, davranış bilimleri vb.) ilişkili olduğu saptanmıştır.

Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarının Temeli

Geleneksel olarak HSH belirli bir hastalık/ların yönetiminin ötesinde, toplumsal kalkınma ve halkın sağlığını geliştirme gibi bir dizi sağlık gereksinimlerinin sürekliliğini sağlamaktan da sorumludur (Van Loon 2007). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ki tüm sağlık çalışanları genellikle fiziksel, biyolojik ve sosyo-kültürel çevreye odaklanmaktadır ve diğer sağlık kurumları ve hastanelerin bakış açısından bu yönüyle ayrılmaktadır (Nigenda ve ark. 2010).

Toplum odaklı HSH uygulamalarının, halk sağlığının iyileştirilmesi için yüksek önceliği vardır (Canadian Public Health Association 2010). Toplum odaklı olduğundan toplumun üyeleri ile birlikte çalışmakta ve bireylerin sağlık gereksinimlerini gözönünde bulundurmaktadır (Nigenda ve ark. 2010). Toplum odaklı HSH'de anahtar ilkeler ; toplumu ve onun sağlık gereksinimlerini bilme, en çok gereksinimi olanlara erişilebilir hizmet sunma, gereksinimleri karşılamak için diğer kurumlarla işbirliği içinde çalışma, topluluğun üyelerini sürece katma, toplumun sağlığını tehdit eden durumları kontrol etmek ve farkında olma, sağlam, kanıt temelli uygulamaları destekleme olarak sıralanmaktadır (Poulton 2009).

Pek çok ülkede halk sağlığı hemşirelerinin ortak noktası; uzun çalışma yıllarına bağlı olarak iş gücü olgunluğu, hizmet sundukları toplum ile derin kökler ve güçlü ilişkiler geliştirmeleridir. Hemşirelerin sosyal olarak algılanan birincil işlevi; diğer sağlık çalışanlarına kıyasla sağlıklı ve hasta bireylerle daha yakın ve uzun süreli bir ilişki içinde olmaları nedeniyle gizlilik, sadakat ve tutarlılık göstererek çalışmalarıdır (Nigenda ve ark. 2010).

HSH uygulamasını etkileyen bir takım güçler bulunmaktadır (Gebbie ve Hwang 2000). Bunlar;

1. Genel sosyal güçler (yaşlanan nüfus, hızlı bir değişim, bakım alan grupların çeşitliliği, çekişmeli bir atmosfer vb.)
2. Sağlık ve hastalık kavramlarının değişimi (kronik hastalıklar, şiddet, adölesan gebeliklerdeki artış, bireysel haklar ve kamu yararı arasındaki gerilim vb.)
3. Bakım sistemi değişiklikleri (sigortasız birey sayısındaki artış, çeşitli roller üstlenen uzmanlık alanları (doktor, hemşire, ebe vb.) yerine genel bir terim olarak sağlık çalışanları kavramının kullanımı, lisans belgesi olmayan personel sayısındaki artış vb.)
4. Hemşireliğe özgü sorunlar (akademi ve uygulama arasındaki boşluklar, ulusal işgücü sorunları, hastanelerden toplum içine hemşirelerin göçü, HSH eğitim düzeyleri konusunda karışıklık, HSH uygulaması ve etkinliği konusunda veri eksikliği, fakültelerin değişen gereksinimleri karşılamaya yönelik hazır olmayışları vb.) olarak sıralanabilir.
5. Hükümet değişiklikleri (hükümet bütçelerindeki kısıtlamalar, özel kurumlarla yapılan sözleşmeler, dezavantajlı gruplara yönelik bakımda başarısızlık, karar vericilerin halk sağlığı ve HSH anlayışındaki eksiklik vb.)
6. Ekonomik değişimler (yüksek vergiler ve hizmet beklentisindeki artış, ticari düşünme, ekonomik kararlara bağlı sağlık riskleri vb.)
7. Teknolojik değişiklikler (veri sistemleri, performans ölçümü ve kalite geliştirmeye odaklanma, teknolojinin yararlarını kabulleniş, bilgi devrimi vb.)

Ülkelerde Halk Sağlığı Hemşireliği

İnsandaki en önemli iç güdü hayatı koruma, sağlığı devam ettirme şeklinde kendini gösterir. İnsan yeryüzünde yaşamaya başladığı andan itibaren hastalandığı ve yaralandığı zaman tekrar sağlığına kavuşmak için çareler aramış, sorunlarına çözüm bulmak için değişik yollara başvurmuştur. Örneğin ilk insanlar hastalıkları ilkel yöntemler ile tedavi edip, birbirlerine yardım etmişlerdir. İlk uygarlık gelişmeleri ile birlikte sosyal ve tıbbi bilgiler halkın sağlığını koruma da bilinçli bir şekilde kullanılmış ve bazı halk sağlığı uygulamaları yapılmış, bireylerin sağlık gereksinimleri doğrultusunda çeşitli meslekler ortaya çıkmıştır. Bu mesleklerden birisi olan hemşirelik ve sonrasında halk sağlığı hemşireliği de çağlar boyunca bilim ve tıptaki gelişmelere paralel olarak bir çok aşamalardan geçmiştir (Eren ve Uyar 1986, Erhan ve Dursun 1995, Bekemeier 2008).

Tarihsel süreçte, dinlerin ortaya çıkması ve yayılması ile HSH önemli ivmeler kazanmıştır. Tevrat, İncil, Zebur ve Kuran-ı Kerim'de sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalara, güçsüzlere, kimsesizlere yardım edilmesi, bakım verilmesi ve sosyal hizmetlerin önemi vurgulanmıştır. Kilisenin rehberliği altında sosyal yardım örgütleri ve bu örgütlerin önderliğinde evde hasta bakımı gelişmiştir. Genç kızlar ve kadınlar tarafından özellikle fakir hastalara bakım verilmiş, yardım edilmiştir. Dini kuruluşlara bağlı bir grup kadın ev ziyaretleri yaparak açları doyurmuş, ihtiyacı olanları giydirmiş ve hastalara evde bakım vermişlerdir. Dekonesler (Deaconns) adı verilen bu kuruluşta çalışan Febe (Phobe) bu günkü anlamda ilk ziyaretçi hemşire (halk sağlığı hemşiresi) olarak kabul edilmektedir (Bekemeier 2008).

Bu derlemede seçilmiş olan ülkelerin her kıtayı temsil etmesi dikkate alınmış halk sağlığı hemşiresinin uzmanlık alanı, eğitimleri ve uygulama alanlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

İngiltere’de Halk Sağlığı Hemşireliği

Modern anlamda HSH’nin kuruluşu 19. yüzyılda olmuştur. HSH’nin gelişiminde en önemli etkiyi modern hemşireliğin temellerinin atıldığı ülke olan İngiltere yapmıştır (Öztek ve Kubilay 1997, (Bekemeier 2008). İngiltere’de halk sağlığı hemşirelerinin rolleri son 150 yıldır tarih içinde farklı noktalardaki belirli bir ihtiyaca yanıt olarak gelişmiştir. Hemşireliği düzenleyici bir kurum olan United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) tarafından 1994 yılında 8 HSH ünvanı tablo 1’de gösterildiği şekilde onaylanmıştır (Poulton 2009). Bu gün İngiltere’de hemşireler lisans ya da lisansüstü düzeyde eğitimlerini tamamladıktan sonra halk sağlığı hemşiresi olarak çalışabilmektedir (Hemingway ve ark. 2013).

İngiltere hükümeti, sağlıktaki eşitsizlikleri azaltma ve düşük geliri aileler için erken müdahale desteği sunmak için kendi stratejisinin bir parçası olarak 2015 yılına kadar fazladan 4.200 yerde eğitim için sağlık ziyaretçilerini görevlendirmiştir (Hemingway ve ark. 2013).

Tablo 1. İngiltere’de Halk Sağlığı Hemşireliği Uzmanlık ve Uygulama Alanları

Uzmanlık Alanları	Uygulama Alanları
1.Bölge hemşireliği (District nursing)	Evde bakım
2.Toplum çocuk hemşireliği (Community children’s nursing)	Evde çocuk bakma
3.Toplum ruh sağlığı hemşireliği (Community mental health nursing)	Toplumdaki mental olarak hasta olan kişilerin bakımı
4.Toplum öğrenme güçlüğü (Community learning disability)	Öğrenme güçlüğü olanların bakımı
5.Genel uygulama hemşireliği (General practice nursing)	Sağlığı geliştirme ve genel tıbbi uygulamalarda hastalıkları önleme
6.Sağlık ziyaretçisi (Health visitor)	5 yaş altı çocuklarda ve ailelerde sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme
7.İş sağlığı hemşireliği (Occupational health nursing)	İş yerlerinde sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme ve tedavilerini yapma
8.Okul hemşireliği (School nursing)	Okul çağı grubunda sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme

(Poulton B. (2009). Barriers and Facilitators to The Achievement of Community-Focused Public Health Nursing Practice: a UK perspective. *Journal of Nursing Management*. s.75’ten alındı.

İrlanda'da Halk Sağlığı Hemşireliği

İrlanda'da halk sağlığı hemşireleri lisans derecesine sahip olup; ebelik ve çocuk bakımından, kronik hastalık yönetimi ve terminal bakıma kadar pek çok alanda çalışabilmektedir (Hemingway ve ark. 2013). Araştırmalar, İrlanda HSH'nin beşikten mezara (from the cradle to the grave) tüm yaştaki insanlara bakım veren çok amaçlı (all-purpose) hemşireler olduklarını ileri sürmektedir. İrlanda hükümeti 2001 yılında ikinci sağlık stratejisini başlatmıştır. Daha iyi finanse edilen ve daha duyarlı sağlık sistemi hedeflemektedir. Stratejinin bir amacı da "birinci basamak" olmuştur. Mevcut HSH hizmeti 2500 kişiye bir halk sağlığı hemşiresi tarafından sunulmaktadır. İrlanda da 2007 yılında bölgede yaşayan 2291 aktif halk sağlığı hemşiresi vardır. Diğer bir çok ülkede olduğu gibi İrlanda'da da halk sağlığı hemşirelerin çalışma iş yükü son on yıl içinde şu nedenlerden dolayı artmıştır; sosyodemografik profil değişimi, sığınmacı sayısında artış, doğurganlıktaki artış, farklı kültürlerden gelme vb.(Nic Philibin ve ark. 2010).

İsveç'te Halk Sağlığı Hemşireliği

İsveç'te, halk sağlığı veya bölge hemşiresi (District Nursing) olarak çalışmak isteyen tüm hemşireler; 1-2 yıl lisanslı hemşire olarak klinik deneyimin ardından, mezuniyet sonrası diploma, yüksek lisans ya da lisansüstü düzeyde bir uzmanlığı tamamlamak zorundadır. Halk sağlığı ve bölge hemşireleri yetişkinler ve yaşlılara yönelik hizmet sunarken, okul hemşiresi ise 6 yaş ve üzeri çocuklar ve aileleri ile toplum içinde çalışabilmektedir (Hemingway ve ark. 2013). Genel olarak, halk sağlığı hemşireleri ve bölge hemşireleri İsveç'te bir coğrafi alan içinde büyük ölçüde sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemeye özgü programlar içinde çalışsalar da, sorumlu oldukları bölgenin sağlık bakım hizmetlerindeki değişikliklere bağlı olarak görev alanları değişmektedir. Örneğin; cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler ihtiyaç halinde farklı alanlara kaydırılırken, sadece okul hemşirelerinin kendi uzmanlık alanları içinde istihdam edilmelerine özen gösterilmektedir (Hemingway ve ark. 2013).

Kanada'da Halk Sağlığı Hemşireliği

Kanadalı halk sağlığı hemşireleri, lisans derecesine sahip olup; okullar, gençlik merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, alternatif tıp merkezleri (alternative medicine centers), güzellik merkezlerinde nüfusun sağlığını geliştirme programlarının uygulanmasında çalışmaktadırlar (Hemingway ve ark. 2013). Kanada'nın federal, eyelet ve bölgesel yönetimleri; kentsel, kırsal veya uzak bölgelerde yaşayan Kanadalı vatandaşları için halk sağlığı bakım hizmetlerinin ulaştırılması ve yönetiminden sorumludur. Kanada halk sağlığı hemşirelerinin sağlığı geliştirme uygulama standartları, birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalıkları önleme üzerine odaklıdır (Community Health Nurses Association of Canada 2008).

Nitel bir çalışmada Kanada'da hemşireler, HSH konusundaki rollerinin belirsiz ve yeterince tanımlanmamış olduğunu, başka disiplinlerin kendi yerlerini almalarından endişe duyduklarını, finansal kaynakların daha çok hasta bakımı ve giderek daha da ağırlaşan hastaların tedavisine odaklandığını, hemşirelerin uygulama alanında tam

kapasitelerinin altında çalıştığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada “Bir kriz içerisindeymiş gibi geliyor, kendi kuyruğumuzun peşinde koşuyoruz ve rollerimiz giderek daha da tanımsızlaşıyor”, “İnsanları etkilemeliyiz; onları savunmalıyız. Bunun için izne ihtiyacımız yok; sadece yapmamız gerekeni yapmalıyız” gibi ifadeler kullanmışlardır (Schofield ve ark. 2011).

Amerika’da Halk Sağlığı Hemşireliği

Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO 2001) halk sağlığı hemşiresini, en az lise düzeyinde eğitim alan veya bir kamu kuruluşunda halk sağlığı alanında anlaşmalı bir programda çalışan kişi olarak tanımlamaktadır. Rapor on yıl önce yayınlanmış olmasına rağmen; Amerika genelinde henüz üzerinde uzlaşılan bir HSH tanımı, eğitim gereksinimleri, yeterlilikleri, HSH fonksiyonlarının olmaması dikkat çekmektedir (Nigenda ve ark. 2010).

ANA halk sağlığı hemşiresinin lisans derecesinden daha az bir eğitim almasına karşı çıkmaktadır. ANA hemşirelik lisans derecesinin halk sağlığı hemşireleri için, eğitimsel bir yeterlilik olduğunu ifade etmektedir. Uygun eğitim seviyesinde olmayan hemşirelerin daha yüksek beceri (eleştirel düşünme, mesleki karar, karmaşık sağlık problemleri) isteyen pozisyonlarla başarılı olamayacağını ayrıca, yetersiz ya da uygun olmayan bu durumun bakım kalitesini etkileyeceğini vurgulamaktadır (Issel ve Bekemeier 2010).

Amerika’da pek çok eyalette birinci basamakta sorumlu hemşireler (hasta ile doğrudan temastan sorumlu) ve yardımcı hemşireler bulunmaktadır. Yönetim veya araştırma pozisyonları için eğitilmiş uzman hemşirelerin sayıları oldukça düşüktür. Bazı hemşirelerin eğitim seviyesi yüksek olmasına rağmen, eğitim seviyesi daha düşük olan hemşirelerle aynı roller yürütmektedirler (Nigenda ve ark. 2010).

PAHO Amerika kıtasında 15 ülkede 10.000 kişi başına 25 sağlık çalışanı düştüğünü ve temel gereksinimi karşılamak için insan kaynağının yetersizliği ve toplum sağlığını korumak için hemşire eksikliğini vurgulamaktadır. Amerika’da ise kayıtlı hemşireler (RNs) halk sağlığı işgücünün %25’ini oluşturmaktadırlar ve halk sağlığı sistemi işgücünün içerisinde en fazla nüfusa sahip olan gruptur (Issel ve Bekemeier 2010).

Meksika’da Halk Sağlığı Hemşireliği

Meksika’da hemşirelik eğitimi, genellikle lise düzeyindedir. Halk sağlığı ile ilgili bir kaç ders bulunmaktadır ve bu dersler bir eğitim ve öğretim döneminde verilmektedir. HSH dersinde çoğunlukla sağlık eğitimi ve teknik uygulamalar yer almaktadır. Bu konular, lisans düzeyinde de yaygındır. Ders programlarında hemşirelik eğitimi boyunca hastane bakımı ile ilgili uygulamalara öncelik verilmektedir. Uygulamada lise düzeyinde birincil bakım konusunda verilen eğitim, diğer klinik bakım uygulamaları konusunda verilen eğitime göre oldukça yetersizdir. Birinci basamakta genellikle yardımcı hemşire (assistant nurse) ve genel uygulama hemşireleri halk sağlığı ile ilgili görevleri yerine getirmektedir. Ağırlıklı olarak birinci basamak düzeyinde yardımcı hemşireler, sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesi faaliyetlerini gerçekleştirirler. Zamanlarının çoğunu, üreme sağlığı, bebek beslenmesi, tüberküloz, aşılar ve kanser gibi ulusal sağlık programlarını geliştirmeye adanmışlardır.

Hemşireler uzmanlık eğitimini tamamladıktan sonra hastanede istihdam edilmektedirler. Genellikle lise mezunları az sayıda da lisans eğitimi alan hemşireler birinci basamakta çalışabilmektedirler. Halk sağlığında çalışan hemşire oranı oldukça düşüktür (Nigenda ve ark. 2010).

Kolombiya’da Halk Sağlığı Hemşireliği

Kolombiya’da yardımcı hemşireler hasta ile doğrudan temas halinde çalışırken lisans mezunu hemşireler sıklıkla yardımcı hemşirelerin yönetimi, sağlık kurumları içinde denetim ve planlama gibi sorumluluklar almaktadır. Yardımcı hemşireliğin (ders programlarının geliştirilmesi yönünde bir eğilim vardır. Antioquia Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesinin 2005 yılındaki tahminlerine göre Kolombiya’da 27 bin lisanslı hemşire ve 86 bin yardımcı hemşire bulunmaktadır. Antioquia Üniversitesi sadece lisans düzeyinde eğitim olması gerektiğini savunmaktadır. Lisans mezunu hemşirelerin %12’si halk sağlığı alanında, sağlık bakanlığına bağlı toplum düzeyinde çalışmaktadır. Halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu olan yerel yönetimlerdir, tüm finansmanı belediyeler karşılamaktadır. Yeni sağlık sistemi reformunun 1993 yılında başlaması ile, toplum düzeyinde özel programlarda (kronik ve enfeksiyon hastalıklarıyla ilgili sorunlarda, koruma, sağlığı geliştirme vb.) çalışan halk sağlığı hemşire sayısında önemli bir azalma olmuştur (Nigenda ve ark. 2010).

Avusturalya’da Halk Sağlığı Hemşireliği

Avusturalya’da HSH hizmetleri çalışılan bölge ve bölge halkının gereksinimlerine göre farklılık göstermektedir. Eyaletten eyalete “toplum hemşiresi (community nurse), “bölge hemşiresi, “ev hemşiresi (home nurse), “genel toplum hemşiresi (generalist community nurse), “toplum sağlığı hemşiresi” (community health nurse), birinci basamak sağlık hemşiresi (primary health care nurse) ya da “evde bakım hemşiresi” (home care nurse) gibi bir çok farklı terminolojiyle tanımlanması HSH’nin görev tanımının yapılmasını güçleştirmektedir. Avusturalya’da halk sağlığı hemşireleri belirli hastane geçmişine ve akut bakım hemşireliği deneyimine sahip kayıtlı olarak çalışan hemşirelerdir. Halk sağlığı hemşireleri 1985 öncesinde hastaneye bağlı okullarda 3 yıllık bir eğitim alırken, 1985 sonrasında lisans düzeyinde (4 yıllık) eğitim görmüş kişilerdir. Ancak diğer ülkelerle kıyaslandığında daha az nitelik ve sadece 2 yıl klinik deneyim yeterli görülmektedir. Avusturalya genelinde halk sağlığı hemşiresinin adlandırılması ve görev tanımında karmaşa yaşanmaktadır. Yaşanan bu karmaşalara ek olarak sistematik bir değerlendirme ve araştırmanın eksikliği halk sağlığı hizmetinin çıktılarının da ölçülmesini zorlaştırmaktadır. Halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin, halk sağlığı merkezlerinin bağımsız yapısından koparılarak, hastane işletmelerine bırakılması, bu hizmetin hastanelerin politikalarından, hastanelerin bulunduğu bölgedeki genel bir takım unsurlardan etkilenmesine neden olmaktadır. Avusturalya’da halk sağlığı hemşirelerinin seslerini duyurması, hemşirelik mesleği ve sağlık bakım hizmetine yaptıkları değerli katkıların tanıtılması için araştırmalara, karar verici politikalara daha aktif katılmaları beklenmektedir (Brookes ve ark.2004).

Güney Afrika'da Halk Sağlığı Hemşireliği

Güney Afrika'da halk sağlığı hemşireleri, bir günde 200-300 hasta tarafından ziyaret edilen kasaba kliniklerinde uygulayıcı, klinik yöneticisi olarak çalışmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri genç hemşireleri (young nurses), sağlık geliştiricilerini (health developer) ve gönüllülerini denetleme görevini üstlenmektedir. Halk sağlığı hemşireleri kişilerin öyküsünü alarak ve fizik muayenesini yaparak, hekimin olmadığı yerlerde ilaçları reçetelendirme işlerini yürütürler. Ayrıca bazı günlerde sağlık hizmeti sunabilmek için özel donanımlı bir araç ile seyahat ederler. Bu işlerin dışında klinikle ilişkili kasaba komiteleri ile biraraya gelir ve işlerin planlanmasında rol oynarlar (ICN 2008).

Kore'de Halk Sağlığı Hemşireliği

Koreli halk sağlığı hemşireleri, 3 yıl klinik deneyim veya lisans derecesine sahiptir. Kore'nin kırsal bölgelerinde toplum sağlığı hemşire pratisyenleri (community health nurse practitioners) yerel sağlık merkezlerinde çalışmaktadırlar. Bu merkezlerde sağlık eğitimi, danışmanlık, hastalığın yönetimi, doğum öncesi ve sonrası bakım, bağışıklama, okul sağlığı hizmetleri ve evde yaşlı bakımı hizmeti sunarlar. Hemşireler birey, aile ve toplumun sorunlarını belirlemede toplumsal kaynakları kullanırlar. Acil durumlarda herkes hemşireyi 24 saat arayabilir ve hemşireler de onlara yanıt vermek için çaba göstermektedir (Soon ve Cho 2004, ICN 2008).

SONUÇ

Halk sağlığı hemşiresinin farklı terminolojilerle adlandırılmış olması görev tanımlarının yapılmasında da karışıklıklara neden olmaktadır. Ülkelerin sağlık gereksinimleri farklılaştıkça HSH hizmetlerinden beklentiler de farklılaşmaktadır. Bu durumu sadece sağlık gereksinimlerinin farklılaşması ile açıklamak mümkün değildir. Ülkelerdeki sosyal, politik ve ekonomik değişimlerdeki farklılıklar da HSH'nin yeniden yapılanmasına neden olmaktadır.

Dünyada HSH'nin gelişimini değerlendirdiğimizde; Avrupa ülkeleri ve Avusturya'da halk sağlığı hemşirelerinin geniş uygulama alanlarında hizmet sundukları, eğitimlerinin de genellikle lisans, diğer ülkelerde ise lise düzeyinde olduğu, ancak dünya genelinde lisans düzeyinde hemşirelik eğitiminin öneminin giderek arttığı görülmektedir.

Dünya nüfusunun hızla arttığı, artan nüfusun sosyal ve ekonomik kalkınmayı tehdit ettiği, işsizlik, iç ve dış göçler, alt yapı hizmetlerinden yoksun çarpık kentleşme, beslenme yetersizliği, ana ve çocuk ölümlerinin çoğunlukla önlenebilir hastalıklardan olduğu, çevre sorunlarının artan bir biçimde sağlığı tehdit eder boyutlara ulaştığı, kronik sağlık sorunları nedeniyle tıbbi bakımın maliyetinin arttığı çağımızda, halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin önemi giderek artmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetinde, her aşamada bilgiye ulaşmak istenir. Bu eğilim, gelecekte de devam edecek, artan bir şekilde insanlar iyi seçim yapmak ve bu konuda bilgiye ulaşmak için halk sağlığı hemşirelerinin desteğine ihtiyaç duyulacaktır. Hizmet sunumu ve vurgusu; hastaneden evde bakıma, tedavi edici hizmetlerden koruyucu hizmetlere,

kurumlardan topluma çok hızlı bir biçimde hareket ettiğinden, halk sağlığı hemşirelerinin sağlık sisteminin giderek daha merkezinde yer alacağı ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında bir başrol oyuncusu olacağı öngörülmektedir.

Sağlık hizmet çeşitliliğinin artması, birinci basamakta sağlık hizmetleri ekibinin büyümesi, farklılaşması, ekip içinde hemşire fonksiyonlarının yeniden şekillenmesine neden olmaktadır. Gelecekte halk sağlığı hemşiresinin bazen bir lider, bazen de herhangi bir lider görevi olmayan üye olarak görev alması beklenecektir. Zaman, ekip, kaynak, bilgi ve yönetimin giderek daha önemli hale geleceği, halk sağlığı hemşiresinin görev ve yetkilerinin değişeceği ve daha genişlemiş bir ekibin üyeleri ile çalışmak zorunda kalacağı tahmin edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü direktörü Mahler'in(1985) "Binlerce farklı yerde, milyonlarca hemşire birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında aynı düşünceleri ve kanaatleri ifade ederse, birlikte bir güç olurlar ve değişimin büyük bir gücü olarak rol oynayabilirler" ifadesi halk sağlığı hemşirelerinin içinde bulunduğu kaosu çözebilecek olan yaklaşımı özetlemektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin kendi aralarında bir güç birliği oluştururken sorunların çözümünde doğrudan ya da dolaylı kurum ve kuruluşlarla (yükseköğretim kurumu, sağlık bakanlığı, sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütleri vb.) işbirliği kurma becerisine sahip olmaları hedeflerine ulaşmalarını kolaylaştıracaktır.

KAYNAKLAR

- American Public Health Association (1996) The Definition and Role of Public Health Nursing, a Statement of the APHA Public Health Nursing Section, Washington, DC. <http://www.apha.org>
- Bekemeier B. "Public Health Nursing Chapter 1: History of Public Health and Public Health; 2008:2-20.
- Brokes K, Davidson P, Daly et.al. Community Health Nursing in Australia: A Critical Literature Review and Implications for Professional Development, Contemporary Nurse 2004; 16(3):195-207.
- Canadian Public Health Association (2010). Public Health Community Health Nursing Practice in Canada: Roles and Activities. Ottawa, Ontario: Author.400-1565.
- Community Health Nurses Association of Canada (2008) Canadian Community Health Nursing Standards of Practice. Ottawa: CHNAC. 8-10.
- Eren N, Uyer G. Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi;1986.
- Ergül Ş. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Dünü, Bugünü ve Geleceği, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21 (1), 157-166.
- Erhan Ş.S, Dursun S. Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi. İstanbul:Fatih Ofset, İ; 1995.
- Gebbie K, MS Hwang. Preparing Currently Employed Public Health Nurses for Changes in the Health System. American Journal of Public Health 2000;5: 716-721.
- Hemingway A, Aarts C, Koskinen L et.al. A European Union and Canadian Review of Public Health Nursing Preparation and Practice.Public Health Nursing 2013;1:58-69.
- ICN, IND kit 2008. Delivering quality, serving communities:Nurses leading primary health care. <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2008.pdf>.Erişim Tarihi: 13.03.2015.
- Issel L M, Bekemeier B. Safe Practice of Population-Focused Nursing Care: Development of a Public Health Nursing Concept. Nursing Outlook 2010; 58:226-232.

- Leahy K, Cobb M, Jones M. Community Health Nursing, Third Edition Mc-Grow Hill Book Company 1977; 8-9.
- Mahler H. Targeting on Health for All . Director General of the World Health Organization 1985;3-6.
- Nic Philibin CA, Griffith C, Bryne G. et.al. The role of the public health nurse in changing society, Journal of Advanced Nursing 2010; 66(4): 52-743.
- Nies MA, McEwen M. Community /Public Health Promotion the Health of Publications. Fourth Ed. Saunders. Elsevier 2007; 10-17.
- Nigenda G, Magana-Valladares L, Cooper K et.al . Recent Developments in Public Health Nursing in America. Int.J.Environ. Res.Public Health 2010; 7: 729-750.
- Öztek Z, Kubilay G.Toplum Sağlığı ve Hemşireliği, Ankara: Feryal Matbaacılık 1997; 1-11:234-243.
- Poulton B. Barriers and Facilitators to The Achievement of Community-Focused Public Health Nursing Practice: a UK perspective. Journal of Nursing Management 2009; 17:74-83.
- Schofield R, Rebecca G, Sandy B. Community Health Nursing Vision For: 2020 Shaping The Future. Western Journal Of Nursing Research 2011; 33(8): 1047-1068.
- Smith C, Maurer F. Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company, London 1995; 4-15.
- Soon H, Cho M. The Evolution of the Community Health Nurse Practitioner In Korea. Public Health Nursing 2004; 21(3):287-294.
- Stanhope M, Lancaster J. Community & Public Health Nursing, The C.V Mosby Company 2000; 20-39.
- Van Loon A. The Changing Professional Role Of Community Nurses 2007. [Http://Www. Blackwellpublishing.Com/ Content/ BPL_Images/ Content_Store/ Sample_Chapter/ 9781405151733/ 9781405151733_4_24.Pdf](http://www.Blackwellpublishing.Com/ Content/ BPL_Images/ Content_Store/ Sample_Chapter/ 9781405151733/ 9781405151733_4_24.Pdf)
- The world health report 1998. Life in the 21st century: A vision for all. Erişim Tarihi: 07.04.2015. <http://www.who.int/whr/1998/en/index.html>

KALÇA KIRIĞI OLAN BİR HASTADA AMELİYAT ÖNCESİ

GELİŞEN DELİRYUM: OLGU SUNUMU

PRE-OPERATIVE DELIRIUM IN A PATIENT WITH HIP FRACTURE: A CASE REPORT

Uzm. Hem. Nursemin ÜNAL* Dr. Betül TOSUN Uzm. Dr. Hakan ZEYBEK***

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji AD.

**Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları BD.

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji AD.

Bu çalışma 13-15 Mayıs 2014 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen 7. TSK Hemşirelik Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Deliryum bilinç, dikkat ve algıda dalgalı rahatsızlıkların hızla gelişmesi ile karakterize bazal zihinsel fonksiyonlarda değişiklik olarak tanımlanır ve kalça kırığı olan yaşlı hastalarda sıkça görülen bir durumdur. Bu çalışmanın amacı kalça kırığı nedeniyle ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan bir hastada ameliyat öncesi gelişen deliryumun tedavi sürecindeki hemşirelik bakımı ve sonuçlarını açıklamaktır.

Olgu: Doksan yaşında bayan hasta, evinde düşmüş ve yakınları tarafından acil servise getirilmiştir. Yapılan muayene sonucu sağ femur intertrokanterik kırığı tanısı alan hasta ortopedi ve travmatoloji kliniğine yatırılmış, ameliyat öncesi iki kilogram ağırlık ile cilt traksiyonu uygulanmıştır. Ameliyat öncesi ikinci günde; hasta gece yataktan kalkmaya çalışarak üzerine örtülen neversim takımlarını yere atmış, sağlıklı düşünce süreçlerine uygun olmayan konuşma ve davranışlar sergilemiştir. Hastanın bakımından sorumlu hemşire tarafından deliryum semptomları değerlendirilmiş ve hekimi bilgilendirilmiştir. Psikiyatri konsültasyonu istenen hastaya deliryum tanısı konmuştur. Hastanın hemşiresi tarafından tanımlanan (oluşturulan) hemşirelik tanıları (Akut Konfüzyon, Bilişsel Süreçlerde Bozulma, Öz Bakım Eksikliği Sendromu) ile hastanın bakımı planlanmış, uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Kalça kırığı cerrahisi sonrası yaşlı hastalarda sıkça görülebilen deliryum tablosu bu olguda hemşiresi tarafından ameliyattan önce fark edilmiştir. "Bu sebeple bakımın aynı hemşire tarafından planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sağlanmıştır. Hastanın tek başına bir odaya alınarak sessiz sakin bir ortam oluşturulması, güvenlik önlemlerinin artırılması, psikiyatri konsültasyonu alınarak gerekli ilaç tedavisinin başlanması, günlük yaşam aktivitelerine hastanın maksimum düzeyde katılımının sağlanması ve bakım vericilerinin deliryumu olan hasta bakımı konusunda bilgilendirilmesi, vb. uygulanan girişimler arasında

sayılabilir." Deliryum, semptomların tanınması, yorumlanması, fizyolojik desteğin sağlanması, etkili iletişim kurulması, çevresel faktörlerin düzeltilmesi, psikososyal destek sağlanması ve ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilmektedir. Bu sebeple deliryum ve geriyatrik hasta bakımı konusunda hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ile bilgilerinin yenilenmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Deliryum, kalça kırığı, tedavi, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Objective: *Delirium, defined as changes in baseline mental functions characterized by rapidly developing fluctuations of consciousness, attention and perception, is a common problem in elderly patients with hip fracture. The aim of this paper is to delineate the nursing care and outcomes within the treatment process of a patient having preoperative delirium during hospitalization in orthopedics and traumatology service due to hip fracture.*

Case: *Ninety years old, female patient was proposed to emergency room by her relatives after falling at home. After the examination patient, diagnosed to have right femur intertrochanteric fracture, was admitted to the orthopedics and traumatology service, and skin traction with two kilogram weight was applied prior to surgery. On the preoperative second day of hospitalization, the patient developed unsuitable thinking process behaviours and conversations, tried to get out of the bed and throw the bed linens at night. Responsible practitioner nurse considered the patient to have delirium symptoms and informed the physician. The patient was diagnosed to have delirium after psychiatry consultation. Practitioner nurse planned, implemented and assessed the nursing care of patient with diagnosis of acute confusion, deterioration in mental process, self-care deficit syndrome.*

Discussion and Conclusion: *Delirium, that is especially common in elderly patients after hip fracture surgery, was recognized by the practitioner nurse preoperatively and required measures were taken in place. Therefore nursing care was planned, applied and evaluated by the same practitioner nurse. Interventions include providing quiet and relaxing environment by hospitalization of patient and companion in a separate room instead of ward, enhancing safety measures, initiation of required medication after psychiatric consultation, encouraging patient to participate in daily life activities as much as possible, briefing caregivers on care of patients with delirium. Delirium can be under control by recognizing and interpreting the symptoms, providing physiological and psychosocial support, establishing effective communication, adjusting environmental factors and proper medication, and this period can become acceptable for both patients and relatives. Thus, it is recommended for nurses to enhance their knowledge on delirium and geriatric patient care by in-service training programs.*

Keywords: *Delirium, hip fracture, therapy, nursing care.*

GİRİŞ

Kalça kırığı femurun proksimal kırıklarından olup %90'ı yaşlı hastalarda basit düşme sonrasında meydana gelmektedir. Bu kırıklar; başta osteoporoz, denge bozukluğu, algisal işlevlerde yetersizlik, genel kas zayıflığı ve kas atrofisi gibi olası risk faktörlerinin etkisiyle oluşmaktadır (Mutlu ve ark. 2008). Kalça kırığı cerrahisi sonrası yaşlı yetişkinlerde bilişsel bozukluklardan biri olan deliryum %16 ve %62 arasında

değişen oranlarda görülür (White ve ark. 2011, Bitsch ve ark. 2004). Deliryum bilinç, dikkat ve algıda dalgalı rahatsızlıkların hızla gelişmesi ile karakterize bazal zihinsel fonksiyonlarda değişiklik olarak tanımlanır (APA 2013) ve özellikle yaşlılarda oryantasyon bozukluğu, sersemlik, geceleri huzursuzluk, uykusuzluk ve sık sık uyanmalar ile karakterizedir (Özgür ve Baysan 2005). Krogseth ve ark. (2011) kalça kırığı öncesinde demansı olmayan hastalarda yaptıkları takip çalışmasında akut dönem deliryumun, ilk 6 ay içinde demans gelişmesi riskini arttırdığını saptamıştır. Ayrıca tekrarlayan deliryumu olan kalça kırıklı hastaların deliryum gelişmeyen hastalara göre ilk bir yıl içindeki mortalite riskinin 2.9 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Kiely ve ark. 2009).

Deliryum riski taşıyan ya da deliryumu olan hastalarda optimal sonuçların elde edilmesinde ortopedi hemşireleri önemli bir rol üstlenmektedir. Klinisyenler deliryum risk faktörlerini bilme, bulgularını tarama ve kayıt etme, deliryum insidansını azaltmaya yönelik kanıta dayalı protokolleri uygulama konusunda dikkatli olmalıdır. Hastanın ameliyat bekleme süresinin uzaması, ileri yaş, beslenme bozukluğu, sıvı-elektrolit dengesizliği, ağrı gibi risk faktörlerinin hedef alınmasının deliryumu azaltma konusunda etkili olduğu gösterilmiştir (Mak ve ark. 2010). Hemşirenin, hemşirelik bakım planını hazırlama, uygulama, komplikasyonları önlemeye yönelik gerekli tedbirleri alma ve sonuçları değerlendirme sorumlulukları vardır (Wunderlich 2013, Cuvar 2012). Bu sorumluluklar kapsamında oldukça karmaşık olan kalça kırığı hastalarının bakımının çok yönlü olması gerektiği açıktır. Olgu sunumu olarak planlanan bu çalışmada kalça kırığı nedeniyle ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan bir hastada tedavi ve bakım sürecinde, ameliyat öncesi gelişen deliryumun hemşirelik bakımını açıklanmaktadır.

OLGU

Doksan yaşında kadın hasta, gece evinde tuvalete kalktığında düşmüş ve yakınları tarafından acil servise getirilmiş, radyolojik görüntüleme ve fizik muayene sonucu sağ femur intertrokanterik kırığı tanısı konularak ortopedi ve travmatoloji kliniğine yatırılmıştır. Bilinci açık, zaman, mekan ve kişi oryantasyonu tam olan hastanın sağ bacağına immobilizasyonu sağlamak amacıyla iki kilogram ağırlık ile cilt traksiyonu uygulanmıştır. Hastanın bazı yaşamsal ve laboratuvar bulguları; Arteriyel Kan Basıncı: 120/80 mmHg, Nabız: 80/dk, Ateş: 36.7°C, Lökosit (WBC): 14.800 k/µl, Hemoglobin (Hgb) : 11.6 g/dl, Hematokrit (Hct): 33.5 %, Üre: 50 mg/dl, Sodyum (Na): 137.0 mmol/L, Potasyum (K): 3.93 mmol/L, Kreatinin: 0.88 mg/dl olarak değerlendirilmiştir. İskemik kalp hastalığı olan, Beloc-zok 50 mg 1x1 tb ve Atacand plus 16 mg 1x1/2 tb kullanan hastaya, operasyon öncesi kardiyoloji ve göğüs hastalıkları kliniklerinden konsültasyon istenmiştir. Kardiyoloji klinik değerlendirmesinde; kardiyak açıdan düşük-orta, göğüs hastalıkları klinik değerlendirmesinde; pulmoner komplikasyonlar açısından düşük riskli ve opere edilebileceği değerlendirilmiş olup ameliyat hazırlıkları tamamlanmıştır. Hasta; yatışının ikinci gününde; gece yataktan kalkmaya çalışarak üzerine örtülen nevresim takımlarını yere atmış, oryantasyonu azalmış, sağlıklı düşünce süreçlerine uygun olmayan konuşma ve davranışlar sergilemiştir. Hasta yattığı süre boyunca mesai saatlerinde (08.00-17.00) aynı hemşire tarafından

izlendiğinden, deliryum semptomları gösterdiği şekilde değerlendirilerek sorumlu hekim bilgilendirilmiştir. Hekim tarafından psikiyatri konsültasyonu istenen hastaya deliryum tanısı konmuş ve hekim istemi ile günde Risperidon 1mg tb. 1x1 başlanmıştır.

Hasta yatışının 4. gününde, elektif olarak spinal anestezi altında parsiyel kalça protezi cerrahisi geçirmiştir. İki saat, otuz dakika süren operasyon sırasında hastaya iki ünite eritosit süspansiyonu gönderilmiş ve hasta, 50 dakika anestezi sonrası bakım ünitesinde kaldıktan sonra ortopedi kliniğine geri alınmıştır. Ameliyat sonrası birinci günde ajite davranışlar (damaryolunu ve üriner kataterini çekip çıkarma), dezorganize konuşma ve davranışlar sergileyen hastaya, hekim istemiyle Risperidon tb 1mg /gün yanında Haloperidol 2 x 10 damla (1 mg) gece 4 saat arayla uygulanmıştır. Hastanın bazı yaşamsal ve laboratuvar bulguları; Arteriyel Kan basıncı: 140/85mmHg, Nabız:88/dk, Ateş: 37.2 °C, SpO₂: %94, Kan Üre: 45 mg/dl, Kreatinin: 0.97 mg/dl, AST:28 U/L, ALT: 18 U/L, Sodyum (Na): 130 mmol/L, Potasyum (K): 3.93 mmol/L, Hemoglobin (Hgb): 10.78 g/dl, Hematokrit (Hct) :33.2 %, Lökosit (WBC): 14.8 . 10.e³/mikroL. olarak saptanmıştır. Toplam on bir gün hastanede yatan hastaya bakım veren hemşiresi tarafından Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği (North American Nursing Diagnosis Association) (NANDA) hemşirelik tanılama sistemine göre; Akut Konfüzyon, Düşünce Süreçlerinde Bozulma, Öz Bakım Eksikliği Sendromu hemşirelik tanıları konmuş ve bu tanıları doğrultusunda hastanın hemşirelik bakımı planlanmış, hemşirelik girişimleri uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

Ameliyat sonrası 3. günde dezoryante ve ajite davranışları azalan hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılımının arttığı ve bilişsel süreçlerinin düzeldiği gözlenmiştir. Kişi, yer ve zaman oryantasyonu tam olduğu saptanan hasta günde iki kez mobilize edilebilmiştir. Tuvalet ihtiyacını bağımsız olarak karşılayabilen hastanın hijyenik gereksinimlerini karşılamada bağımsızlığının arttığı gözlemlenmiştir. Hasta ve ailesine verilen taburculuk eğitimini takiben, ameliyat sonrası yedinci günde hasta şifa ile taburcu edilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için hasta ve ailesinin yazılı izni alınmıştır.

Hastanın hemşirelik bakım planı doğrultusunda geliştirilen hemşirelik tanıları;

1. Akut Konfüzyon

Tanım: Bilinç, dikkat, algılama, bellek oryantasyon düşünme, uyku uyanıklık döngüsü ve psikomotor davranışta değişken ve global bir bozulmanın aniden başladığı bir durum olarak tanımlanır.

Hastada görülen semptomlar: Hastada bu tanıya uygun olarak dikkat yeteneğinde azalma, oryantasyon bozukluğu, tutarsız/anlamsız davranış ve konuşmalar, anksiyete, huzursuzluk ve aşırı uyanıklılık semptomları hastaneye yatışının ikinci gününde ortaya çıkmıştır.

Hedef: Hastamız için hedefimiz deliryum durumunun ortadan kalkması ya da deliryum nöbetlerinin azalması şeklinde belirlenmiştir.

Göstergeler: Hastanın daha az ajite olması, yere, zamana ve kişilere oryante olması, günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olması göstergelerimizi oluşturmuştur.

Planlama: Hastanın bütünlük duygusunu destekleyici, anlamlı ve yeterli duyuşsal uyararı sağlayan, hastanın otonomisini kaybetmesini önleyen, konfüzyonunu desteklemekten kaçınan, fiziksel ve çevresel güvenliğini sağlayan hemşirelik girişimleri planlanmıştır (Carpenito-Moyet 2010, Demiralp 2007, Totur ve Korkmaz 2011).

Hemşirelik Girişimleri:

Yanıdaki bakım vericilere durumun tıbbi olarak açıklaması ve yapılması gerekenler hakkında bilgi verilmiştir. Bu kapsamda;

1. Öncelikle yakınlarına hastada gelişen bu bilinç değışikliklerinin kalça kırığı gelişen yaşlı hastalarda zaman zaman görüldüğü ve bunun genellikle geçici bir durum olduğu açıklanmıştır.

2. Sessiz sakin ve huzurlu bir ortam sağlanması gerektiğı yakınlarına açıklanmış ve hasta tek kişilik bir odaya alınmıştır.

3. Bakım vericiler; hastanın yaptıklarından dolayı suçlanmaması, hastayı anlamaya çalışarak, saygılı ve sakin davranılması söylenmiştir.

4. Bakım vericilerin gün içinde hastayı ajite etmeden yer ve zamana oryantasyonunu nasıl yapacağı öğretilmiştir.

5. Hastanın aile bireylerini tanıma ve hatırlamada güçlük çekebileceğı, aile bireylerinin fotoğraflarının hastaya gösterilmesinin ya da sevdiği ve alışkın olduğu birkaç eşyasının hasta odasına getirilmesinin yararlı olabileceğı açıklanmıştır.

- Hasta odasında hastayı rahatsız etmeyen ve halüsinasyonları tetiklemeyen çevresel düzenlemeler yapılmıştır. (örn: rahatsız edici aşırı ışık azaltılmıştır, sakin sessiz bir ortam sağlanması amacıyla televizyon kapatılmıştır, ortamdaki fazla gereksiz eşyalar dolaba kaldırılmıştır, yalnızca bakım verici yakını dışında diğer ziyaretçilerin ve başka hastaların hasta odasına giriş çıkışı kısıtlanmıştır.)
- Yararlı ve anlamlı konuşma konuları (ağrısının olup olmadığı, ailesi, sevdiği yemekler, hoşlandığı şeyler vb.) hakkında bilgi toplanmıştır. Konuşmak için hastanın uyanık olduğu sabah saatleri tercih edilmiştir.
- Yetişkin iletişiminin kuralları doğrultusunda hastaya ismiyle hitap edilerek, göz teması kurularak, yavaş ve bağırmadan, ortalama bir ses tonu ile konuşulmuştur.
- Hastayla içten, samimi ve doğru bilgiler vererek iletişim kurulmuştur.
- Zamana, yere ve kişilere oryantasyonu sağlanmıştır. Hemşiresi, hastanın odasına her girdiğinde kendini tanıtmış, tarihi ve saatin kaç olduğunu hastaya hatırlatmış, hastanın şuan nerede ve ne sebeple bulunduğunu belirtmiş ve yapacağı işlemleri açıklamıştır.
- Aile fotoğraflarına bakması için günün belli saatlerinde oğlunun bilgisayarından fotoğraflara bakması sağlanmıştır. Tanıyamadığı kişiler oğlu tarafından tanıtılmış ve hatırlatılmıştır.
- Hastaya anlatılacak konular bölümlere ayrılıp adım adım küçük parçalar halinde açıklanma yoluna gidilmiştir.

- Özbakım aktivitelerine katılması için cesaretlendirilmiş gün boyunca sınırları dahilinde en az iki kez yatak içinde ROM egzersizleri yaptırılmıştır.
- Hastanın konfüze durumu ve belirsiz ifadeleri hasta ile tartışılmadan ya da kabul edilmeden gerçeğe dönmesi için yönlendirilmiştir. (örn: kendini evinde sandığı ve yemek yapmak istediğini söylediğinde; şu anda hastanede olduğu, düştüğü için kalçasının kırık olduğu ve tedavi olabilmek için hasta yatağında yatması gerektiği, kalkmaya çalışırsa daha fazla ağrı duyacağı ve kendine zarar verebileceği söylenmiştir).
- Fiziksel tespit kullanımından kaçınılmış, yatak kenarları kaldırılmıştır. İki üç saatte bir traksiyona bağlanmış olan bacağı rahatlatmak için ağırlıklar 15-20 dk. kaldırılmıştır. Böylelikle yatağa bağlı olma hissi azaltılmaya çalışılmıştır. Bakım vericilerden birinin mutlaka yanında kalması sağlanmış hastanın yalnız kalmamasına dikkat edilmiştir.
- Bakım veren hemşiresinin tek ve aynı kişi olmasına dikkat edilmiştir. Hemşiresi özellikle odasına girerken selamlayarak girmiş ve çıkarken ne zaman döneceğini belirterek (örn: 15 dk. sonra geri geleceğim ve ilacınızı vereceğim) hasta ile güvene dayalı bir ilişki sağlanmıştır.

Değerlendirme: Hastaneye yatışının üçüncü gününde hastanın daha sakin olduğu, yere, zamana ve kişilere oryantasyonunun tam olmadığı, günlük yaşam aktiviteleri konusunda yarı bağımlı olduğu saptanmıştır. Ameliyat günü ve gecesi deliryum tablosunun derinleştiği, yere zamana ve kişilere oryantasyonun tamamen bozulduğu ve hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu değerlendirilmiştir. Hastanın ameliyat sonrası 3. günden itibaren konfüzyon tablosunun gerilediği, günlük yaşam aktivitelerine katılımının arttığı ve yere zamana ve kişilere oryantasyonunun olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının hastayla olan iletişiminin verilen bilgilendirme eğitimiyle uyumlu olduğu saptanmıştır.

2. Düşünce Süreçlerinde Bozulma

Tanım: Başetme ve/veya mental rahatsızlıklara bağlı olarak bilinçli düşünme, gerçeğe oryantasyon, problem çözme, yargılama, karar verme, anlama/ kavrama gibi mental aktivitelerinde bir bozukluk olan bir bireydeki durumdur. Kavrama ve algılamasında günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek/değiştirecek bir şekilde bozulma olan bireyi tanımlar.

Hastada görülen semptomlar: Hastada; uyarıların doğru olmayan şekilde yorumlanması, şüphelenme, delüsyonlar, hallüsinasyonlar, konfüzyon/oryantasyon bozukluğu olarak sıralanabilir.

Hedef: Hastanın yere, zamana ve kişilere (gerçeğe) oryantasyonunu sağlamak ve açık iletişimini sürdürebilmek olarak belirlenmiştir.

Göstergeler: Hastanın normal düşünme sürecinde ve davranışlarında olması, halüsinasyon ve delüsyonlarla baş edebilmesi, daha az sıklıkla halüsinasyon ve delüsyon ifade etmesi, günlük yaşam aktivitelerinde aktif hale gelmesi göstergelerimiz olarak saptanmıştır.

Planlama: Bu tanıya uygun olarak sakin, destekleyici ve iletişimi güçlendirici hemşirelik girişimleri planlanmıştır (Carpenito-Moyet 2010, Totur ve Korkmaz 2011, Birol 2011).

Hemşirelik Girişimleri:

- İşıtsel ve görsel yetersizlikler ile reflekslerin yavaşladığı göz önünde bulundurularak sabırlı, sakin ve destekleyici bir tavırla iletişim sağlanmıştır.
- Sözel ve sözel olmayan halüsinasyonlar gözlenmiş ve ailenin korku ve endişelerinin giderilmesine yönelik bilgi verilmiştir. Halüsinasyonların sıklığı ve zamanı kaydedilmiştir.
- Halüsinasyonların gerçek olmadığına anlaşılması için hasta bu konuda gerçeğe yönlendirilmiştir. (örn: Hasta sesler duyduğunu onu kaçırmak isteyen kişilerin geldiğini söylediğinde; “odada bizden başka kimse yok duyduğunuz sesler sizin kendi düşüncelerinizin içinde, şu an güvendesiniz, hastanedeyiz ve kimse size zarar vermek istemiyor” şeklinde bir yaklaşımda bulunulmuştur.)
- Hastaya bakım veren hemşiresi tarafından hastanın istek ve gereksinimleri ayırt edilmiş ve hastanın bağımsız olarak yapabildiği işler belirlenmiştir (Örn: hasta yemeğini kendi yiyebildiği ve yatak içinde kendini çevirebildiği halde bunları başkasının yaptırmasını istiyordu, böyle bir durumda hasta bu işleri kendisi yapması konusunda cesaretlendirilmiştir.)
- Hastanın gece ve gündüz kavramını karıştırmaması için gün ışığının içeri girebileceği şekilde pencereler açılmıştır.
- Hastaya kendisiyle ilgili sorumluluklar verilmiştir. (örn: sabahtan itibaren yediği ve içtiği şeyleri aklında tutarak hemşireye bildirmek)
- Değerlendirme: Hastanın yatışının yedinci gününe kadar günde en az iki kez sözel ve sözel olmayan halüsinasyonlar gözlenmiştir. Deliryum ile ilgili verilen bilgilendirme eğitimi doğrultusunda hasta yakınlarının hasta ile iletişimlerinin sakin, sabırlı ve hastanın bağımsız olarak yapabileceği faaliyetleri destekleyici olduğu gözlemlenmiştir. Ameliyat sonrası üçüncü günü (yatışının 7. günü) itibarıyla hastanın halüsinasyonlarının ve delüzyonlarının görülmediği, yeri, zamanı ve kişileri doğru bilişsel süreçlerde değerlendirdiği saptanmıştır.

3. Öz Bakım Eksikliği Sendromu:

Tanım: Motor fonksiyonlarında veya bilişsel fonksiyonlarda bir bozulma nedeniyle kendine bakım verme aktivitelerinden beşini de (beslenme, hijyenik faaliyetler, giyinme/soyunma, tuvalet ihtiyacı, enstrümantal bakım) yerine getirme yeterliliği azalan bir bireydeki durumdur.

Hastada Görülen Semptomlar: Besinleri ağzına götürürken dökülmesi, çatal bıçak kullanamama, banyoya ulaşamama, hijyenik önlem gereksinimlerini algılamada yetersizlik, uygun tuvalet hijyeni başaramama olarak saptanmıştır.

Hedef: Hastanın yemek yeme, giyinme, tuvalet, banyo aktivitelerine fiziksel ve/veya sözel olarak katılmasıdır.

Göstergeler: Özbakım aktivitelerindeki tercihlerini (örn. zaman, ürünler, yerleşim) tanımlaması, özenli/ilgili bir destekten sonra optimal hijyen sergilemesi beklenen göstergeler olarak belirlenmiştir.

Planlama: Günlük yaşam aktivitelerini en üst düzeyde yapabileceği bağımsızlığa ulaşana dek hastaya destek olabilecek hemşirelik girişimleri planlanmıştır (Carpenito-Moyet 2010, Totur ve Korkmaz 2011, Birol 2011).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hasta kendi kendine yemek yeme, yatak içinde hareket etme, giyime soyunma konusunda cesaretlendirilmiştir. (örn: “şimdi bu elinizle yatağın kenarından tutarak kendinizi sola doğru çevirin, bunu yapabilirsiniz” ya da “çorbanızı kendiniz içebiliyor musunuz bir deneyelim”)
- Yapamadığı aktivitelerine destek verilmiştir. (örn: kalça kırığı nedeniyle yataktan kalkıp banyoya tuvalete gidemediği için sürgü verilmesi ve hijyenik faaliyetlerin yapılması vb.)
- Ağrısı değerlendirilmiş ve gerekiyorsa ağrısı azaltılarak günlük yaşam aktivitelerine katılımı arttırılmıştır.
- Sıvı elektrolit dengesi açısından takip edilmiş ve sıvı alımı desteklenmiştir.
- Hasta yapılacak aktivite öncesi yere, zamana ve araçlara oryante edilmiştir.
- Uygulamalar sırasında mutlaka kişinin mahremiyeti sağlanmıştır.
- Konfüzyonu azaltmak üzere yapılandırılan programın bir parçası olarak, hijyenik faaliyetler için her gün aynı saatte olacak şekilde bir zaman verilmiştir.
- Uyku düzeninin sağlanması amacıyla hemşirelik girişimleri genellikle gündüz saatlerinde hastanın uyumadığı dönemlere planlanmıştır.
- Kişi yardımsız olarak ve güvenli bir şekilde görevi yerine getirene kadar aktiviteler gözlenmiştir.

Değerlendirme: Ameliyat öncesi dönemde hastanın beslenme, hijyenik faaliyetler, giyinme/soyunma, tuvalet ihtiyacı gibi ihtiyaçlarında bakım vericisine bağımlı olduğu saptanmıştır. Hasta ameliyat sonrası birinci günde mobilize edilememiş olup yalnızca yatağın kenarında güvenli bir şekilde oturtulmuştur. Ameliyat sonrası ikinci günde yürüteç yardımıyla mobilize edilen hasta ameliyat sonrası üçüncü günden itibaren öz bakımına fiziksel ve sözlü olarak katılmaya başlamıştır.

TARTIŞMA

Yaşlı hastaların organ rezervlerindeki düşüklük ve fonksiyonlarındaki yetersizlik, komplikasyon gelişimine yatkın olmalarına neden olmaktadır (Nakai ve ark. 2013). Deliryumun gelişmesi ağrı, ileri yaş, duysal bozukluklar, kronik tıbbi durumlar, enfeksiyon, ilaçlar, yetersiz beslenme, sıvı elektrolit dengesizliği, yeterli uyku/dinlenmenin sağlanması ve ortopedik cerrahi gibi birçok faktöre bağlı olabilir (Kain 2010, Güner ve Geenen 2007). Hastanede yatan yaşlı hastalarda sıklıkla görülen deliryum, artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili bulunmuş olup, hastanede kalışların uzamasına, büyük sağlık harcamalarına ve hasta ve bakım sağlayıcılarda distrese yol açabilir (Witlox ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda kalça kırığı olan yaşlı hastalarda erken teşhis edilerek tedavi edilen deliryumun hastanede yatış süresini, üriner sistem

enfeksiyonlarını, basınç ülseri gelişme riskini, konstipasyonu, beslenme problemlerini azaltacağı bildirilmiştir (Lundström 2007, Vidán 2005). Bu olguda sayılan sebeplerden biri ya da birkaçına bağlı olarak geliştiğini düşündüğümüz deliryum hastanın bakım veren hemşiresi tarafından hastaneye yatışın ikinci gününde fark edilip probleme yönelik doğru tedavi ve bakım yaklaşımı uygulanabilmiştir. Erken dönemde saptanan deliryuma yönelik planlanan tedavi ve bakım sayesinde hastanın ameliyat sonrası üçüncü gününden itibaren günlük yaşam aktivitelerine katılımının arttığı, deliryum semptomlarının gerilediği belirlenmiştir.

Her ne kadar deliryumu kesin olarak tespit edecek bir laboratuvar testi bulunmasa da deliryumun tespit edilmesi amacıyla birçok ölçme aracı önerilmekte ve kullanılmaktadır. Örnek olarak hemşirelerin kullandığı geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (CAM), Deliryum Gözlem Ölçeği (DOS) verilebilir (Cole ve ark. 2008). Ayrıca hastaların bakım vericilerinin gözlemleri ve gece vardiyasındaki hemşire notları, deliryum hakkında rehber olabilir. Bu ölçekler dışında alınacak psikiyatri konsültasyonu emin olunmayan deliryumun tespiti açısından önemlidir. Bu olguda deliryum tanısı uzman bir psikiyatrist konsültasyonu ile konmuş olup, klinikte deliryumun tespitine yönelik standart bir ölçüm aracı kullanılmamaktadır. Bununla birlikte gece vardiyasındaki hemşire notları ve bakım vericilerin ifadeleri hastaya deliryum tanısı konmasına, tedavi ve bakım sürecine ışık tutmuştur.

Ortopedi hemşirelerinin yaşlı bakımında bakım verici, eğitici, danışmanlık ve bakım koordinatörü rollerini etkin bir şekilde yürütebilmesi için; yaşlanma, yaşlanmaya bağlı fizyolojik, bilişsel, psikososyal ve ekonomik değişiklikler, yaşlılarda görülen kronik hastalıklar konularında yeterli bilgi ve deneyimlerinin olması gerekmektedir (Biol 2011, Karadakovan 2010, Mamaril 2006). Ayrıca hastanın yakınları ve bakım vericilerin de deliryum önleyici tedbirleri, semptomları ve bakımı hakkında bilgi sahibi olması ve hastanın hemşiresi tarafından ailesiyle bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir. Özellikle; hastanın hastane ortamına uyumunun sağlanması, hastayla doğru bir iletişim kurulması, erken mobilizasyon, ağrı yönetimi, uygun beslenme ve hidrasyonun sağlanması, yeterli uykunun sağlanması deliryumun önlenmesi ve bakımında gerekli girişimlerdir (Kalish ve ark. 2014). Bu olguda tedavi bakımında hastanın yakınları ve bakım vericiler sürece dahil edilmiş olup takibi ve değerlendirmesi hastanın sorumlu hemşiresi tarafından yapılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ortopedi hemşirelerinin yaşlı hastalara bütüncül yaklaşımları (deliryum semptomların tanınması, yorumlanması, fizyolojik desteğin sağlanması, etkili iletişim kurulması, çevresel faktörlerin düzeltilmesi, psikososyal destek sağlanması vb.) ve ilaç tedavisi ile önemli deliryum komplikasyonlarının önlenmesi sağlanarak, bu dönem hasta ve yakınları için daha kolay hale getirilebilir (Dewan ve ark. 2012, Savcı ve Bilik 2014). Bu sebeple deliryumu tanılama, önleme ve tedaviye yönelik hemşirelere hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, konuyla ilgili olarak hemşirelerin kurum dışındaki diğer kurs, konferans ve eğitim seminerlerine katılımlarının

desteklenmesi, deliryumu değerlendirmek amacıyla geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçekler ve standart bir veri formu kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Birol L. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 10. Baskı. İzmir: Etki Yayınları; 2011. 21-31.
- Bitsch M, Foss N, Kristersen B & et al. Pathogenesis of and Management Strategies for Post Operative Delirium After Hip Fracture. *Acta Orthopædica Scandnavica* 2004; 75(4), s. 378–389.
- Carpenito-Moyet LJ.(2010). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviren: Erdemir F. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
- Cole MG, Ciampi A, Belzile E & et al. Persistent Delirium In Older Hospital Patients: A Systematic Review of Frequency and Prognosis. *Age and Ageing* 2008; 38(1):19-26.
- Cuvar K. Promoting Physiological Health. Activity and Exercise. In: Berman A, Snyder JS, Editors. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Proces and Practice*. 9th ed. New Jersey: Pearson Education; 2012.
- Demiralp M. Deliryum, Demans, Amnestik ve Diğer Bilişsel Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akbayrak N, Karadakovan A, Editörler. *Hemşirelik Bakım Planları*. Ankara: Birlik Matbaacılık; 2007. 93-121.
- Güner P, Geenen O. Atlanması Kolay Bir Bozukluk: Deliryum. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;1(1): 39-46.
- Kain HB. Care of the Older Adult Following Hip Fracture. *Holist Nurs Pract* 2000;14(4):24–39.
- Kalish VB, Gillham JE, Unwin BK. Delirium in Older Persons: Evaluation and Management. *Am Fam Physician* 2014; 90(3):150-158.
- Karakovan A. Yaşlılık ve Bakım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, Editör. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 1.Basım. Adana: Nobel Kitabevi; 2010.113-136.
- Kiely D, Marcantonio E, Inouye S & et al. Persistent Delirium Predicts Greater Mortality. *Journal of American Geriatric Society* 2009; 57(1): 55–61.
- Krogseth M, Wyller TB, Engedal K & et al. Delirium is an Important Predictor of Incident Dementia Among Elderly Hip Fracture Patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2011; 31(1): 63–70.
- Lundström M, Olofsson B, Stenvall M & et al. Postoperative Delirium in Old Patients With Femoral Neck Fracture: A Randomized Intervention Study. *Aging Clinical and Experimental Research* 2007;19(3):178-186.
- Mak JCS, Cameron ID, March LM. Evidence-Based Guidelines for the Management of Hip Fractures in Older Persons: An Update. *MJA* 2010;192(1): 37-41.
- Mamari ME. Nursing Considerations in the Geriatric Surgical Patient. *The Perioperative Continuum of Care*. *Nursing Clinics of North America* 2006; 41(2): 313-328.
- Mutlu M, Bilgen MS, Durak K. İnterokanterik Femur Kırıklarında Kalkarlı Parsiyel Protez İle Dinamik Kalça Vidası Uygulamalarının Karşılaştırmalı Sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 34(2): 31-39.

- Nakai T, Hashimoto K, Onishi A & et al. Analysis of Perioperative Complications of Surgery for Proximal Femur Fracture in Elderly Patients Older Than 75 Years. *Open Journal of Orthopedics* 2013; 3: 90-93.
- Özgür G, Baysan L. Yaşlılarda Uyku Sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21(2) : 97-101. Bilik Ö. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatrik Değerlendirme. *DEUHYO ED* 2014;7(2):156-163.
- Totur B, Korkmaz FD. Geriatrik Cerrahide Hasta Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011;27 (2) : 61-68.
- Vidán MJA, Serra JA, Moreno C & et al. Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53(9):1476-1482.
- White JJE, Khan WS, Smitham PJ. Perioperative Implications of Surgery in Elderly Patients With Hip Fractures: an Evidence-Based Review. *Clinical Feature* 2011;21(6): 192-197.
- Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF& et al. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization and Dementia: A Meta-Analysis. *JAMA* 2010; 304: 443–451.
- Wunderlich R. Physiological Basis for Nursing Practice, Activity and Exercise. In: Potter PA, Perry, AG, Stokert PA, Hall AM, Editors. *Fundamentals of Nursing*. 8th Ed. Canada: Elsevier Mosby; 2013.746-768.

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

SON KONTROL LİSTESİ

- 1. Makalenin Türü
- Araştırma
- Derleme
- Olgu sunumu

Başlık Sayfası

- 2. Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı.
- 3. Yazarlar ve kurumları belirtildi.
- 4. Tüm yazarların yazışma adresleri, iş tel, gsm, e-posta belirtildi.
- 5. Makale bir kongrede sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi.

Özet Sayfası

- 6. Türkçe ve İngilizce yapılandırılmış özet yazıldı (250-300 sözcük).
- 7. Türkçe ve İngilizce özet birbiriyle uyumlu.
- 8. Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler yazıldı.
İngilizce anahtar kelimeler "Medical subject Headings (MESH)"e uygun olarak (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>), Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri" nden (<http://www.bilimterimleri.com>) adresinden verildi.
- 9. Özetler sayfası metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı.

Ana Metin

- 10. Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanıldı.
- 11. Gramer ve yazım kurallarına uyuldu.
- 12. Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarına Türkçe eş anlamlılarına yer verildi.
- 13. Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi.
- 14. Araştırma makalelerinde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı.

- 15. Derleme makaleler giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak uygun bir sonuç anlatımıyla bağlantılı bir şekilde sunuldu.
- 16. Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul izin yazısı eklendi.

Kaynaklar

- 17. Kaynak gösterimi metin içinde belirtilen kurallara (yazar soyadı ve yayın tarihi) uygun olarak yapıldı.
- 18. Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi ve kaynak gösterimi kurallara uygun olarak yapıldı.
- 19. Doğrudan yararlanılmayan herhangi bir kaynak kullanılmadı (Elimde kaynakların tümü mevcut ve gerektiğinde dergi yayın kuruluna bunu ispat edebilirim.)

Tablo ve Resimler

- 20. Belirtilen kurallara uygun olarak hazırlandı.
- 21. Başka kaynaklarda alınan şekil, resim, tablolarda kaynak gösterildi.

Tüm Makale

- 22. Makalenin sayfa kenar boşlukları kontrol edildi.
- 23. Makalenin satır aralıkları uygun.
- 24. Makalenin ilgili bölümlerinde uygun yazı karakteri kullanıldı.
- 25. Makalenin ilgili bölümleri uygun puntoda yazıldı.
- 26. Makale sayfa sınırlarını aşmayacak şekilde yazıldı.
- 27. Makalede uygun şekilde sayfa numarası verildi.
- 28. **KAYNAKLAR YAZIM KURALLARI YÖNÜNDEN DİKKATLİCE KONTROL EDİLDİ.**

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....

.....

.....

Başlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'ne vermeyi kabul ediyorum/ ediyoruz. Yayınlanmasını istediğimiz bu makalenin Türkçe ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve daha önce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriği ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğu üstlendiğimi/ üstlendiğimizi kabul ederim/ederiz.

Yazar/ Yazarlar

İmza

Tarih

DERGİ YAZIM KURALLARI

Yayının Kabulü: Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, dergi editörlüğüne gönderilecektir. (E-mail: ozen.durakoglu@gmail.com.) Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret ya da karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı kurum adresleri ve e-mail adresleri eklenip ozen.durakoglu@gmail.com. adresine gönderilecektir.

Makalenin Hazırlanışı: Makale, Microsoft Word programında A4 kağıt boyutunda yazılmalıdır. Başlık 10 punto Times New Roman, Özet 9 punto Times New Roman, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde yazılmalıdır. Araştırma raporları 16 sayfa, derleme ve olgu sunumları 10 sayfayı (kaynaklar dahil) geçmemelidir.

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

BAŞLIK SAYFASI

- Türkçe Başlık (Büyük harf ile),
- İngilizce Başlık (Büyük harf ile),
- Yazarların adları ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
- Yazarların Yazışma adresleri, kurum adresleri, e-mail adresleri
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

ÖZET SAYFASI

Özetler Türkçe ve İngilizce Olmak üzere iki dilde olmalı, yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını taşımalı, araştırmanın temel anlamını metne bakmayı gerektirmeyecek şekilde 250-300 sözcük ile yansıtmalıdır.

Araştırma makalelerinin özetleri; "Amaç", "Gereç ve Yöntem", "Bulgular ve Sonuç" bölümleri ile anahtar sözcükleri içermelidir. Anahtar kelimelerin "Türkiye Bilim Terimleri"nden seçilmesi gerekmektedir. Bilgi için adresten yararlanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>).

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; "Objective", "Methods", "Results", "Conclusion" ve "Key Words" bölümlerini içermelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Medical subject Headings (MESH)"e uygun olarak verilmelidir. (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

Derleme Makalelerinin özetleri; Giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır. Anahtar Sözcükler yer almalıdır. Derleme makalelerinin İngilizce özetleri; aynı şekilde olmalıdır.

Olgu Sunumu özetleri olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik süreçlerini içermelidir. İngilizce özetleri de aynı şekilde olmalıdır.

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

DERGİNİN YAYIN DİLİ

Derginin yayın dili Türkçe' dir. Ancak Yurtdışından gelen çok önemli İngilizce makalelere de yer verilebilir.

METİN:

Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşımaktadır.

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır olmalıdır.
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmalıdır.
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eş anlamlarına yer verilmelidir
- Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.
- Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtilmiş olmalı ve etik kurul izin yazısı eklenmelidir.
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

Araştırma Raporları: Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Yorum, Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar başlıklarını taşıyan bölümlerden oluşmalıdır. Araştırmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara teşekkür başlığı altında teşekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyulduğu açıkça belirtilmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

Tablo ve Şekiller: Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmelidir. Resim/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

Başka bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

Güvenç B (1970) Kültür kuramında bütüncülük sorunu üzerine bir deneme. Ankara, s.51'den alındı.

Fotoğrafların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i aşmamalı, metin içinde fotoğrafın yerleştirileceği yer boş bırakılıp fotoğraf altına gerekli açıklama yapılmalıdır.

Derlemeler: Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak gelişme ve sonuç anlatımıyla sunulmuş olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

Olgu Sunumları: Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma ve Kaynaklar verilerek yazılmalıdır. Olgu sunumu fotoğraf ve akış şemaları ile desteklenebilir. Fotoğraf ve akış şemaları için gerekli izinler alınmalıdır.

Son Kontrol Listesi: Son Kontrol listesi gözden geçirilip, imzalandıktan sonra gönderilen yayına eklenerek gönderilmelidir. (ayrı bir sayfa olarak)

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu: Tüm yazarlar tarafından imzalanmış olarak gönderilmelidir.

KAYNAK KULLANIMI

Metin içinde: Yazarın soyadı ve yazının yayın tarihi ile birlikte belirtmeli, yazar ve tarih arasına virgöl konmamalıdır. İki yazarlı kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadı, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarın soyadı ve "ve ark." şeklinde belirtilmelidir.

Örnekler

(Graydon 1988), depresyonun...

(Sarna ve Mc Corkle 1996), araştırmalarında.....

(Lasry ve ark. 1987), yaptıkları çalışmada.....

.....saptanmıştır (Graydon 1998).

.....ortaya çıkarılmışlardır (Bard ve Sutherland 1955).

Ancak cümle başlangıcında kullanırken kullanım şekli aşağıdaki gibi;

Sarma ve Mc Corkle araştırmalarında(1996). olacaktır.

Aynı yazarın, aynı yıldaki değişik yayınları (Bayık 1996 a, Bayık 1996 b) şeklinde belirtilmelidir.

Birden çok yazar aynı anda gösterileceği zaman, aynı parantez içinde virgülle ayrılarak gösterilmelidir. Kaynaklar tarih sırasına göre sıralanmalıdır.

Örnek:

(Argon 1992 , Karadakovan 1992).

Kaynakçada: Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ının baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgül konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra "ve ark." şeklinde belirtilmelidir. Kongre bildirileri, kişisel deneyimler kaynak olarak gösterilmemelidir.

Dergi isimleri kısaltılmış olarak veriliyorsa, Index Medicus'a uygun olarak ve/veya derginin ilan ettiği şekildeki kısaltma varsa bu şekilde kısaltılmalıdır. Eğer kısaltma kullanmayan bir dergi ise, kısaltma yapılmayıp, dergi adı aynen yazılmalıdır. Dergi makalesi, kitap isimleri yazılırken, ilk kelimenin baş harfi büyük, diğerleri küçük harfle yazılmalıdır.

Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler

Dergi Makalesi

Yazar(lar)ın soyadları ve isimlerinin baş harfleri, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no'su belirtilmelidir.

- Stephane A. Management of Congenital Cholesteatoma with Otoendoscopic Surgery: Case Report. J Med Sci 2010; 30(2): 803-7.
- Lorig K, Gonzales VM, Ritter P & et al. Comparison of Three Methods of Data Collection in an Urban Spanish-Speaking Population. Nurse Res 1997; 46(4): 230-4.

Dergi Eki (Supplement)

- Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan S. Predictors of Psychosocial Adjustment in People with Physical Disease. J Clin Nurs 2007; 16(3A Suppl.): 6-16.

Kitap:

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler) inin baş harfleri, bölüm başlığı, editör(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

- Karasar N. Araştırmalarda Rapor Hazırlama. 8.Baskı. Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd; 1995. 101-112.
- Terakye G. Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri. 2. baskı. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1994.

Yabancı Dilde Yayınlanan Kitaplar için:

- Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial Nursing for General Patient Care. 2 nd ed. USA: F.A. Davis Company; 2002.
- Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the Exocrine Pancreas. 2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. 145-210.

Kitap Bölümü:

- Kaufman CA, Wyatt RJ. Neuroleptic Malignant Syndrome. In: Melszer HY, Editor. Psychopharmacology. New York: Raven Pres; 1987.
- Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and Aberrant Growth. In: Wilson JD, Foster DW, Editors. Viliams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. 1079-138.

Kitap Çevirisi:

- Wise MG, Rundell JR. (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi. Çevirenler: Tüzer T, Tüzer V. Ankara: Compos Mentis Yayınları; 1997.

Metin içinde "(Wise ve Rundell 1994)" şeklinde gösterilir.

- Hofling CK, Leininger MM. (1960) Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. Çeviren: Kumral A. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1983.

Yazar ve Editörün Aynı Olduğu Kitaplar

- Uyer G. Yeni Bir Birimin Planlanması ve Organizasyonu. İçinde. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. Uyer G, Editor. 1.basım. İstanbul: Birlik Ofset Ltd.Sti; 1986. 56-61.
- Eken A. Kozmesötikler: Kozmetiklerle İlaçlar Arası Ürünler. Eken A, Editör. Kozmesötik Etken Maddeler. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. 1-7.

Yazar Adı Olmayan Yayınlar

(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):

American Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Çeviren: Köroğlu E. 4.baskı. Ankara: (DSM-IV.) Hekimler Yayın Birliği; 1995.

Metin içinde "American Psikiyatri Birliği (1994)" şeklinde gösterilir.

Yayınlanmamış Tez

Yavaş O. Bir Üniversite hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Ve Örgütsel Gereksinimlerine İlişkin Bir İnceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1993. 53-55.

Basılmamış Yayınlar

Gordes G, Cole JO, Haskell D.& et al. The Naturel History of Tardive Dyskinesia. J.Clin Psychopharmacol. (Inpress).

İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa:

Yararlanılan yazının yazarı, yazarı yoksa kurum adı UNICEF gibi kurum adı yoksa kaynak gösterilmemelidir. Yayının internet kaynağı varsa Yayının başlığı, internet adresi ve son erişim tarihi belirtilerek gösterilebilir.

- Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, Liu PP, Naimark D, Tu JV. (November 19, 2003). Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure. The Journal of the American Medical Association, 290(19): 2581-2587. Retrieved November 23, 2003, from <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/290/19/2581>.

Yayın resmi yayın olarak gösterilecekse;

- American Nurses' Association. Statement on psychiatric mental health nursing practice and standards of psychiatric-mental health clinical practice. Washington: American Nurses' Publishing; 1994.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler, kişisel haberleşmeler, Medline taramalarından ulaşılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.

YAZAR İNDEKSİ

<u>Yazar</u>	<u>Sayı-Sayfa</u>	<u>Yazar</u>	<u>Sayı-Sayfa</u>
Akyol Asiye	3:1-19	M.Özkan Derya	2:1-7
Alkan Damla	2:1-7	O.Alcan Aliye	3:81-89
Alp Dal Nursel	3:90-98	Oskay Ümrân	1:108-119
Amanak Keziban	1:120-130	Ö.Turgut Emel	2:78-85
B.Koyuncu Saadet	2:53-66	Özkan Mine	2:98-112
B.Temel Ayla	3:1-19	Özsoy Süheyla	1:11-26;2:26-39
B.Yılmaz Emel	1:52-61	Öztürk Ruşen	1:120-130
Barış Nuray	2:130-139	Pehlivan Seda	1:27-38
Başgol Şükran	1:108-119	Sancı Muzaffer	2:40-52
Bayraktar Duygu	3:68-80	Sevil Ümrân	1:120-130
Çam M.Olcay	2:78-85;3:20-36	Ş.Köze Burçak	2:1-7;3:81-89
Çevik Yadigar	3:90-98	Tanıl Vildan	3:81-89
Çullu Mehtap	1:62-82	Tanrıverdi Gülbu	3:37-52
D.Korkmaz Fatma	1:62-82;2:113-129	Taşdemir Fatma	3:1-19
D.Yılmaz Sema	2:53-66	Tosun Betül	3:119-129
Dağhan Şafak	1:11-26	Tuğrul Emel	1:95-107
Dindar Behtiye	3:53-67	Tümer Adile	2:26-39
E.Alpar Şule	2:130-139	U.Toraman Aynur	1:11-26
Ersoy Sıddıka	1:27-38	Ugan Yunus	1:27-38
Erzincanlı Saadet	1:39-51; 2:8-25	Uslu Yasemin	2:67-77
Eşer İsmet	1:83-94	Ünal Nursemin	3:119-129
Fadiloğlu Çiçek	1:27-38	Y.Karamanoğlu Ayla	1:131-143
G.Baş Nazan	3:90-98	Yalçın Nihan	3:20-36
G.Karabacak Bilgi	2:130-139	Yavuz Meryem	1:131-143;3:81-89
Gök Fadime	2:113-129	Yılmaz Emel	2:40-52
Güleç Duygu	1:120-130	Yılmaz Hülya	3:68-80
İ.Aksakal Belgin	3:81-89	Zaybak Ayten	1:39-51;2:8-25
İ.Çalım Selda	1:120-130	Zencir Gülbanu	1:83-94
K.Yıldırım Nazmiye	2:98-112	Zeybek Hakan	3:119-129
Kaçmaz Nesibe	2:98-112		
Karaçam Zekiye	2:86-97		
Karadağ Ezgi	3:90-98		
Karadakovan Ayfer	1:1-10;3:99-107		
Karaman Seçil	1:1-10		
Karaöz Banu	1:120-130		
Karatay Gülnaz	3:90-98		
Khorshid Leyla	1:95-107;2:8-25		
Koca Bennur	3:108-118		
Kavlak Oya			

KONU İNDEKSİ

İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
31(1);1-10, 2015

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Mezun Profiline Belirlenmesi
31(1);11-26, 2015

Romatoid Artritli Hastalarda Özbakım Gücü ve Etkileyen Faktörler
31(1)27-38, 2015

Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi
31(1);39-51, 2015

Birinci Sınıf Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Stresle Baş Etme Biçimlerine Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri
31(1);52-61,2015

Venöz Tromboembolizm ve Hemşirelik Yaklaşımları
31(1);62-82,2015

Hemşirelikte Yeni Bir Kavram: Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı
31(1);83-94,2015

Hemşirelerin Önemli Fonksiyonlarından Biri: Hasta Teslimi
31(1);95-107, 2015

Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel Kaygı ve Yönetimi
31(1);108-119, 2015

Anne Dostu Hastane Kriterleri Doğrultusunda Anne Sağlığı Hizmetlerinin Gözden Geçirilmesi
31(1);120-130, 2015

Ağız Sağlığı Hemşirelik Değerlendirmesinde Kanıtlar ve Uygulama Önerileri
31(1); 131-143, 2015

Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Solunum Egzersizlerini Uygulama Durumları
31(2);1-7, 2015

Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam biçimi Davranışları ve Zaman Yönetimi Becerileri
31(2);8-25, 2015

Fiziksel Aktiviteyi Artırmada Değişim Aşaması Temelli bireysel Danışmanlık Girişiminin Etkisi
31(2); 26-39, 2015

Kadınların Histerektomi Sonrası Cinsel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi
31(2);40-52,2015

Son Trimester Nullipar Gebelerde Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Psikososyal Sağlık Düzeyine Etkisi
31(2);53-66, 2015

Ameliyat Öncesi Tüy Temizliği: Sistematik İnceleme
31(2);67-77,2015

Yaratıcılık
31(2);78-85,2015

Bilimsel Araştırma Makalesinde Tartışma Bölümü ve Sınırlılıkların Yazımı
31(2); 86-97, 2015

Kanser Hastalarının Hasta Yakınları/Bakım Verenleri: Yaşadıkları ve Gereksinimleri
31(2);98-112, 2015

Kalp Cerrahisi Hastalarında Deliryum ve Hemşirelik Bakımı
31(2);113-129, 2015

Roy Adaptasyon Modeline Göre Bir Hemşirelik Bakım Planı
31(2); 130-139, 2015

Yaşamın İlk Üç Yılında Uyku sorunları ve Etkili
Uyku Ekolojisi Etmenleri
31(3);1-19, 2015

Psikiyatride Çalışan Hemşirelerin
Kültürlerarası Bakım konusundaki Görüşleri
31(3);20-36, 2015-10-07

Hemşirelerin Kültürel Yeterli bakım İçin
Uygulama Standartlarına Yaklaşımları
31(3);37-52, 2015-10-07

Kronik Obstiriktif Akciğer Hastalığı Olan
(KOAH) Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının
İncelenmesi
31(3); 53-67, 2015

Bir Üniversitedeki Hemşirelik ve Beden
Eğitimi Öğrencilerinin Yaşlılara Yönelik
Tutumlarının İncelenmesi
31(3); 68-80, 2015

Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden
Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi
31(3); 81-89, 2015

Ebola Epidemiyolojisi, Kliniği ve Hemşirelik
Bakımı
31(3); 90-98, 2015

Diyabet ve Bilişsel İşlevler
31(3); 99-107, 2015

Dünyada Halk Sağlığı Hemşireliği
31(3); 108-118, 2015

Kalça Kırığı Olan Bir Hastada Ameliyat Öncesi
Gelişin Deliryum: Olgu Sunumu
31(3);119-129, 2015