



EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
Journal of Ege University Nursing Faculty



ISSN 2147-3463
E-ISSN 2667-6648



Yıl 2020
Year 2020

Cilt 36
Volume 36

Sayı 3
Number 3



Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Ege University Nursing Faculty



Yıl (Year) : 2020

Cilt (Volume) : 36

Sayı (Number) : 3

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ Hemşirelik Fakültesi Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN (Dekan Yrd.)

Prof. Dr. Leyla KHORSHID

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ (Dekan) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Oya KAVLAK (Baş Editör) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIEBERSBERGEN (Dil Editörü) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Ayşe OKANLI - Medeniyet Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU - Erzurum Teknik Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU - Başkent Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Doç. Dr. Yıldız DENAT - Aydın Adnan Menderes Üni. Hemşirelik Fak.

Dr. Öğr. Üyesi Emine KARAMAN (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÜLEÇ ŞATIR (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Arş. Gör. Dr. Gizem BEYCAN EKİTLİ (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Online Yayın Tarihi

Aralık 2020

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (EÜHF) tarafından yılda üç sayı/bir cilt hakemli dergi olarak yayınlanır.

Türkiye Atıf ve Sosyal Bilimler Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index and SOBIAD.

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 orijinal 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.

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Baş Editör / *Editor in Chief*

Oya Kavlak

Alan Editörleri / *Field Editor**

Esra Engin
Fahriye Vatan
Fatma Orgun
İsmet Eşer
Selmin Şenol
Şafak Dağhan
Şenay Ünsal Atan
Türkan Özbayır
Yasemin Yıldırım

Editör Yardımcıları / *Editor Assistants*

Emine Karaman
Gizem Beycan Ekitli

Hakem Kurulu / *Advisory Board**

Adalet Kutlu Koca / Manisa
Asiye Akyol / İzmir
Aslı Kalkım / İzmir
Ayşe Kahraman / İzmir
Ayşegül İşler / Antalya
Aytül Hadımlı / İzmir
Dilek Ergin / Manisa
Duygu Gözen / İstanbul
Ebru Gözüyeşil / Adana
Eda Dolgun / İzmir
Elem Kocaçal / İzmir
Elif Bilsin / Gaziantep
Elif Ünsal Avdal / İzmir
Emel Taşçı Duran / Isparta
Emine Kıyak / Erzurum
Esmâ Özşaker / İzmir
Fatma Taş Arslan / Konya
Fatma Vural / İzmir
Figen İnci Arı / Niğde
Figen Yardımcı / İzmir
Gül Ergün / Burdur
Gül Ünsal / İstanbul
Gülbu Tanrıverdi / Çanakkale
Gülçin Avşar / Erzurum

* İsimler alfabetik sıralanmıştır. Bu sayıya verdikleri katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Gülçin Özalp Gerçekler / İzmir
Gülendam Karadağ / İzmir
Gülengül Mermer / İzmir
Gülşah Gürol Arslan / İzmir
Hacer Çetin / Mersin
Hafize Öztürk Can / İzmir
Handan Zincir / Kayseri
Hande Yağcan / İzmir
Hatice Yıldız / İstanbul
Hediye Arslan İstanbul
Hülya Arslantaş / Aydın
Hülya Kaya / İstanbul
İlkay Boz / Antalya
Kıvan Çevik/ Manisa
Mesude Duman / Diyarbakır
Nazmiye Yıldırım / Bolu
Nebahat Özerdoğan / Eskişehir
Nevin Akdolun Muğla
Nigar Çelik / Sakarya
Nilay Özkütük / İzmir
Nulufer Erbil / Ordu
Nuran Tosun / Gaziantep
Nuray Akyüz / İstanbul
Nuray Egelioglu Çetişli / İzmir
Nurdan Akçay / İzmir
Nurhan Eren / İstanbul
Nursen Bolsoy / Manisa
Özlem Bilik / İzmir
Özlem Demirel Bozkurt / İzmir
Rahşan Çam / Aydın
Selda İldan Çalım / Manisa
Sevda Türen / İstanbul
Sevinç Kutlutürkan / Ankara
Şebnem Çınar Yücel / İzmir
Şükran Özkahraman Koç / Isparta
Tülin Yıldız / Tekirdağ
Yelda Dönmez / İzmir
Yıldız Denat / Aydın
Yurdanur Dikmen / Sakarya

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

- Ebeveynlerin Prematüre Bebeğe Sahip Olmaya İlişkin Deneyim ve Gereksinimleri
Parents' Experience and Needs Regarding Having a Premature Baby
Zeynep BALACAN, Zekiye KARAÇAM, Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK.....133-144
- Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi
Determination of the Operating Room Nurses' Professional Values
Sinem GEÇİT, Türkan ÖZBAYIR.....145-151
- Hemşirelerin Hemşirelik Tanılarına Yönelik Algılarının Bazı Değişkenler
Yönünden İncelenmesi: Bir Şehir Hastanesi Örneği
*Assessing Nurses' Perceptions towards Nursing Diagnosis in Some Variables:
An Example of City Hospital*
Papatya KARAKURT, Ayla ÜNSAL, Serhat YILDIRIM.....153-161
- Hemşire ve Hekimlerin İzolasyon Önlemlerine Uyumu
Compliance of Nursing and Physicians to Isolation Precautions
Sinem GEÇİT, Türkan ÖZBAYIR.....163-173
- Müzik Terapinin 6-12 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete ve Ağrı Yönetimine Etkisi:
Randomize Kontrollü Bir Çalışma
*The Effect of Music on Anxiety and Pain Management in Turkish School-Aged
Children Who Underwent Surgery: A Randomized Controlled Trial*
Özgür BAHADIR, Meltem KÜRTÜNCÜ.....175-188

Derlemeler / Reviews

- COVID-19 Pandemisinde Gebelik Dönemi ve Telesağlık
Perinatal Period and Telehealth in COVID-19 Pandemia
Tuba KIZILKAYA, Selma HANCIOGLU AYTAÇ, Saadet YAZICI.....189-198
- Elektif Cerrahi Süreçte Yaşanan ve Göz Ardı Edilen Bir Sorun:
Ameliyatın Gecikmesi ve İptali
A Neglected Problem During Elective Surgery: Delay and Cancellation of Surgery
Ayşe ÇELİK YILMAZ, Dilek AYGİN.....199-206

Mikrobiyotanın Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi

The Effect Of Microbiota On Women's And Children's Health

Seher DURĞUT, Yurdagül YAĞMUR207-216

Olgu Sunumu/ Case Report

Tip 2 Diyabetli Bireyin Gastrik Bypass Sonrası Evde Bakımının Tedaviye

Uyumuna Yansıması: 6 Aylık İzlem

Reflection of Home Care of The Post-Gastric-Bypass Individual With Type 2

Diabetes on Treatment Adherence: A 6-Month Follow-Up

Sevda EFİL, Gül DEMİR.....217-228

Değerli okurlarımız,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020 yılının son sayısını sizlere sunmaktan gururluyuz. Dergimizin bu sayısında ilginizi çekeceğini düşündüğümüz 5 araştırma, 3 derleme ve 1 olgu sunumu olmak üzere toplam 9 makaleye yer verdik. Bunlar, “Ebeveynlerin Prematüre Bebeğe Sahip Olmaya İlişkin Deneyim ve Gereksinimleri”, “Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi”, “Hemşirelerin Hemşirelik Tanılarına Yönelik Algılarının Bazı Değişkenler Yönünden İncelenmesi: Bir Şehir Hastanesi Örneği”, “Hemşire ve Hekimlerin İzolasyon Önlemlerine Uyum”, “Müzik Terapinin 6-12 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete ve Ağrı Yönetimine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma”, “COVID-19 Pandemisinde Gebelik Dönemi ve Telesağlık”, “Elektif Cerrahi Süreçte Yaşanan ve Göz Ardı Edilen Bir Sorun: Ameliyatın Gecikmesi ve İptali” “Mikrobiyotanın Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi” ve “Tıp 2 Diyabetli Bireyin Gastrik Bypass Sonrası Evde Bakımının Tedaviye Uyumuna Yansıması: 6 Aylık İzlem” başlıkları adı altında toplanmıştır.

Bu makalelerin hemşirelik alanında hizmet veren hemşirelere ve akademisyenlere yararlı olacağını düşünüyoruz. Bilimsel süreli yayıncılıkta hakemli bir derginin bilimsel niteliğinin geliştirilmesinde, dergi hakemlerinin ve editörlerinin çok önemli sorumlulukları vardır. Bu sayının hazırlanmasında yayınları olan yazarlara, makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize, hazırlık aşamasında tüm işlemlerin gerçekleştirilmesinde özveri ile çalışan dergi ekibimize ve dergi tasarımı yapan Buse Yılmaz Altun’a desteklerinden dolayı dergimiz adına çok teşekkür ediyoruz. Siz değerli okuyucu ve yazarlarımızın da desteğiyle daha birçok sayıya imza atacağımıza olan inancımız tamdır.

Dergide emeği geçen herkese yürekten sevgi, saygı ve şükranlarımızı sunar bir sonraki sayımızda görüşmek üzere sağlık ve mutluluklar dileriz.

Sevgi ve saygılarımla.

Prof. Dr. Oya KAVLAK
Baş Editör

Zeynep BALACAN¹
Orcid: 0000-0001-6729-438X

Zekiye KARAÇAM²
Orcid: 0000-0002-0419-8961

Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK³
Orcid: 0000-0001-5236-0647

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Zekiye KARAÇAM
zkaracam@adu.edu.tr

Anahtar Sözcükler:
Bakım; doğum; ebeveynler; gereksinim;
insan deneyimi; prematüre.

Key Words:
Care; birth; parent; needs;
human experience; premature.

Ebeveynlerin Prematüre Bebeğe Sahip Olmaya İlişkin Deneyim ve Gereksinimleri

Parents' Experience and Needs Regarding Having a Premature Baby

Bu çalışma, 07-09 Kasım 2018 tarihlerinde İzmir'de düzenlenen 1. Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBARGE) Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Gönderilme tarihi: 12 Mart 2020

Kabul Tarihi: 24 Eylül 2020

ÖZ

Amaç: Araştırma ebeveynlerin prematüre bebeğe sahip olmaya ilişkin deneyim ve gereksinimlerinin belirlemesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma nitel, fenomenolojik olarak 06 Kasım 2016 ve 01 Kasım 2017 tarihleri arasında, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde prematüre bebeği yatan 13 ebeveyn ile yapılmıştır. Veriler, ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan yapılandırılmış, deneyim ve gereksinimlerini sorgulayan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile görüşme yapılarak ve ses kaydı alınarak toplanmıştır. Verilerin analizi içerik analiz yöntemi ile yapılmıştır.

Bulgular: Ebeveynlerin deneyimleri beş tema ve 11 alt temada, gereksinimleri ise bir tema ve yedi alt temada toplanmıştır. Ebeveynlerin gebelik sırasında olumlu ebeveynlik, duygusal stres ve fiziksel sağlık problemleri deneyimleri, erken doğumu öğrendiklerinde ise olumsuz, karışık ve olumlu duygular yaşadıkları belirlenmiştir. Ebeveynlerin bebeklerini ilk kez gördüklerinde olumlu ve karışık duygular ile olumsuz deneyim ve ebeveynlik davranışı; bebeklerini ilk kez kucaklarına aldıklarında da yine olumsuz, karışık ve olumlu duygular ile negatif ve pozitif ebeveynlik davranışlara sahip oldukları saptanmıştır. Ebeveynler gebelik sırasında emosyonel, sosyal ve ekonomik desteğe, erken doğum eylemini öğrendiklerinde de emosyonel, ekonomik, sosyal ve fiziksel desteğe gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Ebeveynler bebeklerini ilk gördüklerinde ve kucaklarına aldıklarında cesaretlendirilme, eş ve bebeğinin yanında olma ve bilgilendirilmeye, yine prematüre bir bebeğinin annesi/babası olarak da eş ve bebeğinin yanında olma ve bilgilendirilmeye ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir.

Sonuç: Bu çalışmada prematüre bebeği olan ebeveynlerin olumsuz, karışık ve olumlu duygular, duygusal stres ve fiziksel sağlık problemleri ile negatif ve pozitif ebeveynlik davranışları deneyimledikleri; emosyonel, sosyal, ekonomik ve fiziksel desteğe, cesaretlendirilmeye, eş ve bebeğinin yanında olmaya ve bilgilendirilmeye gereksinim duydukları sonuçlarına ulaşılmıştır. Ebeveynlerin bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumunda prematüre bebeği olan ebeveynlerin deneyim ve gereksinimlerini dikkate almaları önerilebilir.

ABSTRACT

Objective: The study was carried out with the aim of determining the experience and needs of the parents regarding having a premature baby.

Methods: This qualitative study was made as phenomenologically with 13 parents having premature infants at Adnan Menderes University Practice and Research Hospital Neonatal Intensive Care Unit between November 2016 and November 2017. Data have been collected by interviews with a structured interview form that representative of parents, a semi-structured interview form that questioning their experience and voice recording. The analysis of the data was done by content analysis method.

Results: The parents' experiences were collected in five themes and 11 sub-themes, and their requirements were collected in one theme and seven sub-themes. It was determined that parents experienced positive parenting, emotional stress and physical health problems during pregnancy and negative, mixed and positive emotions when learned that started preterm birth. They felt positive and mixed emotions, had negative experience and parenting behaviour when saw their baby at the first time. They also felt negative, mixed and positive emotions and had negative and positive parental behaviours when took baby in their arms. Parents indicated that they needed emotional, social and economic support during pregnancy and emotional, economic, social and physical support when learned that started preterm birth. Parents reported that they needed encouragement, stand by partner and baby and informed when saw and took baby on their arms. And also they reported that they needed stand by partner and baby and informed as a mother/father of a premature baby.

Conclusion: In this study, we concluded that parents of premature babies experienced negative, mixed and positive emotions, emotional stress and physical health problems and negative and positive parenting behaviours, and needed to social, economic and physical support, encouraged, stand by partner and baby, and informed. Share of parents' experiences and fulfil their needs can contribute to the development of mother-infant and family health. It might be recommended that midwives and nurses take into account the experiences and needs of parents with premature babies in the planning and serving of care.

Kaynak Gösterimi: Balacan, Z., Karaçam Z. ve Güneş Öztürk G. (2020). Ebeveynlerin Prematüre Bebeğe Sahip Olmaya İlişkin Deneyim ve Gereksinimleri. EGEHFD, 2020, 36 (3): 133-144.

How to cite: Balacan, Z., Karaçam Z. ve Güneş Öztürk G. (2020). Parents' Experience and Needs Regarding Having a Premature Baby. EGEHFD, 2020, 36 (3): 133-144.

GİRİŞ

Ülkemiz verilerine göre 2017 yılında 1 291 055 bebeğin dünyaya geldiği ve 11 849 (binde 9,2) bebeğin yaşamını yitirdiği rapor edilmektedir ([Türkiye İstatistik Kurumu, 2018](#)). Yine ulusal verilerimize göre neonatal ölüm hızı 1,000 canlı doğumda 6'dır ([T. C. Sağlık Bakanlığı, 2018](#)). Bu oranlar halen orta gelir düzeyindeki ülkelerin altında iken, yüksek gelirli ülkelerin üzerindedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu oranların daha da azaltılabilmesi için bebek ölümlerinin izlenmesinin yanında, ölüm nedenlerinin de doğru olarak belirlenmesi ve bunlara yönelik koruyucu ve önleyici önlemlerin alınması gerekmektedir ([Korkmaz ve diğerleri, 2013](#)). Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirildiği bir çalışmada başlıca bebek ölüm nedeninin prematürite olduğu bildirilmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Diğer araştırmalarda ise başlıca bebek ölüm nedenleri yine prematürite ilgili komplikasyonlar, respiratuar distres sendromu, neonatal enfeksiyonlar, konjenital anomaliler ve genetik bozukluklar olarak sıralanmıştır ([Demirel ve diğerleri, 2013](#); [Korkmaz ve diğerleri, 2013](#); [Sidebotham ve diğerleri, 2014](#)). Hem ülkemizde, hem de dünyada, son yıllarda prematüre bakımında ciddi gelişmeler olmasına rağmen, prematüre doğumların azaltılması konusunda belirgin bir ilerleme kaydedilememiştir. Bu nedenlerden dolayı prematüre doğumlar önemli bir sağlık sorunudur ve prematüre bebeği olan ebeveynlerin bebek bakımı konusunda desteğe gereksinimleri vardır.

Ulusal ve uluslararası yasal düzenlemelere göre ebe ve hemşirelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önemli sorumlulukları bulunmaktadır ([Butler, Fullerton, ve Aman, 2018](#); [International Confederation of Midwives, 2019](#); [Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014](#)). Uluslararası Ebelik Konfederasyonu, ebelerin temel sorumluluklarından birisinin sağlıklı yenidoğanın bakım ve izlenimini gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gereken danışmanlık, bakım ve destek hizmetlerini kadımla işbirliği içinde sunmak olduğunu bildirmektedir. Ayrıca ebelerin yüksek riskli yenidoğanın bakım ve izlemi konusunda önemli sorumlulukları olduğunu da bildirmektedir ([International Confederation of Midwives, 2019](#)). Bu bağlamda ebeler yüksek riskli bebeği olan ebeveynlerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinden sorumludurlar.

Ebeveynlerin sağlık durumu, özellikle de ruhsal sağlık düzeyi ebeveyn-bebek etkileşimi ve bebeklerin büyüme-gelişimini etkileyebilir. Ayrıca bu bebeklerin olumsuz etkilenmelerinin önemli toplumsal maliyeti de bulunmaktadır. Uluslararası çalışmalarda prematüre bebeği olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu gibi ciddi ruhsal sağlık sorunları yaşadıkları; fizyolojik, psikolojik ve ekonomik desteğe gereksinim duydukları bildirilmektedir ([Bogen, Fisher, ve Wisner, 2016](#); [Hynan ve diğerleri, 2015](#); [Penny, Friedman, ve Halstead 2015](#)). Bu nedenle son yıllarda, prematüre bebeğe sahip olan ebeveynlerin sağlığını korumak, desteklemek ve gereksinimlerini karşılamak için caba gösterildiği görülmektedir. Bu kapsamda multidisipliner yaklaşımlı psiko-eğitim, bireysel psiko-sosyal destek, eşler arası destek ve aile merkezli bakım gibi özel destek programlarının oluşturulduğu ve rehberlerin geliştirildiği gözlenmektedir ([Davidson ve diğerleri, 2017](#); [Hall ve diğerleri, 2015](#); [Hynan ve Hall, 2015](#)).

Ebe ve hemşireler prematüre bebeği olan aileler ile doğumhanede, hastanede ve yoğun bakım ortamlarında sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Bu ebeveynlerin çok sayıda fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve spiritüel gereksinimleri bulunmaktadır ([Abdelmektader, ve Abdelhamed, 2012](#); [Guillaume ve diğerleri, 2013](#); [Gund ve diğerleri, 2013](#); [Konukbay, ve Arslan, 2011](#); [Pazarcıkcı, ve Efe, 2017](#)). Ülkemizde prematüre bebeği olan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynler ile ilgili daha çok gözlemsel çalışmalar yapıldığı ve annelerin duygusal problemlerine ve gereksinimlerine odaklandığı görülmektedir ([Çakmak ve Karaçam, 2018](#); [Çalışır ve diğerleri, 2008](#); [Çırlak, ve Erdemir, 2013](#); [Hotun Şahin, ve Oskay, 2008](#); [Sola, ve Diken, 2008](#); [Türkoğlu, Yalçınöz Baysal, ve Küçükkoğlu, 2014](#); [Yayan, Özdemir, Düken, ve Dağ, 2019](#)). Ancak prematüre bebeği olan ebeveynlerin gereksinimlerinin tüm boyutları ve deneyimleri konusunda daha kapsamlı verilerin elde edilmesini sağlayan nitel araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Bu kapsamda elde edilen bilgiler prematüre bebeği olan ebeveynlerin bakım, eğitim ve danışmanlık gereksinimlerinin karşılanmasında hizmetin planlanması ve sunumuna yardımcı olabilir.

Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları

Araştırmanın amacı, ebeveynlerin prematüre bebeğe sahip olmaya ilişkin deneyim ve gereksinimlerini belirlemektir. Araştırmada yanıtlanması hedeflenen sorular şunlardır; S₁: Ebeveynlerin prematüre bebeğe sahip olmaya ilişkin deneyimleri nelerdir? S₂: Ebeveynlerin prematüre bebeğe sahip olmaya ilişkin gereksinimleri nelerdir?

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma Deseni

Bu nitel çalışma tanımlayıcı fenomenoloji tipte tasarlanmıştır. Bu çalışmada, tanımlayıcı fenomenoloji deseni ile ebeveynlerin prematüre bebeğe sahip olmaya ilişkin deneyim ve gereksinimlerini tarif ve tanımlamalarına odaklanılmıştır.

Örneklem

Araştırma, 06 Kasım 2016 ve 01 Kasım 2017 tarihleri arasında, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) prematüre bebeği yatan ebeveynler ile yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenen 13 ebeveyn (9 anne ve 4 baba) alınmıştır. Literatürde, bu tür çalışmalar için örnekleme hacminin araştırma sorularına verilen yanıtların doyum sağlaması, yani verilerin tekrarlama göstermesi durumuna göre belirlenebileceği bildirilmektedir ([Aksayan, ve Emiroğlu, 2002](#); [Güler ve diğerleri, 2013](#)). Çalışmaya alınma kriterleri, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeğinin olması ve her hangi bir ruhsal sağlık probleminin bulunmaması idi. Araştırmaya davet edilen ebeveynlerin tamamı katılım için gönüllü olmuşlardır.

Veri Toplanma Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır ([Çalışır ve diğerleri, 2008](#); [Çırlak, ve Erdemir, 2013](#); [Güleşen, ve Yıldız, 2013](#); [Konukbay, ve Arslan, 2011](#); [Türkoğlu ve diğerleri, 2014](#)). Görüşme formu ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan 16, deneyim ve gereksinimlerini sorgulayan 17 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular ebeveynlerin gebelik, erken doğumu öğrendiklerinde, bebeklerini ilk kez gördüklerinde ve kucaklarına aldıklarındaki deneyim ve gereksinimleri ile prematüre bir bebeğin annesi/babası olarak ihtiyaç duyulan gereksinimler hakkında hazırlanmıştır. Bazı soru örnekleri: Bebeğinizin erken doğduğunu/doğacağını öğrendiğinizde yaşadıklarınızı açıklar mısınız? Bebeğinizi ilk kez gördüğünüzde/kucağınıza aldığınızda yaşadıklarınızı açıklar mısınız? Bebeğinizi ilk kez gördüğünüzde/kucağınıza aldığınızda nelere gereksinim duyduğunuzu açıklar mısınız? Prematüre bir bebeğin annesi/babası olarak, nelere gereksinim duyduğunuzu açıklar mısınız? Görüşme formunun kapsam geçerliğini sağlamak için nitel araştırma konusunda deneyimli beş uzmanın görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Daha sonra bu formun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek ve görüşmenin standardizasyonunu sağlamak için beş ebeveyn ile ön uygulama yapılmış ve görüşme formuna son şekli verilmiştir. Ön uygulamada elde edilen veri analize alınmamıştır.

Veri Toplama

Araştırma verisi yarı yapılandırılmış görüşme formu ile derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Veri toplamada öncelikle ebeveynler ile tanışılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırma verisi, niteliksel araştırma deneyimi olan ikinci araştırmacının süpervizörlüğünde, ebelikte yüksek lisans tez aşamasında olan ve araştırma yöntemleri ve yayın etiği derslerini başarı ile tamamlayan birinci araştırmacı ebe tarafından toplanmıştır. Bu araştırmacı ebe uzun süreli YYBÜ' de çalışma deneyimine sahiptir. Bu ebe aynı zamanda, bu ünite de çalışmakta ve ebeveynlerin bebeklerinin bakımında aktif görev almakta olan kadrolu personeldir. Bu durum görüşme sırasında ebeveynlerin güvenini sağlamada kolaylık oluşturmuştur. Görüşme sırasında ebeveynlerin mahremiyetleri dikkate alınmış, görüşmeler hastane içerisinde uygun ve boş olan bir odada, ebeveynlerin uygun olduğu zamanda yapılmıştır ve ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma verisinin toplanabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Anabilim Dalı Başkanlığından izin alınmıştır (Protokol No: 2015/681). Araştırmaya dâhil edilen ebeveynlere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya davet edilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Ses kayıtları anneler için A1, ...A9 ve babalar için B1,B4 kodları verilerek bilgisayar ortamında yazılı belgeye aktarıldıktan sonra silinmiştir. Bir anne (A4) acilen ayrılmak durumunda kaldığı için, verilerinin çoğu elde edilememiştir ve bu annenin verileri analize kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Nitel araştırmalarda elde edilen sonuçların inandırıcılığı ya da kalitesi yönünden geçerlik ve güvenirliliğin sağlanması önemlidir (Yıldırım, ve Şimşek, 2016). Bu araştırmada güvenirliliği geliştirmek için, verilerin elde edilmesi ve araştırma raporunun hazırlanması sırasında uluslararası bir kontrol listesinden yararlanılmıştır (COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative studies) (Tong, Sainbury, ve Craig, 2007). Araştırmanın iç güvenirliliği, verilerin kodlanmasında yazarlar arasında tutarlık sağlanarak (uyum oranı %87) elde edilmiştir. Araştırmanın dış geçerliğini sağlamak için, verilerin nereden ve nasıl elde edildiği, analiz süreci ve sonuçlara nasıl ulaşıldığı ile ilgili ayrıntılı açıklamalarda bulunulmuştur. Ayrıca çalışmanın ham verileri, talep edilmesi durumunda, paylaşılmak üzere saklanmıştır.

Veri Analizi

Elde edilen verilerin analizinde tümevarım yaklaşım ile içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada içerik analizi tanımlayıcı fenomenolojiye göre ifadelerin tekrar tekrar okunması, önemli ifadelerin tespiti ve ifadelerin temalar altında kümelmesi yöntemleri gerçekleştirilmiştir (Erdoğan, 2014; Yıldırım, ve Şimşek, 2016). Veri analizinde herhangi bir program kullanılmamış ve yazarlar tarafından elde yapılmıştır. Önce ebeveynlerin deneyim ve gereksinimlerinin görüşme sorularına verdikleri yanıtlar kelime kelime Microsoft Word belgesine yazılmış ve 1,5 satır aralığında, Times New Roman, 12 punto büyüklüğünde, sayfa kenar boşluğu 2,5 cm olan 18 sayfa ham veri dökümü hazırlanmıştır. Daha sonra, bir ve ikinci yazarlar önce bağımsız olarak, ardından ortak bir oturumda tartışarak, ebeveynlerin sorulara verdiği yanıtları tek tek okumuşlar ve başlangıç kodlarını oluşturmuşlardır. Son olarak ortak yönleri olan başlangıç kodları, alt tema ve temalar biçiminde üç düzeyde oluşturulmuş ve bir üst temada birleştirilmiştir. Oluşturulan tema ve alt temalar Tablo 1 ve 2’de yer almaktadır. Elde edilen tema çeşitliliği ve yoğunluğu yorumlanarak örnekleri ile birlikte raporlanmıştır.

BULGULAR

Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; annelerin 19-36 ve babaların 24-42 yaş aralığında ve çoğunun ortaokul eğitim düzeyinde (anne: 5, baba: 2) oldukları saptanmıştır. Çalışmaya katılan 6 annenin ev hanımı ve bir babanın işsiz olduğu, bir annenin sağlık güvencesinin bulunmadığı, yine bir anne ve bir babanın gelir düzeylerini düşük olarak ifade ettikleri, dört annenin geniş ailede yaşadığı ve hepsinin resmi nikâhlarının bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmada, dört babada eşleri ile birlikte katıldıklarından gebelik, doğum ve bebeğe ilişkin bilgiler sadece annelerden alınmıştır. Araştırmada annelerin gebelik sayısının 1-4, doğum ve yaşayan çocuk sayılarının 1-3 arasında değiştiği, beşinin sezaryen ile doğum yaptığı, üçünün gebelik öncesi ve ikisinin de gebelik sırasında sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin bebeklerinin doğum ağırlığının 575-1900 gram aralığında ve tamamının istenen bebek olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n= 13)

Özellikler	Anne (n= 9)	Baba (n= 4)
Yaş	19, 22, 25, 25, 26, 30, 33, 36, 36	24, 26, 38, 42
Eğitim Durumu		
İlkokul	-	1
Ortaokul	5	2
Yüksekokul	4	1
Çalışma Durumu		
Ev hanımı / işsiz	6	1
Çalışan	3	3
Sağlık Güvencesi		
Var	8	4
Yok	1	-
Algılanan Gelir Düzeyi		
Gelir gidere göre düşük	1	1
Gelir gider birbirine eşit	8	3
Aile Tipi		
Çekirdek	6	4
Geniş	3	-

Resmi Nikâhlı Olma	9	4
Gebelik Sayısı*	1, 1, 1, 1, 2, 3, 3, 3, 4	
Doğum Sayısı*	1, 1, 1, 1, 1, 2, 3, 3, 3	
Yaşayan Çocuk Sayısı	1, 1, 1, 1, 1, 2, 3, 3, 3	
Spontan Abortus	1	
Kürtaj Sayısı	2	
Bebeğin Doğum Haftası	24+4 [†] , 26, 27, 27, 27, 28, 28, 28, 32	
Doğum Şekli*		
Vajinal	4	
Sezaryen	5	
Bebeğin Doğum Ağırlığı (gr)	575, 784, 990, 1150, 1200, 1235, 1250, 1440, 1800 [‡] , 1900 [‡]	
Gebeliğin Planlanma Durumu*		
Evet	8	
Hayır	1	
İstenen Gebelik (Evet)*	9	
Gebelik Öncesi Yaşanan Sorunlar*^µ		
Sorun yok	6	
Hipertansiyon	1	
Migren	1	
Boyun fitiği	1	
Aşırı stres	1	
Gebelikte Yaşanan Sorunlar*^µ		
Sorun yok	7	
Kanama / düşük tehdidi	2	
Erken doğum eylemi riski	1	

* Ebeveynlerin dördü eş oldukları için gebelik ve doğum ile ilgili verilerin sayısı dokuzdur.

† Gebelik haftası 24 hafta dört gündür.

‡ Bu bebekler ikizdi.

µ İki kadın birden fazla sorun bildirmiştir.

Araştırmada ebeveynlerin deneyimleri “olumlu ebeveynlik, duygusal stres, fiziksel sağlık problemi, emosyonel, bağlanma” temaları, gereksinimleri ise “destek” teması altında toplanmıştır. Ebeveynlerin gebelik süresince olumlu ebeveynlik (n=6), duygusal stres (n=7) ve fiziksel sağlık problemleri (n=4) deneyimledikleri belirlenmiştir (Tablo 2). Ebeveynlerin bu deneyimleri ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Çok heyecanım vardı. Bunu anlatmak benim için çok zor. Çünkü kendimde değildim heyecandan” (2B)

“İlk ayından beri düşük tehlikem vardı. Hafif kanamam olmuştu. Kistim vardı, o kanama yaptı, sonra düzeldi. Son zamanlarım daha iyiydi. Aniden olan bir doğum yapmam beni sarstı tabii ki”(4A)

“Çok stresli geçirdim. Hep çok az bulantım oldu, ama bel ağrım çok oluyordu, eğilemiyo[r]dum, hiç eğilemiyo[r]dum. yatamıyo[r]dum. Yattığım yerden kalkamıyo[r]dum. Çok az haftamdı, ama 9.ay[da] hiç kalkam[a]ıycak durumdaydım. O derece kötü geçirmiştım. Durmadı zaten, çıktı”(8A)

Araştırmaya katılan ebeveynler erken doğumu öğrendiklerinde olumsuz (n=11), karışık (n=2) ve olumlu (n=2) duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Katılımcıların bu deneyimleri ile ilgili bazı ifadeleri aşağıda verilmiştir;

“Yaşadıklarım korkuyordum. Bir yandan sevinçli, bir yandan erken doğacakları için tedirgindim”(2A)

“Erken doğacağını anladığımda, 1300 gram dedi doktor, ben o zaman çok üzülmişim, yani bir balık gelmişti gözümün önüne, sadece balık kadar falan demişim. Yani nasıl yaşar diye düşündüm. Öyle yaşayacağını düşünmüyordum açıkçası. Yani doğunca yaşayacağını düşünmüyordum.” (5A)

“Aslında bir yandan hani tam sevinemedik. Yine hem sevindik, hem üzüldük diyebilirim. Bu konuda onun sağlıklı olması ve doğduğunda herhangi bir problem olması, olmaması daha doğrusu gayet sevindirirdi bizi”(4B)

Ebeveynler bebeklerini ilk kez görüldüklerinde olumlu (n=5) ve karışık (n=8) duygular ile olumsuz deneyim (n=6) ve ebeveynlik davranışı (n=2) deneyimlediklerini bildirmişlerdir (Tablo 2). Bazı ebeveynler bu deneyimlerini şöyle ifade etmişlerdir;

“Bebeğimi ilk gördüğümde mutluydum. Çok mutluydum. Belki de o an için en şanslı kişi bendim”(2A)

“Korktum, çok küçük geldi. Korktum amaaa yani, en azından yaşıyo[r] olduğuna sevindim. Yani sevinçle korku bir arada.” (1B)

“Çocuğumu vermediler bana. Ben orda hiç görmedim. Sonra buraya geldim, burada gördüm. Burada ilk gördüğümde de çok kötü oldum, ağladım ama sonra böyle diğerlerini hep normal yaptım ya sağlıklı. Bu küçücük hani bi[r]şeye benzetemedim, hani yani n[e] [y]aptım, çok kötü oldum onu görünce anlatamıyorum o duyguyu bile ilk önce benimseyemedim. Ağlaya ağlaya çıktım gittim ondan. Sonra ertesi güne bi[r] daha geldiğimde bi[r] daha farklılaştık ondan. Sonra yavaş yavaş annelik duygusunu oturturdum. Beş gün olmuştu, çünkü görmeyeli beş gün sonra gördüm” (8A)

“Ağladım, bu benim olabilir mi diye düşündüm. Çünkü çok küçük, ııı yani hani, beklediğim bebek gibi değil. Normal doğan bebek gibi değildi. Benim değil dedim, resmini görmek istemedim. Eşim resmini çekmişti. Bakmak istemedim o resme yani çok farklıydı. Ama şimdi öyle düşünmüyorum, yani şimdi daha farklı”(9A)

Çalışmadaki ebeveynlerin bebeklerini ilk kez kucaklarına aldıklarında olumsuz (n=5), karışık (n=5) ve olumlu (n=10) duygular ile negatif (n=6) ve pozitif (n=2) ebeveynlik davranışları deneyimledikleri bulunmuştur (Tablo 2). Ebeveynlerin bu deneyimleri ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Daha kucağıma alamadım korkuyordum”(2B)

“Yaşadıklarım, mutluluktan ağladım. Korktuğum için, önce elleyemedim, ama sonra onlara doyamadım”(2A)

“Ağladım, çünkü kucağıma alamayacağımı düşünüyordum.” (4A)

“Ağladım, yani kokusu falan çok böyle kalbi o kadar hızlı atmaya başladı ki yani sadece hayatta o var ve ben yani eş falan hiç bi[r] ş[ey] um[u]rumda değil. Hani her şeyden önce o geliyor. Artık, önceliğim o. Buraya beş dakika geç gelsem, o beni bekliyor, gitmem gerekiyor hemen dakika hesabı yapıyorum” (9A)

Tablo 2. Ebeveynlerin Gebelik, Erken Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerdeki Deneyimleri (n=13)

Temalar	Alt temalar	Başlangıç Kodları
Gebelik Sırasındaki Deneyimleri		
Olumlu ebeveynlik	Gebe olma	Heyecan (2B), mutluluk (2A, 7A), güzel bir duygu (1A,3A), tarif edilemez (3A)
	Baba olma	Tarif edilemez (3B), bir can dünyaya getirme (3B)
Duygusal stres	Olumsuz duygu	Kötü günlerdi (5A), kötüydü (5A), kayıp korkusu (3A, 5A), hüznün (5A), bebekle ilgili oluşan sorunlar güzel değildi (1A), sarsılma (4A), belirsizlik (9A), problemler (6A)
	Süreç yönetimi zorluğu	Sürekli kontrole gitme zorunluluğu (6A), zorlu bir süreç (6A), stresli bir süreç (8A), evinden ayrılma (9A), ruhsal çöküntü (9A), yüksek riskli gebelik ve çalışma (6A), yüksek riskli gebelik ve başka çocuğa sahip olma (6A)
Fiziksel sağlık problemleri	Tıbbi tanı	Düşük tehdidi (4A, 5A, 9A), kist varlığı (4A), GDM (6A), troid problemleri (6A), plesenta previa (9A), serviks yetmezliği (9A), servikal enfeksiyon (9A)
	Fiziksel belirti	Gebelikte kanama (4A, 9A), bel ağrısı (8A), canının yanması (9A), fiziksel çöküntü (9A)
	Tedavi	İlaç kullanımı (6A)
Erken Doğum Durumu Öğrenildiğindeki Deneyimler		
Emosyonel	Olumsuz duygu	Korku (1B, 2A, 3A, 3B, 4A), kayıp korkusu (4A, 5A, 8A) enfeksiyon gelişme korkusu (4A), üzüntü (1A, 5A, 7A, 9A), ağlama (1A, 9A), umutsuzluk (5A), kötü hissetme (8A, 9A), inanamama (2B), şok (3A, 6A), hazır olmama (2B), belirsizlik (3A), şaşkınlık (3A, 6A), tereddüt (3B), kötü doğum deneyimi (8A)
	Karışık duygular	Sevinç ve üzüntü (4B), sevinç ve tedirginlik (2A)
	Olumlu duygu	Sevinç (2A), heyecan (3B)

Bebek İlk Kez Görüldüğündeki Deneyimler

Emosyonel	Olumlu duygu	Mutluluk (2A,6A), sevinç (4B), umut (6A), sesini duymaktan mutlu olma (6A), heyecan (4B), ağlama/sevinç gözyaşları (1A, 2B), kendini şanslı hissetme (2A)
	Karışık duygular	Çok küçük bulma (1B, 4A, 7A, 8A, 9A), şok (3B), sevinç ve korku (1B, 4A), sevinç ve üzüntü (3A), kötü şeyler düşünmek istememe (5A)
	Olumsuz deneyim	Canının acıması (5A), boşluk hissi (5A), kucağına alamama (4B, 8A), tıbbi malzemelerden (kabloların varlığı) korkma (4A), kötü olma (9A), ağlama/üzüntü (7A, 8A, 9A), kötü hissetme (8A)
Bağlanma	Negatif ebeveynlik davranışı	Annelik duygusunu hissedememe (8A) ve geç hissetme (8A, 9A), bebeği benimsememe (8A, 9A), beklediği bebek olmaması (9A), bebeği ret etme (9A)

Bebek İlk Kez Kucağa Aldığınızdaki Deneyimler

Emosyonel	Olumsuz duygu	Korku (1B, 1A, 2B, 2A), tedirginlik (1B), üzüntü (3B), bakım veremediği için üzülme
	Karışık duygu	Sevinç ve üzüntü (3B)
	Olumlu duygu	İyi hissetme (1A), yanında olmasını isteme (1A), kucağına almayı isteme (2A,3B, 7A), heyecan (3B, 9A), sevinç (3B), ağlama/sevinç gözyaşları (2A, 4A, 5A, 7A, 9A), mutluluk (5A), çok güzel bir duygu, anlatılamaz (8A)
Bağlanma	Negatif ebeveynlik davranış	Kucağa almama (1B,2A 2B, 3A, 4B, 6A)
	Pozitif ebeveynlik davranış	Kucağına almayı başarma (4A), önceliğin bebek olması (9A)

* Ebeveynlerin dördü eş oldukları için gebelik ve doğum ile ilgili verilerin sayısı dokuzdur. †Gebelik haftası 24 hafta dört gündür. ‡Bu bebekler ikizdi. †İki kadın birden fazla sorun bildirmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynler gebelik süresince emosyonel (n=2), sosyal (n=3) ve ekonomik (n=1) desteğe ihtiyaçları olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 3). Bazı ebeveynler bu konudaki gereksinimlerini şu sözler ile dile getirmişlerdir;

“Yani sadece eşim yanımda olsun istedim onun dışında hiç bi[r] şey istemedim”(9A)

“Nasıl bakacağım diye düşündüm. Çok küçüktü, çünkü. Maddi olarak normal bebeklere tabi ki artı bir özen gerektiriyor. Bez parası, kıyafetler daha pahalı. Maddi olarak tabi yıprandık”(5A)

Araştırmada ebeveynlerin bebeklerinin erken doğum durumunu öğrendiklerinde emosyonel (n=6), ekonomik (n=2), sosyal (n=7) ve fiziksel (n=2) desteğe gereksinim duydukları bulunmuştur (Tablo 3). Ebeveynlerin bazıları bu gereksinimlerini şöyle ifade etmişlerdir;

“Maddi olarak değil de manevi destek yani psikoloji olarak çok kötüydüm yani 3-4 gün. inanamıyo[r]dum doğum yaptığımı” (7A)

”Maddi ve manevi sıkıntılarımız oldu. Bebeklerimin doğacağı öğrendiğimde eşimle, ben ve annem vardı. Babam, kayınvalidem ve kayınbabam bile yoktu yanımda”(2A)

“Nasıl bakacağım diye düşündüm. Çok küçüktü çünkü. Maddi olarak normal bebeklere tabi ki artı bir özen gerektiriyor. Bez parası, kıyafetler daha pahalı. Maddi olarak tabi yıprandık”(5A)

“Ya insan hep bir dost istiyor yanında, dertleşecek. Ama kimseyle de dertleşemiyor. Yani ne bileyim hep herkese iyi dedim ben, iyi olsun diye. Hiç o çok kötü olduğu günlerde bile herkes soruyordu, hep iyi diyordum yani hiç kötü demedim kimseye”(5A)

Çalışmada ebeveynlerin bebeklerini ilk gördüklerinde ve kucaklarına aldıklarında cesaretlendirilmeye (n=4), eş ve bebeğinin yanında olmaya (n=6) ve bilgilendirilmeye (n=4) gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Bazı ebeveynler bu deneyimlerini şöyle dile getirmişlerdir;

“Yardım istedim hemşirelerden bir yerlerine bi[r] şey olur, zarar veririm diye korktum. Hala korkularım var.” (2A)

“Dokunduğumda zaten alıp gidesim geldi. Çok sevindim bilmiyo[ru]m, ya alışta insan nasıl anlatamıyorum yani çok güzel bi[r] duygu, hani bilmiyo[ru]m insan dokunduğu zaman ayrılmak istemiyor, hani eşimle birlikte geldiğim zaman hadi gidelim diyo[rum]. Ben orda kalıyo[ru]m, yani öyle bi[r] şey yani, bilmiyo[ru]m” (3A)

“Eşimin yanımda olmasını istedim”(3B)

“Tabi hep yanında olup görmek istiyorum. Hep merak ediyorum. Acaba verdiğim süt yeterlimi, sonrası n[e] ol[a]cak. Bir sürü soru geliyor insanın aklına”(6A)

Ebeveynlere prematüre bir bebeğin annesi / babası olarak neye gereksinim duydukları sorulduğunda, eş ve bebeğinin yanında olmayı (n=5) ve bilgilendirilmeyi (n=5) istediklerini bildirmişlerdir (Tablo 3). Ebeveynlerin bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır;

“Neye ihtiyacım ol[a]cak (düşünüyör), özellikle mikroplardan uzak dur[a]cak, kimseye elletm[e]ycem işte, uzun bi[r] süre elletmemeyi düşünüyö[r]düm zaten, Allah izin verirse, tek başıma bak[a]cam, alışmam lazım, biraz daha büyüyecek herhalde, tecrübeli insanlarda var çevremde. Eşimde Allah razı olsun çok bakıyo[r], bakar yani, eminim bakarız diye düşünüyörüm”(3A)

“Eğitim almamız lazım, yani öğrenmemiz lazım, yani onu büyütmemiz için, illaki beşiğe öyle söyl[eyey]jim”(3B)

Tablo 3. Ebeveynlerin Gebelik, Erken Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerdeki Gereksinimleri (n=13)

Temalar	Alt temalar	Başlangıç Kodları
Gebelik sırasındaki gereksinimler		
Destek	Emosyonel destek	Teselli, manevi destek ihtiyacı (3A, 9A)
	Sosyal destek	Eş desteğine ihtiyacı var (7A),bir insana (5A),var ama ihtiyacını tanımlayamıyor (3B)
	Ekonomik destek	Maddi sıkıntı (2A)
Erken doğum durumu öğrenildiğindeki gereksinimler		
Destek	Emosyonel destek	Eşini sakinleştirmeye (1B), sakinleştirilmeye (3A), bebeğinin kurtarılmasını isteme (1A), manevi destek (2A),kendini daha iyi hissetmesine destek olunması (3B),psikolojik desteğe ihtiyaç var (7A)
	Ekonomik destek	Maddi gereksinim var (2A, 4A)
	Sosyal destek	Aile desteğine ihtiyaç var (2A), eşinin yanında olmasını/ olayı isteme (1B,3B, 8A, 9A), dostu ihtiyacı var (5A), birbirimizin yanında olma yeterli idi (4B)
	Fiziksel destek	Anne odasının süslenmesi (3B), bebek bakımı konusunda desteğe ihtiyacı var (4A)
Bebek ilk kez görüldüğünde ve kucağına aldığındaki gereksinimler		
Destek	Cesaretlendirilme	Zarar verme korkusu(2A), hemşirelerden yardım isteme (2A), korkudan hiçbir şey anlamadım (2B), tıbbi malzemelerden olumsuz etkilenme (9A)
	Eş ve bebeğin yanında olma	Hep bebeğin yanında olmayı isteme (3A, 4B, 5A, 6A, 8A), kucaklama/sevme/dokunma isteği (4B, 5A, 8A),emzirmek istedim (5A, 8A),eşinin yanında olmayı isteme (3B),
	Bilgilendirilme	Bebek bakımı konusunda desteğe ihtiyacı var (2A, 4A), mevcut bakımı konusunda endişeli, bilgiye ihtiyacı var (2A,6A), bebeğin gelecek davranışlarına ilişkin endişe (4A), sağlıklı olmasını isteme (9A)
Prematüre bir bebeğin annesi / babası olarak ihtiyaç duyulan gereksinimler		
Destek	Bilgilendirilme	Sağlık çalışanlarından bilgi (1B), geleceğe güvenme gereksinimi (5A), erken doğuma ilişkin suçluluk hissi (7A), evde bakıma ilişkin endişe (1A, 3A)
	Eş ve bebeğin yanında olma	Bebeğe ilgi gösterme (2A), yanında olma isteği (4B,6A), bebekten ayrılırken kendini kötü hissetme (7A), eş desteği (9A),manevi destek (9A)

TARTIŞMA

Ebeveynlerin prematüre bebeğe sahip olmaya ilişkin deneyim ve gereksinimlerinin incelenmesi amacı ile yapılan nitel çalışmada dokuz anne ve dört baba ile görüşülmüştür. Araştırmada ebeveynlerin deneyimleri ile ilgili verileri “emosyonel, duygusal stres, olumlu ebeveynlik, fiziksel sağlık problemi, bağlanma” olmak üzere beş tema, ebeveynlerin gereksinimleri ile ilgili verileri ise “destek” teması altında toplanmıştır. Elde edilen sonuçlar ebeveynlerin deneyimlerinin paylaşılması ve bildirdikleri gereksinimlerinin karşılanması ile anne-bebek ve aile sağlığının gelişimine katkı sağlaması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada ebeveynlerin gebelik süresince, erken doğumu öğrendiklerinde, bebeklerini ilk kez gördüklerinde ve kucaklarına aldıklarında olumlu, olumsuz ve karışık duygular, olumlu ve olumsuz ebeveynlik davranışları, duygusal stres ve fiziksel sağlık problemleri deneyimledikleri görülmüştür. Hotun Şahin ve Oskay (2008)’ın çalışmasında ise yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ailelerin bebeklerinin sağlığına ve hastanede uzun süre kalmaya ilişkin kaygı, birimler arasındaki koordinasyonsuzluk ve bürokratik işlemler konusunda güçlük, eş ve evdeki çocukların özlemi ve bakımına ilişkin sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Yine literatürde bu ebeveynlerin çaresizlik, kızgınlık, öfke veya tam tersine aşırı sessizlik ve hareketsizlik gibi farklı duygusal tepkiler gösterebileceği bildirilmektedir ([Erdeve, Atasay, Arsan, ve Türmen, 2008](#), [Konukbay, ve Arslan, 2011](#); [Penny ve diğerleri, 2015](#)). Bu sonuçlara göre prematüre ya da yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan ebeveynlerin daha çok duygusal düzeyde olmak üzere farklı deneyimler yaşadığı söylenebilir.

Çalışmada ebeveynlerin gebelik süresince, erken doğumu öğrendiklerinde, ilk kez bebeklerini gördüklerinde ve kucaklarına aldıklarında emosyonel, sosyal, fiziksel ve ekonomik desteğe, cesaretlendirilmeye, eş ve bebeğinin yanında olmaya ve bilgilendirilmeye gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır. Güleşen ve Yıldız (2013)’ın çalışmalarında da hastanede uzun süreli bakım ve tedavi alan bebekler ve ebeveynlerinin birlikte olmaya gereksinimlerinin olduğu ve bu durumun bağlanmayı güçlendirebileceği vurgulanmaktadır. Ayvaz ve Açıkgöz (2018) ise ebeveynlerin hem maddi hem manevi desteği yakın arkadaşları ve akrabalarından aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca Hotun Şahin ve Oskay (2008) da bu ebeveynlerin bebek bakımı konusunda bilgi ve beceri edinmeye, evdeki çocuklarının bakımında yardıma ve ekonomik desteğe gereksinimleri olduğunu ve bu nedenle kaygı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışır ve diğerleri (2008)’nın çalışmasında da yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin en çok istedikleri zaman bebeklerine bakım veren hemşire ile konuşmaya ve babaların ise istedikleri zaman bebeklerini ziyaret edebilmeye gereksinimleri olduğunu belirtilmiştir. Diğer çalışmalarda ise YYBÜ’de bebekleri olan ebeveynlerin bebeklerinin yanında, olma, görme ve bakımına katılmaya, bebeklerinin sağlık durumu, yapılan tedavi ve müdahaleler hakkında yeterli bilgi almaya, gereksinim duydukları rapor edilmiştir ([Çakmak, ve Karaçam, 2018](#); [Çırlak, ve Erdemir, 2013](#); [Hynan, ve Hall, 2015](#); [Konukbay, ve Arslan, 2011](#); [Türkoğlu ve diğerleri, 2014](#)). Bu sonuçlar prematüre ya da YYBÜ’de bebeği olan ebeveynlerin daha çok emosyonel ve sosyal olmak üzere farklı türlerde desteğe gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlara dayalı olarak, ebe ve hemşirelerin bu alandaki bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumunda özellikle ebeveynler tarafından tanımlanan gereksinimlerin dikkate alınması gerektiği söylenebilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmada iki sınırlılık bulunmaktadır. Bunlardan biri örnekleme yöntemi ile ilgilidir. Araştırmaya katılan ebeveynler amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir ve araştırmanın sonuçları örnekleme alınan bireyleri temsil edebilmektedir. Diğeri ise veri toplamada yarı-yapılandırılmış görüşme formu ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Bu nedenle veri güvenilirliği ebeveynleri verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada prematüre bebeği olan ebeveynlerin olumsuz, karışık ve olumlu duygular, duygusal stres ve fiziksel sağlık problemleri ile negatif ve pozitif ebeveynlik davranışları deneyimledikleri; emosyonel, sosyal, ekonomik ve fiziksel desteğe, cesaretlendirilmeye, eş ve bebeğinin yanında olmaya ve bilgilendirilmeye gereksinim duydukları sonuçlarına ulaşılmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan ebeveynlere yönelik sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda ebeveynlerin bildirdikleri bu deneyimlerinin dikkate alınması, paylaşılması ve bildirdikleri gereksinimlerinin karşılanması önerilebilir. Ayrıca bu çalışmanın bulgularını destekleyecek nitel ve ebeveynlerin gereksinimlerinin karşılanması yolu ile olumlu deneyim edinmelerini geliştirebilecek deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Yazar Katkı Payları:

Zeynep Balacan: Çalışmanın planlanması, literatür taraması, verilerin toplanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması (%45).

Zekiye Karaçam: Çalışmanın planlanması, literatür taraması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması, denetleme eleştirel inceleme (%45).

Gizem Güneş Öztürk: Çalışmanın planlanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması (%10).

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Abdelmuktader, A. M., Abdelhamed, K. A. (2012). Egyptian mothers' preferences regarding how physicians break bad news about their child's disability: A structured verbal questionnaire. *BMC Medical Ethics*, 13(14), 1-5. doi: 10.1186/1472-6939-13-14.
- Aksayan, S., Emiroğlu, N. (2002). Araştırmanın Tasarımı. Erefe İ (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma: İlke Süreç ve Yöntemleri* (ss. 65-124). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Ayvaz, E., Acikgoz, A. (2019). A qualitative study: Determination of the opinions and expectations of the families with infants treated at the newborn intensive care unit, *Osmangazi Journal of Medicine*, 41(3), 271-278 doi: 10.20515/otd.426794
- Bogen, D. L., Fisher, S. D., Wisner, K. L. (2016). Identifying depression in neonatal intensive care unit parents: then what? *Journal of Pediatrics*, 179, 13–14. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.09.001
- Butler, M., Fullerton, J. T., Aman, C. (2018). Competence for basic midwifery practice: updating the ICM Essential Competencies. *Midwifery*, 66, 168-175. doi: 10.1016/j.midw.2018.08.011.
- Çakmak, E., Karaçam, Z. (2018). The correlation between mothers' participation in infant care in the NICU and their anxiety and problem-solving skill levels in caregiving. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(1), 21-31. doi: 10.1080/14767058.2016.1271412.
- Çalışır, H., Şeker, S., Güler, F., Anaç Taşçıoğlu, G., Türkmen, M. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 31-43. Erişim adresi: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1727.pdf>.
- Çırlak, A., Erdemir, F. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 73-81. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29638>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., ... Cooke, C. R. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45,103–128. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169
- Demirel, G., Tezel, B., Özbaş, S., Oğuz, S. S., Erdeve, Ö., Uras, N., Dilmen, U. (2013). Rapid decrease of neonatal mortality in Turkey. *Matern Child Health Journal*, 17, 1215–1221. doi: 10.1007/s10995-012-1115-7.
- Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S., Türmen, T. (2008). Effects of the hospitalization experience in the neonatal intensive care unit on the family and premature infant. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 104-109. Erişim adresi: http://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_297.pdf
- Erdoğan, S. (2014). Nitel Araştırmalar. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma* (s.133-164). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., ... Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth*, 13(18), 1-9. doi: 10.1186/1471-2431-13-18.
- Gund, A., Sjöqvist, A., Wigert, H., Hentz, E., Lindecrantz, K., Bry, K. (2013). A randomized controlled study about the use of e-Health in the home health care of premature infants. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(22), 1-11. Erişim adresi: <https://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6947-13-22>
- Güler, A., Halıcıoğlu, M. B., Taşkıgım, S. (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Güleşen, A., Yıldız, D. (2013). Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 177-182. doi: 10.5455/pmb1-1336130426
- Hall, S. L., Ryan, D. J., Beatty, J., Grubbs, L. (2015). Recommendations for peer-to-peer support for NICU parents. *Journal of Perinatology*, 35, S9-S13; doi:10.1038/jp.2015.143
- Hotun Şahin, N., Oskay, Ü. (2008). Prematüre bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerde ortaya çıkan stresörler. *Çocuk Dergisi*, 8(2), 108-113. Erişim adresi: https://www.journalagent.com/cocuk/pdfs/CD_8_2_108_113.pdf
- Hynan, M. T., Hall, S. L. (2015). Psychosocial program standards for NICU parents. *Journal of Perinatology*, 35, S1-S4; doi:10.1038/jp.2015.141
- Hynan, M. T., Steinberg, Z., Baker, L., Cicco, R., Geller, P. A., Lassen, S., ... Stuebe, A. (2015). Recommendations for mental health professionals in the NICU. *Journal of Perinatology*, 35, S14-S18. doi:10.1038/jp.2015.144
- International Confederation of Midwives. (2019). Essential competencies for basic midwifery practice 2018 Update. Erişim adresi: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- Konukbay, D., Arslan, F. (2011). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 16-22. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/29526>
- Korkmaz, A., Aydın, Ş., Çamurdan, A. D., Okumuş, N., Onat, F. N., Özbaş, S., ... Köse, M. R. (2013). Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56(3), 105-121. Erişim adresi: http://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_500.pdf
- Pazarcıkcı, F., Efe, E., (2017). Preterm Bebeklerin taburculuk sonrası evde bakımının sağlanmasında hemşirenin rolü. *MAKÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 45-52. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/359510>
- Penny, K. A., Friedman, S. H., Halstead, G. M. (2015). Psychiatric support for mothers in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 35, 451-457; doi:10.1038/jp.2014.221
- Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. (2014). Resmî Gazete, 22 Mayıs 2014 Perşembe, Sayı: 29007. Erişim adresi: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/2014_0522-14.htm.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/bebek_cocuk_olumleri_2018.pdf
- Sidebotham, P., Frederick, J., Covington, T., Mitchell, E. A. (2014). Child death in high-income countries 1: Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand. *Lancet*, 384, 894-903. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61089-2.
- Sola, C., Diken, H. (2008). Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Özel Eğitim Dergisi*, 9(2), 21-36. doi: 10.1501/Ozlegt_0000000124

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2018). Erişim adresi: <https://www.bik.gov.tr/turkiyenin-dogum-istatistikleri-aciklandi/>
- Türkoğlu, N., Yalçınöz Baysal, H., Küçükoğlu, S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-8. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/48795>
- Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 19(6), 349 –357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Yayan, E. H., Özdemir, M., Düken, M. E., Dağ, Y. S. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 82-89. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/682088>
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (s.430). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Sinem GEÇİT¹

Orcid: 0000-0002-4780-7667

Türkan ÖZBAYIR²

Orcid: 0000-0003-2308-1117

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Sinem GEÇİT

sinemgecit@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Profesyonel değerler;
ameliyathane hemşireliği; etik.

Key Words:

Professional values; operating room
nursing; ethics.

Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi

Determination of the Operating Room Nurses' Professional Values

Çalışma, Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi, 11-12 Ekim 2017, İzmir, Türkiye'de sözlü sunum olarak sunulmuştur.

Gönderilme Tarihi: 29 Mayıs 2020

Kabul Tarihi: 27 Eylül 2020

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerlerinin incelenmesi amacı ile yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın örneklemini Haziran-Eylül 2014 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan ameliyathane hemşirelerinden çalışmaya katılmayı kabul eden 72 hemşire oluşturdu. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 'Birey Tanıtım Formu' ve 'Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği' kullanılarak toplandı. Veriler, sayı ve yüzdelik dağılımı içeren tanımlayıcı istatistikler, gruplar arası karşılaştırmada ise bağımsız t testi ve ANOVA testi ile analiz edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %94.4'ü kadın, %39.0'u 41 ve üzeri yaş grubunda, %44.4'ü üniversite mezunu ve %62.5'i evlidir. Ameliyathane hemşireliği ile ilgili veriler incelendiğinde, hemşirelerin %34.7'sinin 1-5 yıldır ameliyathane hemşireliği çalışma deneyimine sahip olduğu ve %55.6'sının bir ayda 160-180 saat çalışmakta olduğu saptandı. Hemşirelerin %81.9'unun daha önce etik konusunda eğitim aldığı görülmektedir. 'Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği' puan ortalaması 170.93±22.58 olarak saptandı. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ameliyathane hemşiresi olarak çalışma süresi ve etik hakkında eğitim alma durumu ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Sonuç: Çalışma sonucunda ameliyathane hemşirelerinin 'Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması ile profesyonel değerlere ve etik konulara önem verdikleri saptanmıştır. Ameliyathane hemşirelerine profesyonel değerler ve etik ile ilgili eğitimlerin devamlılığının sağlanması önerilmektedir.

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to examine the professional values of operating room nurses.

Methods: The sample of the descriptive study consisted of 72 nurses who agreed to participate in the study from the operating room nurses working in a Training and Research Hospital between June-September 2014. The data of the research were collected by using the 'Individual Information Form' of prepared by the researchers in line with the literature and 'Nurses' Professional Values Scale'. Descriptive statistics including data, number and percentage distribution, in the comparison between groups were analyzed using the independent t test and ANOVA test.

Results: Nurses participating in the study 94.4% are women, 39.0% are in the age group of 41 and above, 44.4% are university graduates and 62.5% are married. When the data related to the operating room nursing is examined, 34.7% of the nurses have 1-5 years operating room nursing experience and 55.6% of them work 160-180 hours in a month. It is seen that 81.9% of the nurses have received training on ethics before. The average score of 'Nurses' Professional Values Scale' was 170.93±22.58. There was no statistically significant difference between the age, gender, education level of the nurses, working time as operating room nurses and the level of education about ethics and the mean score of the Nurses' Professional Values Scale (p> 0.05).

Conclusion: As a result of the study, it is seen that the operating room nurses attach importance to professional values and ethical issues with the average score they got from the 'Nurses' Professional Values Scale'. It is recommended that operating room nurses continue to provide professional values and ethical training.

Kaynak Gösterimi: Geçit ve Özbayır. (2020). Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi. EGEHFD, 2020, 36 (3): 145-151.

How to cite: Geçit ve Özbayır. (2020). Determination of the Operating Room Nurses' Professional Values. EGEHFD, 2020, 36 (3): 145-151.

GİRİŞ

Hemşireler günümüzde sadece sağlık bakımı sunan bireyler olmanın yanı sıra araştırma yapma, teoriler geliştirme, politik aktivitelere ve mesleki örgütlere katılma gibi profesyoneller tarafından yerine getirilen işlevleri gerçekleştiren çalışanlar haline gelmiştir. Bunların sonucunda hemşirelikte profesyonellik ve profesyonel değerler kavramları ortaya çıkmıştır (Göriş, Kılıç, Ceyhan ve Şentürk, 2014). Hemşirelik mesleği, insanların yaşamına, onuruna, değerlerine ve kararlarına saygı duyarak hizmet vermelerini gerektirmektedir. Hemşirelerin bu hizmeti sağlayabilmeleri için kişisel ve profesyonel davranışlarını yönlendiren, bireyin tutum ve davranışlarını etkileyen değerleri belirlemeleri ve bireyle birlikte bunlara uygun yaklaşımları seçmeleri gerekmektedir (Orak ve Alpar, 2012).

Değer; davranışa rehberlik eden ve bireyin kendini adadığı idealler ve inançlardır (Göriş ve diğerleri, 2014; Vezeau, 2006). Değerler, yaşamın daha ilk evrelerinde kazanılmaya başlanır, yaşama anlam ve yön verir ve mesleki formasyon kazanılması sürecinde eğitsel stratejilerle yönlendirilebilirler (Karagöz, 2000; Orak ve Alpar, 2012; Weis ve Schank, 2000). Meslek tarafından kazanılan ve benimsenen değerler mesleki standartların gelişmesini sağlamaktadır (Göriş ve diğerleri, 2014). Kendi değer sistemimizi bilmek ve kabullenmek, karar verme durumlarında neden ve nasıl tepki ve karşılık verdiğimiz anlamamızda bir temel oluşturur. Çalışanların sahip olduğu değerler, sunulan bakımın kalitesini yansıtmaktadır (Göriş ve diğerleri, 2014).

Profesyonellik, yüksek oranda uzmanlık, bilgi, beceri, tutum ve davranış biçimidir ve alanında eğitim almış uzman kişilerce yürütülen ve ilgili meslek örgütleriyle desteklenerek sunulan hizmettir (Göriş ve diğerleri, 2014, Vicdan, 2010). Sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşireler anahtar rol oynamaktadır ve profesyonel bir meslek mensubu olarak hizmet vermektedirler (Göriş ve diğerleri, 2014). Profesyonel değerler ise uygulamaların kaynağıdır ve yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durumu gibi sosyo-demografik faktörlerden etkilenebilmektedir (Göriş ve diğerleri, 2014; Lin ve Wang, 2010; Sabancıoğulları ve Doğan, 2012).

Hemşireler, davranış ve tutumlarını hizmet sundukları toplumda savunurken ve etik ikilemlerle karşılaştıklarında karar verirken etik ilkeler ve profesyonel değerler gibi dayanaklara gereksinim duyarlar (Göriş ve diğerleri, 2014). Hemşirelik mesleğinde eşitlik, insan onuru, alturizm, adalet ve doğruluk olmak üzere beş temel değer yer almaktadır (Shaw ve Degazon, 2008). Profesyonel değerler, hastalarla, meslektaşlarla, diğer meslek grupları ile ve toplumla etkileşimde rehberlik etmekte, hemşirelik uygulamalarında temel oluşturmakta ve hemşirelerin değer yüklü uygulamaları konusunda karar vermelerine yol göstermektedir (Sabancıoğulları ve Doğan, 2012; Sellman, 2011).

Gelişen teknoloji, bireylerin hakları ve hemşirelerin değişen rolü, çalışma alanında uygulayıcı pozisyonda olan hemşirelerin karşılaşıacağı etik sorunlara yol açabilmekte ve profesyonel değerler çerçevesinde çözüm bulmaları beklenmektedir (Aslan, Vural ve Avcı, 2003; Schroeter, 1999). Bu sorunların karşılaşıldığı ve hemşirenin görev alanlarından biri olan ameliyathaneler de, hemşirenin profesyonel değerler çerçevesinde etik karar verme sürecine katıldığı ortamlar arasında yer almaktadır (Aslan ve diğerleri, 2003). Bu nedenle ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerlerinin belirlenmesinin, ameliyathane hemşirelerinin sahip olduğu değerleri ortaya çıkararak etik konulara verdikleri önemin belirlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel tiptedir. Veriler, Haziran-Eylül 2014 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde yürütüldü. Araştırmaya, eğitim ve araştırma hastanesinde ameliyathane hemşiresi olarak görev yapan 84 hemşireden araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 72 ameliyathane hemşiresi dahil edildi.

Verilerin toplanması

Veri toplama yöntemi

Veriler, araştırmacılar tarafından Haziran-Eylül 2014 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde ameliyathane hemşiresi olarak görev yapan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı.

Veri toplama araçları

Araştırmada literatür (Aslan ve diğerleri, 2003; Göriş ve diğerleri, 2014; Orak ve Alpar, 2012) ışığında hazırlanan 'Birey Tanıtım Formu' ve 'Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'ni içeren iki ayrı bölümden oluşan soru formu kullanıldı.

Birey Tanıtım Formu: Formda, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve gelir durumu, kaç yıldır ameliyathane hemşiresi olarak çalıştığı, aylık çalışma saati, etik hakkında eğitim alıp almadığı ve eğitim aldı ise eğitimi nereden aldığı gibi tanımlayıcı bilgilerini toplamaya yönelik 10 soru yer aldı.

Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği: Ölçek, ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerlerini saptamak amacıyla kullanıldı. Bu ölçek, Weis ve Schank (2000) tarafından ilk olarak Amerikan Hemşireler Birliği'nin etik kurallarını yansıtmak ve hemşirelerin sahip olduğu değerleri ortaya çıkarmak amacıyla geliştirilmiştir (Weis ve Schank, 2000). Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenirliği Orak ve Alpar (2012) tarafından yapılmıştır (Orak ve Alpar, 2012). Ölçeğin beşli likert tipi son derece önemli (5), çok önemli (4), önemli (3), biraz önemli (2), önemli değil (1) şeklindedir, 44 maddesi ve beş alt boyutu vardır. Hemşirelerin verdikleri cevaplar sonucunda puanlanan maddelerin toplamı ile ölçeğin toplam puanı belirlenmektedir. Ölçeğin toplam puanı 44-220 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, hemşirelerin profesyonel değerlere ve etik konulara daha fazla önem verdiklerini göstermektedir. İç tutarlılık katsayısı Cronbach Alpha değeri 0.95 olan ölçeğin (Orak ve Alpar, 2012), bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.96'dır.

İstatistiksel analiz

Veriler, Statistical Package for Social Science (SPSS) 22 ile değerlendirildi. Hastaların tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzdelik dağılımlar, hastaların Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği puan ortalamaları ise ortalama ve standart sapma kullanılarak belirlendi. Kolmogorov-Smirnov testi ile grup içi dağılımların normalliği değerlendirildi. Tanıtıcı özelliklere ilişkin gruplar (cinsiyet, medeni durum vb.) arası karşılaştırmalar, normal dağılımlar için student t testi ve ANOVA testi ile değerlendirildi. İstatistiksel olarak anlamlılık sınırı $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

Etik

Araştırmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin hemşirelik fakültesinin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yapıldığı eğitim ve araştırma hastanesi'nden yazılı izin alındı (Etik Onay Kodu: 62 ve Kurum Onay Kodu: 160). Araştırmaya dahil edilen hemşirelerden de yazılı ve sözel izin alındı.

BULGULAR

Araştırma kapsamındaki 72 ameliyathane hemşiresinin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin %94.4'ü kadındı. Hemşirelerin yaş ortalaması 33.43 ± 4.30 (23-41) yıl olarak saptandı. Hemşirelerin %62.5'inin evli, %44.4'ünün lisans mezunu olduğu ve %63.9'unun gelir durumunu orta düzeyde belirttiği saptandı. Çalışma şartları ile ilgili veriler incelendiğinde, hemşirelerin %55.6'sının ayda 160-180 saat arasında ve %34.7'sinin 1-15 yıl süredir ameliyathane hemşiresi olarak çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin etik hakkındaki eğitim durumları incelendiğinde ise, %81.9'unun etik hakkında eğitim aldığı ve etik eğitim alan hemşirelerin de %51.4'ünün bu eğitimi önlisans/lisans/lisansüstü eğitimi sırasında aldığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	68	94.4
Erkek	4	5.6
Yaş		
23-28 yaş	19	17.7
29-34 yaş	24	22.6
35-40 yaş	22	20.7
41 yaş ve üzeri	41	39.0
Medeni durum		
Evli	45	62.5
Bekar	27	37.5

Eğitim durumu		
Lise	2	2.8
Ön lisans	30	41.7
Üniversite	32	44.4
Lisans üstü	8	11.1
Gelir Durumu		
Kötü	4	5.6
Orta	46	63.9
İyi	22	30.6
Aylık çalışma süresi		
160-180 saat	40	55.6
181-200 saat	23	31.9
201 saat ve üzeri	9	12.5
Ameliyathane hemşiresi olarak çalışma yılı		
1-5 yıl	25	34.7
6-10 yıl	23	31.9
11-15 yıl	14	19.4
16-20 yıl	7	9.7
21-25 yıl	3	4.2
Etik eğitimi alma		
Evet	59	81.9
Hayır	13	18.1
Etik eğitimi nereden aldığı		
Önlisans/Lisans/Lisansüstü Eğitim	37	51.4
Hizmet içi eğitim	30	41.7
Sözlü, yazılı basın (internet)	5	6.9

Araştırmada, Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; ölçek toplam puan ortalaması 170.93±22.58 (119-220), güvenlik alt boyutunun toplam puan ortalaması 16.05±2.44 (11-20), sorumluluk alt boyutunun toplam puan ortalaması 26.04±4.55 (17-35), harekete geçme alt boyutunun toplam puan ortalaması 18.84±3.27 (13-25), insan onuru alt boyutunun toplam puan ortalaması 43.44±5.91 (29-55) ve otonomi alt boyutunun toplam puan ortalaması 16.25±2.44 (10-20) olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin 'Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği' ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	X±SS	Minimum	Maksimum
Güvenlik	16.05±2.44	11	20
Sorumluluk	26.04±4.55	17	35
Harekete Geçme	18.84±3.27	13	25
İnsan Onuru	43.44±5.91	29	55
Otonomi	16.25±2.44	10	20
Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği	170.93±22.58	119	220

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ameliyathane hemşiresi olarak çalışma yılı ve etik eğitimi alma ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan kadın hemşirelerin, 29-34 yaş arasındakilerin, üniversite mezunu olanların 6-10 yıldır ameliyathane hemşiresi olarak çalışanların ve etik eğitimi alanların Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. ‘Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği’ Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Verilerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	X±SS	İstatistiksel Değer
Cinsiyet		
Kadın	171.47±20.96	t=1.686
Erkek	161.75±46.20	p=0.273
Yaş		
23-28 yaş	172.45±30.90	
29-34 yaş	174.04±22.21	F=11.610
35-40 yaş	169.42±20.31	p=0.703
41 yaş ve üzeri	156.00±17.32	
Eğitim durumu		
Lise	157.50±20.50	
Ön lisans	166.96±21.23	F=1.938
Üniversite	177.62±21.86	p=0.132
Lisans üstü	162.37±26.81	
Ameliyathane hemşiresi olarak çalışma yılı		
1-5 yıl	169.60±17.04	
6-10 yıl	177.34±25.65	F=0.834
11-15 yıl	167.50±24.88	p=0.509
16-20 yıl	166.57±27.53	
21-25 yıl	159.00±14.79	
Etik eğitimi alma		
Evet	172.84±22.29	t=0.144
Hayır	162.23±22.66	p=0.126

TARTIŞMA

Çalışma sonucunda ameliyathane hemşirelerinin ölçekten aldıkları puan ortalaması ile profesyonel değerlere ve etik konulara önem verdikleri saptandı. Literatür incelendiğinde ise, yönetici hemşireler, kardiyak cerrahi hemşireleri, onkoloji hemşireleri ve hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerlerinin incelendiği ve bu çalışmaların sonucunda hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerlerinin yüksek olduğu belirtilmektedir ([Al Banna, 2018](#); [Gallegos ve Sortedahl, 2015](#); [Göriş ve diğerleri, 2014](#); [Kantek, Kaya ve Gezer, 2015](#); [Kaya ve Kantek, 2016](#); [Kaya, Işık, Şenyuva ve Kaya, 2012](#); [Karadağlı, 2016](#); [Orak ve Alpar, 2012](#); [Tanrıverdi, 2017](#); [Zengin ve diğerleri, 2018](#)). Araştırma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmekte, hareketli, dinamik ve karmaşık bir süreçte çalışan ameliyathane hemşirelerinin de profesyonel değerlerini benimsediğini gösteren anlamlı bir sonuç olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ameliyathane hemşirelerinin ‘Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği’ nin alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, en yüksek puanı ‘insan onuru’ndan, en düşük puanı ise ‘güvenlik’ten aldıkları saptandı. Amerikan Hemşireler Derneği en fazla onur, adalet ve dürüstlük etik kodları üzerinde durmaktadır ([Fowler, 2015](#)). Bu değerler ile insanlık onuru, hemşirelik uygulamalarının temelinde yer almaktadır (Fowler, 2015). Ülkemizde, Kantek ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin en önemli profesyonel değerinin ‘insan onuru’ ve ‘otonomi’ olduğu, Çetinkaya ve arkadaşlarının hemşireler ve Karadağlı ile Kaya ve arkadaşlarının da öğrenciler ile yaptığı çalışmada da en fazla ‘insan onuru’ alt boyutundan puan aldığı, Al-Banna’nın kardiyak cerrahi hemşireleri ile yaptığı araştırmada ise ‘insan onuru’ alt boyutundan en düşük puanı aldığı belirtilmektedir (Al Banna, 2018; Çetinkaya, Paslı ve Aydın, 2017; Kantek ve diğerleri, 2015; Karadağlı, 2016; Kaya ve diğerleri, 2012). Araştırma sonuçlarının literatür ile paralel olduğu görülmektedir. Hemşirelik mesleğinin temelini oluşturan insanı insanca kabul etme, empati ve bakım verirken mahremiyete önem verme gibi değerlerin ‘insan onuru’ puanının yüksek çıkmasında etkisi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ameliyathane hemşiresi olarak çalışma yılı ve etik eğitimi alma gibi özelliklerinin hemşirelikte profesyonel değerleri etkilemediği saptandı. Görüş ve arkadaşları ile Kaya ve Kantek’in yaptığı çalışmada da cinsiyet ve çalışma süresinin hemşirelerin profesyonel değerlerini etkilemediği belirtilmektedir ([Göriş ve diğerleri, 2014](#); [Kaya ve Kantek, 2016](#)). Kaya ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada da öğrencilerin yaş ve cinsiyetlerinin hemşirelikte profesyonel değerleri etkilemediği belirtilmektedir ([Kaya ve diğerleri, 2012](#)). Karadağlı’nın hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinin cinsiyeti ile profesyonel değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bildirilmiştir ([Karadağlı, 2016](#)). Kaya ve Kantek’in, Martin ve arkadaşlarının, Orak’ın ve Rassin’in çalışmasında ise eğitim durumunun hemşirelerin profesyonel değerlerini etkilediği belirtilmektedir ([Kaya ve Kantek, 2016](#); [Martin, Yarbrough ve Alfred, 2003](#); [Rassin, 2008](#)). Eğitim ve öğrenim durumu ile profesyonel değerler arasında fark olmamasında, bu çalışmadaki ameliyathane hemşirelerinin büyük çoğunluğunun etik eğitimi alması ve ön lisans ile lisans düzeyinde eğitime sahip olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Çalışma sonucunda ameliyathane hemşirelerinin ‘Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği’nden aldıkları puan ortalaması ile profesyonel değerlere ve etik konulara önem verdikleri saptanmıştır. Ameliyathane hemşirelerinin en az lisans düzeyinde eğitime sahip olması, profesyonel değerler ve etik ilkeler ile ilgili eğitimlerinin devamlılığının sağlanması ve bu konuda daha kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Yazar Katkı Payları: Yazarlar, çalışmanın planlanması, literatür taraması, etik kurul başvurusu, verilerin toplanması, analizi ve yorumlanması ile çalışmanın rapor haline getirilmesinde eşit düzeyde katkı sağlamıştır.

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Teşekkür: Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ameliyathane hemşirelerine katkıları için teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- Al Banna, DA. (2018). Core professional and personal values of nurses about nursing in erbil city hospitals: A profession, not just career. *Nurs Healthc Int J*, 2(6), 169-173.
- Aslan, Ö., Vural, H., Avcı, P.Y. (2003). Ameliyathane hemşirelerinin etik sorunlara yönelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2), 147-152.
- Çetinkaya, E.U., Paslı, G.E., Aydınli, A. (2017). Professional values of Turkish nurses: a descriptive study. *Nurs Ethics*, 24(4), 493-501.
- Fowler, F.M. (2015). *Guide to the code of ethics for nurses with interpretive statements: Development, interpretation, and application*. Georgia Avenue, USA: ANA.
- Gallegos, C., Sortedahl, C. (2015). An Exploration of professional values held by nurses at a large freestanding pediatric hospital. *Pediatr Nurs*, 41(4), 187-195.
- Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 137-142.
- Kantek, F., Kaya, A., Gezer, N. (2015). The relationship between professional values , student 's satisfaction and tendency to leave the school. *Int J New Trends Educ Their Implic*, 6(1), 38-45.
- Karadağlı, F. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değer algıları ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 81-91.
- Karagöz, S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1, 1-15.
- Kaya, A., Kantek, F. (2016). Yönetici hemşirelerin profesyonel değerler algısı ve etkileyen faktörler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 18-25.
- Kaya, H., Işık, B., Şenyuva, E., Kaya, N. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin bireysel ve profesyonel değerleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 18-26.
- Lin, Y.H., Wang, L.S. (2010). A Chinese version of the revised Nurses Professional Values Scale: Reliability and validity assessment. *Nurse Educ Today*, 30, 492-8.
- Martin, P., Yarbrough, S., Alfred, D. (2003). Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *J Nurs Scholarsh*, 35(3), 291-296.
- Orak, N.Ş., Alpar, Ş.E. (2012). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 522-531.
- Rassin, M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*, 15(5), 614-630.
- Sabancıoğulları, S., Doğan, S. (2012). Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 275-82.
- Schroeter, K.(1999). Ethical perception and resulting action in perioperative nurses, *AORN J*, 69(5), 991-1002.
- Sellman, D. (2011). Professional values and nursing. *Med Health Care Philos*, 14, 203-8.
- Shaw, H.K., Degazon, C. (2008). Integrating the core professional values of nursing: a profession, not just a career. *J Cult Divers*, 15, 44-50.
- Tanriverdi, H.(2017). Hemşirelerin profesyonel değerleri ile örgütsel vatandaşlık davranış düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Ulakbilge Dergisi*, 5(13), 1183-1204.
- Vezeau, T.M. (2006). Teaching professional values in a BSN program. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 3, 25.
- Vicdan, A., K. (2010). Hemşirelikte profesyonellik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı*, 260-263.
- Weis, D., Schank, M.J. (2000). An Instrument to measure professional nursing values. *J Nurs Scholarsh*, 32(2), 201-204.
- Zengin, M., Yayan, E.H., Yıldırım, N., Akın, E., Avşar, Ö., Mamiş E. (2018). Pediatri hemşirelerinin profesyonel değerlerinin profesyonel tutumlarına etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 316-323.

Papatya KARAKURT¹
Orcid: 0000-0003-0330-9807

Ayla ÜNSAL²
Orcid: 0000-0003-3319-1600

Serhat YILDIRIM³
Orcid: 0000-0001-7467-7071

¹ Prof.Dr., Erzincan Binali Yıldırım
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları ABD.

² Prof.Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik
Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD.

³ Hemşire, T.C. Sağlık Bakanlığı Elazığ
Fethi Sekin Şehir Hastanesi.

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Papatya KARAKURT
e-posta: papatyademirci@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Hemşire; hemşirelik tanıları; algı;
değişken.

Key Words:

Nurse; nursing diagnoses;
perception; variable.

Hemşirelerin Hemşirelik Tanılarına Yönelik Algılarının Bazı Değişkenler Yönünden İncelenmesi: Bir Şehir Hastanesi Örneği

Assessing Nurses' Perceptions towards Nursing Diagnosis in Some Variables: An Example of City Hospital

* Bu araştırma 6. Uluslararası, 17. Ulusal Hemşirelik Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. (19-21 Aralık 2019. ss:17. Ankara, Türkiye).

Gönderilme Tarihi: 27 Mayıs 2020

Kabul Tarihi: 27 Eylül 2020

ÖZ

Amaç: Hemşirelik mesleği kuramsal bilgi ve beceriyi içeren, uygulama gerektiren bir sağlık disiplindir. Bu nedenle her profesyonel disiplinde olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de uygulamalar için bilimsel metotlar kullanılmaktadır. Hemşirelik bakımına bilimsel ve planlı bir yaklaşım getiren yöntem ise hemşirelik sürecidir. Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması olan hemşirelik tanısı, hemşirelik uygulamalarına temel oluşturur. Bu araştırma, hemşirelerin hemşirelik tanılarına yönelik algılarını bazı değişkenler yönünden incelenmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı türdeki bu araştırmaya bir şehir hastanesinde görev yapan, gönüllü 265 hemşire katılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında hemşirelerin sosyo-demografik ile hemşirelik tanılarına ilişkin bilgilerinin sorgulandığı tanıtıcı özellikler formu ve Hemşirelik Tanılarını Algılama Ölçeği (HTAÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, Kruskall Wallis, Mann Whitney U ve Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalamasının 32.19±7.81, %74.7'sinin kadın, %58.1'inin lisans mezunu olduğu, %30.9'unun 6-10 yıldır çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %93.2'sinin hemşirelik sürecine ilişkin eğitim aldığı, %92.5'inin hemşirelik sürecini gerekli bulduğu ve %62.6'sının sürecin veri toplama aşamasında sorun yaşadığı saptanmıştır. Hemşirelerin hastalarına en sık; enfeksiyon riski, bilgi eksikliği, beslenmede değişiklik ve düşme riski tanımları koydukları bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin HTAÖ puan ortalamasının 2.27±0.67 olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin cinsiyeti, eğitim durumu ve çalıştıkları birim ile hastanın durumunu açık bir şekilde tanımlama ve kavramsal yön puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Hemşirelerin sürecin her aşamasında sorun yaşamasına rağmen hemşirelik tanıların algılamasında olumlu bakış açısına sahip oldukları ve bazı değişkenlerin hemşirelik tanıların algılamayı etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelere sürecin aşamalarına özellikle de tanımlama aşamasına yönelik hizmet içi eğitimler verilebilir.

ABSTRACT

Objective: Nursing profession is a health discipline that includes theoretical knowledge and skills and requires practice. Therefore; scientific methods are used for practice in nursing profession as in every professional discipline. The method that has brought a scientific and planned approach to nursing care is nursing process. Nursing diagnosis, being the second phase of nursing process, provides a basis to nursing practices. The current study was undertaken to assess nurses' perceptions towards nursing diagnosis in some variables.

Methods: Nurses (n=265) who worked at a city hospital participated in this descriptive study voluntarily. To collect study data; Information Request Form that targeted at information on nurses' socio-demographic characteristics and their nursing diagnosis and Perceptions of Nursing Diagnosis Survey (PNDS) were used. For the analyses of the data; numbers, percentages, means, Kruskall Wallis test, Mann Whitney U test and Spearman Correlation analysis were used.

Results: It was found that nurses' average age was 32.19±7.81, 74.7% of them were female, 58.1% of them had undergraduate academic degree and 30.9% of them worked for 6-10 years. It was identified that 93.2% of the nurses had training about nursing process, 92.5% of them found nursing process necessary and 62.6% of them had difficulty in data collection/assessment phase of nursing process. Nurses mostly diagnosed risk for infection, lack of knowledge, change in nutrition and risk for fall in their patients. Average PNDS score of the participant nurses was found to be 2.27±0.67. It was seen that there were significant differences between nurses' gender, educational status and the clinical department where they worked and average scores of clear representation of patient situation and conceptual orientation.

Conclusion: It was identified that although nurses had difficulty in every phase of the process, they had positive views of perceiving nursing diagnoses and some variables affected their perception towards nursing diagnosis. Nurses can be given on-job trainings about every phase of nursing process, particularly, about diagnosis phase.

Kaynak Gösterimi: Karakurt, Ünsal ve Yıldırım (2020). Hemşirelerin Hemşirelik Tanılarına Yönelik Algılarının Bazı Değişkenler Yönünden İncelenmesi: Bir Şehir Hastanesi Örneği. EGEHFD, 2020, 36 (3): 153-161.

How to cite: Karakurt, Ünsal ve Yıldırım (2020). Assessing Nurses' Perceptions towards Nursing Diagnosis in Some Variables: An Example of City Hospital. EGEHFD, 2020, 36 (3): 153-161

GİRİŞ

Hemşireliğin uygulamaya aktarılmasında en önemli araçlardan biri olan hemşirelik süreci; sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan sistematik, bilimsel bir sorun çözümü yaklaşımıdır. Çağdaş hemşirelik anlayışına sahip hemşirenin, uygulamalarında hemşirelik sürecini kullanma gerekliliği günümüzde daha fazla önem kazanmıştır (Biol, 2013; Craven ve Hirnle, 2010). Çünkü modern hemşirelik, bireye en iyi bakımı verme konusunda sistematik bir yaklaşım sergilemelidir. Bu yaklaşım, hemşirelik süreciyle gerçekleşmektedir. Süreç, hemşirenin bakım hakkında doğru karar vermesini ve hatalı uygulamalar yapmamasını sağlamaktadır (Irving ve diğerleri, 2006; Sabuncu, 2008). Hemşireliğin tanımı da göz önüne alındığında hemşirenin hastaya bakım verirken yeterli bilgi, beceri ve donanıma sahip olarak sistematik bir şekilde hastaya yaklaşması yalnız hemşirelik süreci ile gerçekleştirilebilmektedir (Biol, 2013). Çünkü hemşirelik mesleğine ve uygulamalarına bilimsel kimlik kazandıran hemşirelik sürecinin pek çok anlamda önemli katkıları bulunmaktadır (Baykara ve Eyikara, 2019).

Hemşirelik süreci hemşirelikte önceliği olan bir konudur ve hemşirelik tanıları bu süreçte olması gereken bir aşamadır (DeLaune ve Ladner, 2006). Sürecin ikinci aşaması olan hemşirelik tanısı, hemşirelik uygulamalarına temel oluşturmaktadır (Biol, 2013). Bu aşama, hemşirenin eleştirel düşünme becerisini kullanarak topladığı verileri analiz edip bireye özgü hemşirelik tanıların saptanması ile sonuçlanmaktadır. Hemşirelik tanısı ile bireyin sağlık sorunu ve bu soruna neden olan faktörler belirlenmektedir. Sağlık sorunlarının başarı ile çözülmesi hemşirelik tanısının doğru belirlenmesine bağlıdır (Şendir ve Büyükyılmaz, 2019). Hemşirelik tanıları birey, aile ya da toplumun var olan veya potansiyel sağlık sorunlarına gösterdikleri tepkiler konusunda da klinik bir karar sağlamaktadır (Müller-Staub ve diğerleri, 2006; Paans ve diğerleri, 2011). Ayrıca hemşirelik tanısı; var olan ya da olası sağlık sorunlarına karşı birey, aile ya da toplumun sağlık veya hastalığa verdiği yanıtları biyolojik, fizyolojik, fonksiyonel, psikolojik, sosyal, spiritüel tepkilere karşı savunmasızlık ya da eğilim hakkında klinik bir kararı belirlemektedir (Carpenito-Moyet, 2012; Gallagher-Lepak, 2018; Şendir ve Büyükyılmaz, 2019). Hemşirelik tanısının belirlenmesi ve kullanılmasının pek çok yararı vardır. Bireyselleştirilmiş sistematik bakım planının oluşturulmasında bilginin organize edilip karar alınmasını sağlar, hemşirelik girişimlerine yön verir ve sınıflandırır (Erdemir, 2010; Müller-Staub ve diğerleri, 2006; Müller-Staub ve diğerleri, 2007). Hemşirelerle diğer sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimi kolaylaştırır ve hasta gereksinimlerinin önceliklerini belirler (Biol, 2013). Kapsamlı hemşirelik belgeleri ve elektronik sağlık verileri sağlar (Beckstead, 2009).

Hemşirelik sürecinin tüm aşamaları çok önemli olmasına karşın hemşirelik tanısının doğru belirlenmesi, sürecin etkin devam edebilmesi için oldukça kritiktir. Gereksinimlere yönelik belirlenen en doğru hemşirelik tanısı, bireye özgü hemşirelik girişimlerinin seçilmesine rehberlik etmektedir (Baykara ve Eyikara, 2019). Bakımda bireyselliğin sağlanması ve sürdürülmesi, hasta bireyin tüm boyutlarının değerlendirilmesi ile belirlenen sorunların çözümlenmesine yönelik yardım işlevlerinde, girişimlerin bireye özgü planlanması ve uygulanması doğru hemşirelik tanısıyla olasıdır (Acaroğlu ve diğerleri, 2007; Toru, 2020). Ülkemizde hemşirelerin hemşirelik tanılarına yönelik algılarını belirlemeye yönelik yapılan sınırlı çalışmalarda (Korhan ve diğerleri, 2013; Sevimligül ve diğerleri, 2019) hemşirelerin hemşirelik tanılarına yönelik algılarının pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Literatürde de hemşirelik süreci ve hemşirelik tanısı kavramlarının ayrıntılı açıklamaları yer almaktadır. Hemşireler mesleğini ancak hemşirelik sürecini kullanarak ve hemşirelik tanılarını konuşarak doğru ve tam olarak anlatabilir (Baykara ve Eyikara, 2019). Ancak uygulama alanında bu kavramların özünün iyi anlaşılmadan kullanılması, hatalı ve profesyonel olmayan pek çok tanımlamalara neden olmaktadır. Ayrıca hemşirelik tanılarının ağırlıklı olarak eğitim alanında kullanıldığı, klinik alanda hizmet veren hemşirelerin kullanma konusunda zorluklar (bireyin gereksinimlerine göre tanı konması, bireye özgü hemşirelik girişimlerinin seçilmesi vb.) yaşadıkları ve hemşirelerin tanılarına yönelik isteklilikleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bilgiler doğrultusunda; yapılan bu çalışmada hemşirelerin hemşirelik tanılarına yönelik algılarının bazı değişkenler yönünden incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini bir şehir hastanesinde çalışan 821 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmayıp, Haziran-Ağustos 2019 tarihleri arasında tüm birimlerde çalışan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 265 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler, tanıtıcı özellikler formu ve Hemşirelik Tanılarını Algılama Ölçeği (HTAÖ) ile toplanmıştır. Tanıtıcı özellikler formunda hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ve hemşirelik sürecine ilişkin durumlarına yönelik sorular yer almaktadır.

Hemşirelik Tanılarını Algılama Ölçeği (HTAÖ): Ölçek, Olsen ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiş, Korhan ve arkadaşları tarafından da 2013'te Türkçeye uyarlanmıştır (Korhan ve diğerleri, 2013). Ölçek, hemşirelik tanıların kullanımı, kullanışlılığı, amaçları, sonuçları, hedefleri ve sınırlılıkları konusunda hemşirelerin algılarını yansıtan dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; hemşirelik mesleğinin tanımı ve tanıtımı (9 madde), hastanın durumunun açık bir şekilde tanımlama (8 madde), tanıların kullanım kolaylığı (8 madde) ve kavramsal yön (5 madde) olarak sıralanmıştır. Ölçek, tamamen katılıyorum/tamamen katılmıyorum şeklinde beşli likert tipindedir. Ölçek toplam ve alt puanları, tamamen katılıyorum 5'ten tamamen katılmıyorum 1'den puan hesaplanarak ölçeğin madde sayısına bölünerek belirlenmektedir. Toplam puan 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın düşük olması hemşireler tarafından hemşirelik tanıların pozitif yönde algılandığını göstermektedir. Ölçeğin orijinal geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa 0.94, Türkçeye uyarlanan çalışmasında 0.84 olarak bulunmuştur (Korhan ve diğerleri, 2013; Olsen ve diğerleri 1993). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değerinin 0.94 olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden hemşirelere çalışmanın amaç ve yararları açıklanmış olup sözel onamları alınmıştır. Veriler hemşirelerle yüz yüze görüşülerek 15- 20 dakikada toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 21 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov normallik testi (Statistic:;088 Sig:;000) ile bakılmış olup, değişkenlerin normal dağılım göstermediği bulunmuştur. Veriler Mannwhitney U, Kruskal Wallis, Spearman Korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın yapılması için bir üniversitenin insan araştırmaları etik kurulundan etik kurul onayı (09/05/2019–Protokol No:05/07) ve araştırmanın yürütüleceği kurumdan yazılı izin alınmıştır.

BULGULAR

Hemşirelerin yaş ortalamasının 32.19 ± 7.81 , %74.7'sinin kadın, %58.1'inin lisans mezunu olduğu, %30.9'unun 6-10 yıl arası ve %41.9'unun dahiliye kliniklerinde çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %93.2'sinin hemşirelik sürecine ilişkin eğitim aldığı, %92.5'inin hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulduğu ve %62.6'sının sürecin veri toplama aşamasında sorun yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Hemşireler en sık; enfeksiyon riski (%55.8), bilgi eksikliği (%51.3), beslenmede değişiklik (%46) ve düşme riski (%43.8) gibi hemşirelik tanılarını koymaktadır. Hemşirelerin cinsiyeti ($p < 0.01$), eğitim durumu ($p < 0.001$) ve çalıştıkları birim ($p < 0.01$) ile *hastanın durumunu açık bir şekilde tanımlama* arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca cinsiyet ve eğitim durumları ile *kavramsal yön* arasında da anlamlılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Bunun dışındaki tanıtıcı özellikler ile HTAÖ ve alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Erkek, lise mezunu, 1-5 yıldır çalışan, acil serviste görev yapan, hemşirelik sürecine ilişkin eğitim almayan, süreci gerekli bulan ve sürecin uygulama aşamasında sorun yaşayanların HTAÖ ölçek puanları diğer gruptakilere göre daha düşük olduğu ve diğerlerine göre hemşirelik tanıların daha pozitif yönde algılandıkları saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre HTAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=265)

Tanıtıcı özellikler	n (%)	Hemşirelik Mesleğinin Tanımı ve Tanıtımı	Hastanın Durumunu Açık Bir Şekilde Tanımlama	Kullanım Kolaylığı	Kavramsal Yön	Toplam HTAÖ
Yaş	(Ort:32.19±7.81)	r=-0.002 p=0.980	r=0.082 p=0.184	r=0.015 p=0.806	r=0.092 p=0.133	r=0.046 p=0.451
Cinsiyet						
Kadın	198(74.7)	2.16±0.65	2.57±0.85	2.24±0.82	2.50±0.73	2.30±0.61
Erkek	67(25.3)	2.16±0.84	2.27±0.92	2.20±0.96	2.29±0.85	2.21±0.82
		U=6171.50 p=0.463	U=5136.50 p=0.008	U=6196.00 p=0.486	U=5310.00 p=0.019	U=5566.84 p=0.063

Eğitim Durumu						
Lise	55(20.8)	2.10±0.56	2.06±0.73	2.09±0.76	2.20±0.68	2.11±0.58
Ön Lisans	49(18.5)	2.12±0.74	2.49±0.81	2.18±0.86	2.49±0.78	2.26±0.68
Lisans	154(58.1)	2.20±0.74	2.64±0.89	2.29±0.90	2.52±0.79	2.35±0.70
Yüksek Lisans ve Doktora	7(2.6)	1.88±0.44	2.66±0.89	2.11±0.63	2.54±0.62	2.16±0.45
		KW=1.376 p=0.711	KW=19.146 p=0.000	KW=1.570 p=0.666	KW=8.213 p=0.042	KW=6.136 p=0.105
Çalışma Süresi						
1 yıldan az	13(4.9)	2.30±0.80	2.31±0.84	2.52±1.12	2.48±0.79	2.36±0.80
1-5 yıl	72(27.2)	2.11±0.78	2.33±0.93	2.09±0.88	2.29±0.79	2.18±0.73
6-10 yıl	82(30.9)	2.22±0.79	2.56±0.89	2.34±0.93	2.49±0.87	2.35±0.75
11-15 yıl	47(17.7)	2.11±0.53	2.57±0.90	2.19±0.80	2.41±0.70	2.26±0.53
16-20 yıl	24(9.1)	2.20±0.56	2.66±0.77	2.21±0.52	2.59±0.62	2.35±0.51
21 yıl ve üzeri	27(10.2)	2.05±0.55	2.56±0.72	2.18±0.76	2.66±0.59	2.26±0.51
		KW=3.926 p=0.560	KW=5.539 p=0.354	KW=5.648 p=0.342	KW=7.747 p=0.171	KW=5.760 p=0.330
Çalışılan Birim						
Dahiliye	111(41.9)	2.44±0.77	2.68±0.87	2.29±0.92	2.57±0.76	2.39±0.72
Cerrahi	54(20.4)	2.07±0.64	2.25±0.88	2.17±0.79	2.37±0.76	2.17±0.64
Acil	24(9.1)	2.05±0.64	2.19±0.70	2.00±0.82	2.23±0.73	2.10±0.63
Yoğun bakım vb.	76(28.7)	2.13±0.65	2.49±0.87	2.24±0.83	2.40±0.78	2.26±0.62
		KW=1.920 p=0.589	KW=12.170 p=0.007	KW=2.704 p=0.440	KW=5.721 p=0.126	KW=5.671 p=0.129
Hemşirelik Sürecine ilişkin Eğitim Alma Durumu						
Evet	247(93.2)	2.15±0.71	2.52±0.87	2.24±0.87	2.46±0.77	2.28±0.67
Hayır	18(6.8)	2.32±0.56	2.22±0.84	2.01±0.70	2.31±0.77	2.25±0.61
		KW=1827.000 p=0.207	KW=1823.500 p=0.202	KW=1855.000 p=0.239	KW=2049.500 p=0.578	KW=2158.000 p=0.836
Hemşirelik Sürecini Kullanmayı Gerekli Bulma Durumu						
Gerekli	245(92.5)	2.14±0.69	2.51±0.87	2.20±0.83	2.44±0.77	2.27±0.65
Gereksiz	20(7.5)	2.36±0.86	2.28±0.95	2.59±1.12	2.54±0.80	2.41±0.83
		KW=2212.500 p=0.471	KW=2000.500 p=0.172	KW=2020.500 p=0.190	KW=2338.000 p=0.733	KW=2397.500 p=0.873
Süreçte Sorun Yaşanan Basamak						
Veri toplama	166(62.6)	2.14±0.71	2.46±0.87	2.18±0.85	2.42±0.75	2.25±0.68
Tanılama	26(9.8)	2.23±0.69	2.58±0.70	2.29±0.78	2.48±0.77	2.34±0.66
Planlama	33(12.5)	2.14±0.62	2.42±0.84	2.39±0.85	2.37±0.71	2.26±0.61
Uygulama	23(8.7)	2.01±0.60	2.57±0.93	2.14±0.96	2.48±0.93	2.21±0.64
Değerlendirme	17(6.4)	2.45±0.85	2.74±0.89	2.44±0.93	2.74±0.81	2.25±0.78
		KW=5.030 p=0.284	KW=2.570 p=0.632	KW=4.631 p=0.327	KW=4.042 p=0.400	KW=5.723 p=0.221

Hemşirelerin HTAÖ toplam (2.27±0.67), hemşirelik mesleğinin tanımı ve tanıtımı (2.16 ±0.70), hastanın durumunu açık bir şekilde tanımlama (2.50±0.87), kullanım kolaylığı (2.23±0.86) ve kavramsal yön (2.45±0.77) alt boyut puan ortalamaları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo2. Hemşirelerin HTAÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (N=265)

Ölçek ve Alt Boyutları	Minimum	Maximum	Ortalama±SS
Hemşirelik Mesleğinin Tanımı ve Tanıtımı	1.0	4.62	2.16 ±0.70
Hastanın Durumunu Açık Bir Şekilde Tanımlama	1.0	4.60	2.50±0.87
Kullanım Kolaylığı	1.0	5.00	2.23±0.86
Kavramsal Yön	1.0	4.75	2.45±0.77
HTAÖ Toplam Puanı	1.0	4.58	2.27±0.67

TARTIŞMA

Hemşirelik mesleği, teknolojik gelişmelerden, hemşirelerin uygulama alanlarındaki rol ve sorumluluklarının artmasından, hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelerden ve hemşirelik eğitiminin gelişmesinden etkilenmiştir. Tüm dünyada hemşirelik uygulamalarında önemli değişimler yaşanmıştır. Bu değişimlerin başında hemşireliğe özel sınıflama sistemlerinin oluşturulması ve uygulamada kullanılması gelmektedir (Ay, 2008). Hemşireler uygulamada bireye özgü bakımı planlarken ve hemşirelik tanımlarını koyarken bu sınıflama sistemlerinden yararlanmaktadır. Kullanılan hemşirelik tanımları, hemşireliğin kendini ifade etmesini, mesleğin işlevini, sorumluluklarını, birey ve topluma katkılarını göstermektedir (Şendir ve Büyükyılmaz, 2019). Hemşirelik tanımları, profesyonel hemşirelik bakımının merkezini oluşturup mesleğin bağımsız karar verme özelliğini yansıtan, hemşirelerin bireysel ve toplumsal sağlığa olan sorumluluklarının en önemli göstergelerindedir (Ay, 2003; Babadağ ve diğerleri, 2004; Erdemir 2003).

Araştırmadaki hemşirelerin tamamına yakını (%93.2) hemşirelik sürecine ilişkin eğitim aldığını belirtmiştir. Benzer şekilde Olmaz ve Karakurt’un (2019) çalışmasındaki hemşirelerin %93.1’inin ve Sevimligül ve diğerlerinin (2019) çalışmasında da %72.5’inin konu ile ilgili eğitim aldığı saptanmıştır. Bu araştırma bulgusunda yüksek olmasının nedeni Sevimligül ve diğerlerinin (2019) çalışmasında hemşirelerin %54.7’sinin bakım planı ile ilgili eğitim almak istemediğini belirtmeleri olabilir. Hemşirenin, hastaya kaliteli bakım verebilmesi için mesleki eğitimi içerisinde ve sonrasında hemşirelik sürecine ilişkin eğitim alması gerekir. Çünkü hemşirelikte lisans ve lisansüstü müfredat programları içerisinde hemşirelik süreci, ders ya da konu olarak mutlaka yer almaktadır. Ayrıca bu, sağlık kuruluşlarının hizmet içi eğitim programları içerisinde de önemle yer alması gereken bir konudur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tamamına yakınının (%92.5) bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulduğu belirlenmiştir. Olmaz ve Karakurt’un (2019) çalışmasında hemşirelerin %94.7’si, Seçer’in (2018) çalışmasında %93.4’ü ve Kaya ve diğerlerinin (2010) çalışmasında da %77.8’si bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulduklarını belirtmişlerdir. Kaya ve diğerlerinin (2010) çalışmasında düşük olmasının nedeni hemşirelerin %13.3’ünün fikrim yok demeleri olabilir. Ortaya çıkan sonuçlar incelendiğinde, zaman içerisinde hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulma durumlarının arttığı görülmektedir. Bunun sebebi sağlık bakım sistemindeki yenilikler, hemşirelik yönetmeliğinde süreci kullanmanın zorunlu olması, hemşirelerin daha çok deneyim kazanmaları ve teknolojinin kullanımının artması olabilir.

Bu araştırmada hemşirelerin en çok; veri toplama (%62.6) ve planlama (%12.5), Sevimligül ve diğerlerinin (2019) çalışmasında uygulama (%40.3) ve veri toplama (%20.1), Olmaz ve Karakurt’un (2019) çalışmasında veri toplama (%36.6) ve uygulama (%31.7), Zaybak ve diğerlerinin (2016) çalışmasında tanımlama (%43.4), Avşar ve diğerlerinin (2014) çalışmasında uygulama (%25.9), Andsoy ve diğerlerinin (2013) çalışmalarında ise tanımlama (%20) ve veri toplama (%15) aşamalarında güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Ülkemizin farklı bölgelerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin hemşirelik sürecinin en çok sorun yaşadıkları basamaklar farklılık gösterebilmektedir. Ayrıca yurt dışında hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin hemşirelik tanımlarının yararlı olduklarına inandıkları ancak, hastaya bakım verirken tanı koymada sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin bireye özgü tanı koymada sorun yaşamaları bu sonucu etkilemiş

olabilir. Hemşirelik tanısı genellikle hasta bakımını planlamak için kullanılır ve yanlış anlaşılır veya yanlış kullanılırsa, bu bakımın kalitesi potansiyel olarak zarar görebilir (Halverson ve diğerleri, 2011). Hemşirelerin sürecin çeşitli aşamalarında sorun yaşamaları, hemşirelik süreci kullanımını olumsuz etkilemektedir. Bu da bireyin bakımını doğrudan etkileyen bir faktördür. Hemşirelik hizmetlerinin başarısı, görünürlüğü ve bakım standartlarının artırılması için hemşirelik süreci konusunun mezuniyet sonrası sürekli olarak hizmet içi eğitim programları kapsamında yer alması gerekmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin en sık kullandıkları hemşirelik tanıları; enfeksiyon riski (%55.8), bilgi eksikliği (%51.3), beslenmede değişiklik (%46) ve düşme riski (%43.8), Korhan ve diğerlerinin (2015) çalışmasında bilgi eksikliği (%89.5), enfeksiyon riski (%85.9) ve bireysel bakımda yetersizlik (%34.7), Ayan'ın (2012) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada enfeksiyon riski (%31.7), anksiyete (%17.1) ve deri bütünlüğünde bozulma (%11.1), Özer ve Kuzu'nun (2006) çalışmasında enfeksiyon riski (%16.8) ve beslenme örüntüsünde değişim (%9.5), Hakverdioğlu ve diğerlerinin (2009) çalışmasında enfeksiyon riski (%40.8), Karadakovan ve Yeşilbalkan'ın (2004) çalışmalarında ise enfeksiyon riski (%64.9), bireysel bakımda eksiklik (%49.2) ve deri bütünlüğünde bozulma riski (%39.5) olarak belirlenmiştir. Hemşirelik tanısı bireye ve sağlık sorununa göre farklılık gösterebilmesi nedeni ile literatürde farklı sonuçların bulunması beklenen bir sonuçtur. Çünkü hemşirelik tanılarının bireye özgü olması gerekir.

Araştırmadaki hemşirelerin yaşının hemşirelik tanılarını algılama durumlarını etkilemediği saptanmıştır. Benzer olarak Seçer'in (2018) çalışmasında da hemşirelerin yaşı ile HTAÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Hemşirelerin cinsiyetinin, HTAÖ toplam puanını etkilemediği belirlenmiştir. Benzer şekilde, Sevimligül ve diğerlerinin (2019) çalışmasında da cinsiyetin hemşirelik tanılarını algılama durumlarını etkilemediği saptanmıştır. Ancak Seçer'in (2018) çalışmasında ise cinsiyetin HTAÖ puanlarını etkilediği belirlenmiştir. Bu araştırmada kadın hemşire sayısının (%74.7) Sevimligül ve diğerlerinin (2019) çalışmasındaki sayıyla (%75.2) benzerlik gösterdiği, Seçer'in (2018) çalışmasındaki sayıdan (%80.3) ise düşük olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada cinsiyetin hemşirelik tanılarını algılamada etkili bir değişken olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin eğitim düzeyinin, HTAÖ toplam puanını etkilemediği belirlenmiştir. Korhan ve diğerlerinin (2013) çalışmasında da eğitim durumuna göre hemşirelerin ölçekten aldığı puanın değişmediği, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Sevimligül ve diğerlerinin (2019) çalışmasında ise eğitim durumunun hemşirelerin hemşirelik tanılarını algılama düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelik süreci ve bu kapsamda hemşirelik tanısını koyabilme, bilimsel sorun çözme yöntemlerini uygulayabilme ve eleştirel düşünme gücü ile yakından ilişkilidir. Bu özelliklerin sağlık meslek lisesi veya ön lisans düzeyinde eğitim alan hemşireler yerine lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerde bulunması beklenen bir sonuçtur. Hemşirelik süreci konusu lisans ve lisansüstü eğitimlerde üzerinde en fazla durulan konulardan biri olup uygulama ile desteklenmektedir.

Hemşirelerin çalışma süresinin hemşirelik tanılarını algılama durumlarını etkilemediği belirlenmiştir. Bu bulguya benzer olarak Seçer'in (2018) çalışmasında da HTAÖ puanları ile hemşirelerin çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Bu araştırmada çalışılan birimin hemşirelerin tanıları algılama durumlarını etkilemediği belirlenmiştir. Hemşirelerin dâhiliye ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin *hastanın durumunu açık bir şekilde tanımlama* alt boyutunun puanı cerrahi ve acil kliniklerde çalışanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Sevimligül ve diğerlerinin (2019) çalışmasında, çalışılan kliniğin genel ölçek puanını etkilemediği bildirilmiştir. Acil kliniği ve cerrahi kliniğinde hasta sirkülasyonunun hızlı olmasının ve ayrıca acil kliniğe başvuran hastaların çoğunun acil müdahale gerektirmesinden dolayı hemşirelik tanısı koymaya elverişli olmamasının bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin hemşirelik sürecine ilişkin eğitim alma durumları ile süreçte sorun yaşadıkları basamağın HTAÖ puanlarını etkilemediği saptanmıştır. Benzer şekilde Seçer'in (2018) çalışmasında da hemşirelerin hemşirelik süreci ile ilgili eğitim alma durumları ile HTAÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Hemşirelerin bu çalışmadaki HTAÖ toplam puan ortalamasının düşük (2.27 ± 0.67) olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ile benzer şekilde hemşirelerin HTAÖ puanının Sevimligül ve diğerlerinin (2019) çalışmasında 2.07 ± 0.44 , Korhan ve diğerlerinin (2013) çalışmasında 2.48 ± 0.45 , Karaca ve Aslan'ın (2017) yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin HTAÖ puanının 2.44 ± 0.44 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin bireysel özellikleri

bireyselleştirilmiş bakım algılarını önemli derecede etkilemektedir (Idvall ve diğerleri, 2012). Bu ve sözü edilen araştırmalarda hemşirelerin ve öğrencilerin hemşirelik tanılarına yönelik algılarının pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin ölçeğin tüm alt boyutları açısından da hemşirelik tanılarına algılamalarının olumlu olduğu saptanmıştır. Bu da hemşirelerin hastalara bütüncül bir yaklaşımla bakım verdiğini ve doğru tanıyı koyduğunun bir göstergesidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin sürecin her aşamasında sorun yaşamasına rağmen hemşirelik tanılarına algılamalarında pozitif bakış açısına sahip oldukları saptanmıştır. Cinsiyet, eğitim durumu ve çalışılan birim gibi değişkenlerin hemşirelerin tanılarına yönelik algılarını etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelere sürekli olarak hemşirelik süreci, hemşirelik sınıflama sistemleri ile ilgili hizmet içi eğitimler verilmeli, bunlara ilişkin bilimsel etkinlikler, kurslar düzenlenmelidir. Hemşirelerin hemşirelik tanılarına yönelik Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA)'nin iki yılda bir güncellediği tanı listesine yönelik güncellemeleri takip etmeleri sağlanmalı, özellikle çalışılan birime göre eğitimler düzenlenmelidir. Ayrıca daha büyük örneklem gruplarıyla hemşirelerin bireye özgü tanı koymasına ve hemşirelik tanılarına algılamalarında pozitif bakış açısı oluşturulmasına yönelik araştırmaların planlanması önerilmektedir.

Yazar Katkı Payları: Çalışma Tasarımı: P K, A Ü.

Veri Toplama ve /veya Analizi: P K, A Ü, SY.

Makalenin Hazırlaması: P K, AÜ, SY.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çalışma kapsamında herhangi bir kişisel ve finansal çıkar çatışması olmadığını bildirmektedirler.

KAYNAKLAR

- Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., Soysal, E. (2007). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 61-67.
- Andsoy, I.I., Güngör, T., Dikmen, Y., Nabel, E.B. (2013). Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler. *Journal of Contemporary Medicine*, 3(2), 88-94.
- Avşar, G., Ögünç, A.E., Taşkın, M., Burkay, Ö.F. (2014). Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemş. Sağlık Bil. Dergisi*, 17(4), 216-221.
- Ay, F. (2003). *Hemşirelik yüksekokulu II. sınıf öğrencilerinin bakım planlarında sıklıkla kullandıkları hemşirelik tanılarına belirlenmesi*. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı, 5-7 Haziran 2003, Başkent Üniversitesi, Ankara.ss:129-139.
- Ay, F.(2008). Uluslararası alanda kullanılan hemşirelik tanıları ve uygulamaları sınıflandırma sistemleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28(4), 555-561.
- Ayan, S. (2012). *Hemşirelik öğrencilerinin NANDA-I hemşirelik tanılarına belirleme yetkinliğinin saptanması*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Babadağ, K., Kaya, H., Kaya, N., Aktaş, A. (2004). Öğrencilerin NANDA hemşirelik tanılarında yaptıkları terminolojik hatalar. *Hemşirelik Forumu*, 7(4), 33-37.
- Baykara Z.G., Eyikara E. (2019). *Hemşirelik tanılarına tartışmalı konular*. Çelik S.Ş., Karadağ A. (Eds.). *Hemşirelik Bakım Planları: Tanılar, Girişimler ve Sonuçları* kitabı içinde (s.7-13). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Beckstead, J.W. (2009). Taxonomies of nursing diagnoses: A psychologist's view. *Int J Nurs Stud*, 46(3), 295-301.
- Biröl, L. (2013). *Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*. (10. Baskı) İzmir: Berke Ofset Matbaacılık.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2012). *Handbook of nursing diagnosis* (Çeviri: Erdemir, F.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

- Craven, R.F., Hirnle, C.J. (2010). *Fundamentals of nursing human health and function*. (4. Edition) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- DeLaune, C.S., Ladner, P.K. (2006). *Fundamentals of nursing standards & practice*. (3. Edition) Canada: Thomson Delmar Learning.
- Erdemir, F. (2003). Hemşirelik tanıları nedir ve ne değildir? Erdemir, F., Yılmaz, E. (Ed.), *NANDA hemşirelik tanıları taksonomisi II. hemşirelik sınıflama sistemleri sempozyum kitabı içinde* (s. 17-44). Ankara: Başkent Üniversitesi Yayını.
- Erdemir, F. (2010). *Hemşirelik sınıflama sistemleri*. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı) 24-26 Haziran 2010 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Atatürk Kongre ve Kültür Merkezi, Samsun. ss:24-29.
- Gallagher-Lepak, S. (2018). *Hemşirelik tanısının temelleri*. Herdman T.H., Kamitsuru S. (Ed.), Acaroğlu R, Kaya H. (çeviri eds.). *Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017 kitabı içinde* (s.21-30). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroğlu, R., Antunes Da Luz, M., Efstathiou G, Suhonen, R. (2012). Nurses' sociodemographic background and assessments of individualized care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 284-293.
- Irving, K., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Butler, M., MacNeela, P. (2006). Discursive practices in the documentation of patient assessments. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2): 151-159.
- Hakverdioğlu, G., Khorsid, L., Eşer, İ. (2009). Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinions about nursing diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*, 20(4), 162-168.
- Halverson, E.L., Beecher, E.L., Scherb, C.A., Olsen, G., Frost, M., Orth, K. (2011). Minnesota Nurses' Perceptions of Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*, 22(3), 123-132.
- Karaca, T., Aslan, S. (2017). *Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik tanılarını algılama düzeyleri ve hemşirelikte tanılama dersinin bu algıya etkisinin belirlenmesi*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özetleri, 5-7 Kasım 2017, Ankara. ss:61.
- Karadakovan, A., Yeşilbalkan, Ö.U. (2004). Öğrencilerin nörolojik hastalarda saptadıkları NANDA hemşirelik tanılarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 1-7.
- Kaya, N., Babadağ, K., Yeşiltepe, G.K., Uygur, E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecinin ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 24-33.
- Korhan, E.A., Yönt, G.H., Ak, B., Erdemir, F. (2013). Hemşirelik Tanılarını Algılama Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3), 13-25.
- Korhan, E.A., Yönt, G.H., Demiray, A., Akça, A., Eker, A. (2015). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve nanda tanılarına göre değerlendirilmesi. *Düzce Üniv. SBE Derg*, 5(1), 16-21.
- Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., vanAchterberg, T. (2006). Nursing diagnosis, interventions and outcomes-application and impact on nursing practice: Systematic review. *JAN*, 56(5), 514-531.
- Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., vanAchterberg, T. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. *Int J Nurs Stud*, 44(5), 702-713.
- Olmaz, D., Karakurt, P. (2019). Hemşirelik bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 3-14.
- Olsen, G., Frost, M., Orth, K. (1993). *Nurses' perception of nursing diagnosis*. Paper presented at the meeting of The Midwest Nursing Research Society 17th Annual Research Conference, America.

- Özer, G.F., Kuzu, N. (2006). Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve NANDA tanımlarını kullanma durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22(1), 68-80.
- Paans, W., Nieweg, R.M.B., van der Schans, C.P., Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 1-18.
- Sabuncu, N. (2008). Hemşirelik süreci. Sabuncu, N. (Ed.), *Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar kitabı içinde*(s. 137-141). Ankara: Alter Yayıncılık.
- Seçer, S. (2018). *Hemşirelerin hemşirelik tanıları ve hemşirelik sürecini uygulamaya ilişkin algıları ve düşüncelerinin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul.
- Sevimligül, G., Topaloğlu, Y.Ş., Karabey, G.G., Sabancıoğulları, S. (2019). *Hemşirelerin hemşirelik tanılarına ilişkin algıları, bakım planı yaparken yaşadıkları güçlükler*. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, 19-21 Aralık 2019, Ankara. ss:685.
- Şendir, M., Büyükyılmaz, F. (2019). Hemşirelik tanısı. Aştı, T.A., Karadağ, A. (Ed.), *Hemşirelik esasları bilgiden uygulamaya: kavramlar-ilkeler-beceriler kitabı içinde*(s. 139-152). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Toru F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 46-59.
- Zaybak, A., İsmailoğlu, E.G., Özdemir, H. (2016). Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 269-277.

Sinem GEÇİT¹

Orcid: 0000-0002-4780-7667

Türkan ÖZBAYIR²

Orcid: 0000-0003-2308-1117

¹Araştırma Görevlisi, Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

²Profesör Doktor, Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova, İzmir,
Türkiye.

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Sinem GEÇİT

E-mail: sinemgecit@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

İzolasyon; izolasyon önlemleri;
hekim, hemşire.

Key Words:

Isolation; isolation precautions;
physician, nurse.

Hemşire ve Hekimlerin İzolasyon Önlemlerine Uyum

Compliance of Nursing and Physicians to Isolation Precautions

Çalışma, 10. Uluslararası Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 29 Kasım-3 Aralık 2017, Antalya, Türkiye’de poster sunum olarak sunulmuştur.

Gönderilme Tarihi: 19 Nisan 2020

Kabul Tarihi: 9 Kasım 2020

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hemşire ve hekimlerin izolasyon önlemlerine uyumunu belirlemek amacı ile yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın örneklemini Bursa’da bir eğitim ve araştırma hastanesinde 01.04-30.06.2014 tarihleri arasında Genel Cerrahi, Enfeksiyon Hastalıkları, İç Hastalıkları, Çocuk Cerrahi ve Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniklerinde çalışan 99 hekim ve hemşireden araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 25 hekim ve 41 hemşire oluşturdu. Araştırma verileri, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan ‘Anket Formu’ ve ‘İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği (İÖÜÖ)’ kullanılarak toplandı. Veriler, sayı-yüzde analizi, ortalama, standart sapma, student-t testi ve ANOVA testi ile analiz edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin yaş ortalamalarının 33.8+7.8 yıl ve %62.1’inin kadın olduğu, hemşirelerin %27.3’ünün lisans mezunu olduğu saptandı. Hekim ve hemşirelerin toplam çalışma yıl ortalamaları 10.46+7.38 yıl ve kurumda çalışma yıl ortalamaları 4.47+3.01 yıl olarak saptandı. Hemşirelerin İÖÜÖ puan ortalaması 74.84+8.80, hekimlerde ise 74.22+14.96 olarak saptandı. İÖÜÖ toplam puanları ile cinsiyet, öğrenim durumu, yaş, meslek, mesleği severek yapma, çalışma koşullarından memnun olma, mesleki gelişimini yeterli bulma, meslek ile ilgili bir derneğe üye olma, izolasyon önlemleri konusunda eğitim alma ve çalışılan klinik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05).

Sonuç: Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının iyi olduğu, sürekli hizmet içi eğitimlerle izolasyon önlemlerine uyumun desteklenmesinin hasta bakım kalitesini arttıracığı düşünülmektedir.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to examine the compliance with isolation precautions of nurses and physicians.

Methods: The sample of the descriptive study consisted of 25 physicians and 41 nurses who were voluntarily accepted from 99 physicians and nurses working in General Surgery Clinic, Infectious Diseases Clinic, Internal Diseases, Pediatric Surgery Clinic and Pediatric Infectious Diseases Clinic between April and June 2014 in a training and research hospital in Bursa. Data were collected using the ‘Questionnaire Form’ prepared by the researchers in accordance with the literature and ‘The Isolation Precautions Compliance Scale (IPCS)’. Data were analyzed by number-percentage analysis, mean, standard deviation, student-t test and ANOVA test.

Results: The mean age of the physicians and nurses was 33.8+7.8 years and 62.1% of them were women, 27.3% of the nurses were undergraduate graduates. The mean working year of the physicians and nurses was 10.46+7.38 and the mean working year in the institution was 4.47+3.01. The average score of the nurses’ IPCS is 74.84+8.80 and physicians’ IPCS is 74.22+14.96. There was no statistically significant difference between the total scores of IPCS and gender, educational level, age, occupation, job satisfaction, working conditions, finding professional development sufficient, being a member of an association related to the profession, training on isolation precautions and clinical practice (p> 0.05).

Conclusion: It is believed that the physicians and nurses participating in the research are in good compliance with isolation precautions, and supporting compliance with isolation precautions through continuous in-service trainings will increase patient care quality.

Kaynak Gösterimi: Geçit ve Özbayır (2020). Hemşire ve Hekimlerin İzolasyon Önlemlerine Uyum. EGEHFD, 2020, 36 (3): 163-174.

How to cite: Geçit ve Özbayır (2020). Compliance of Nursing and Physicians to Isolation Precautions. EGEHFD, 2020, 36 (3): 163-174.

GİRİŞ

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar dünya çapında hasta güvenliğini etkileyen, morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir sağlık problemidir ([Arli ve Bakan, 2017](#); [Dünya Sağlık Örgütü, 2016](#); [Karahan, Taşdemir ve Çelik, 2019](#); [Sharma ve diğerleri, 2020](#)). Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) 2016 yılı verilerine göre gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen enfeksiyonlar arasındadır ve cerrahi girişim geçiren hastaların üçte birinde görülmektedir ([Dünya Sağlık Örgütü, 2016](#); [Sharma ve diğerleri, 2020](#)). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye'deki sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon oranını %12.5 olarak belirtilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2011). Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar sonucunda hastaların fonksiyonlarında bozulma, duygusal stres, yaşam kalitesinde azalma ve ölüm görülebilmekte, hastanede yatış süresi uzamakta ve hastalık giderlerinin artmasına neden olmaktadır (Arli ve Bakan, 2017; Dünya Sağlık Örgütü, 2016; Dünya Sağlık Örgütü, 2011; Karahan ve diğerleri, 2019; Sharma ve diğerleri, 2020). Bunun sonucunda hasta güvenliğinin sağlanmasında enfeksiyon gelişiminin önlenmesi ve kontrolü giderek önem kazanmaya başlamıştır ([Özden ve Özveren, 2016](#)).

İzolasyon, enfeksiyon kontrolündeki en önemli konulardan biridir. İzolasyon, koruyucu bir önlemdir ve enfekte hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık bakım profesyonellerine antibiyotiğe dirençli mikroorganizmalar dahil organizmaların bulaşmasını engeller ([Sarvan, 2010](#); [Usluer, 2013](#)). İzolasyon önlemlerinin hastanede bulunan tüm hastalara doğru bir şekilde uygulanması sonucu hastanelerdeki enfeksiyon kontrolü başarılı bir şekilde sağlanmaktadır ([Usluer ve diğerleri, 2006](#); [Zencir, Bayraktar ve Khorshid, 2013](#)).

İzolasyon önlemleri, hastanede bulunan tüm hastaları kapsayan standart önlemler ve özgül hasta gruplarını kapsayan önlemler olmak üzere iki şekilde sağlanmaktadır (Usluer, 2013; Usluer ve diğerleri, 2006; Yılmaz, 2008). Standart önlemler, kan ve vücut sıvılarıyla bulaşabilecek etkenlere yönelik önlemleri kapsar ve hastanın tanısına, enfeksiyon olup olmadığına bakılmaksızın, hastanede bulunan tüm hastalara uygulanması gereken önlemlerdir ([Siegel, Rhinehart, Jackson ve Chiarello, 2019](#); [Usluer ve diğerleri, 2006](#)). Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi'nin (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) 2019 yılında güncellediği 'İzolasyon Önlemleri' kılavuzunda belirtilen standart önlemler incelendiğinde, en önemli standart önlem, ter dışında her tür kan, vücut sıvı ve sekresyonu ile temas sırasında steril olmayan eldiven giyilmesi ve temas sonrasında eldivenlerin çıkarılarak el hijyeninin sağlanmasıdır ([Sharma ve diğerleri, 2020](#); [Siegel ve diğerleri, 2019](#)). Eğer kan ve diğer vücut sıvılarının sağlık personelinin giysileri veya çıplak cildi ile temas etme ihtimali varsa, eldivene ek olarak önlük kullanılması, kan ve diğer vücut sıvılarının çevreye sıçrama ihtimali varsa, cerrahi maske ve gözlük veya siperli maske kullanılması önerilmektedir (Sharma ve diğerleri, 2020; Siegel ve diğerleri, 2019). Bir diğer önemli standart önlem ise, kirli alandan temiz alana ve hastadan hastaya geçişte eldivenlerin değiştirilerek el hijyeninin sağlanmasıdır (Siegel ve diğerleri, 2019). Standart önlemler, çapraz bulaşmaya karşı korumada en temel önemlilerdendir (Arli ve Bakan, 2017; Moriceau ve diğerleri, 2016). Bulaşma yoluna yönelik önlemler, tanımlanmış veya şüphe edilen, epidemiyolojik olarak önemli, enfekte veya kolonize hastalara, standart önlemlere ek olarak uygulanan önlemlerdir (Usluer, 2013; Usluer ve diğerleri, 2006; Yılmaz, 2008). Bulaşma yoluna yönelik önlemler; hava yolu (solunum) önlemleri, damlacık önlemleri ve temas önlemleri olmak üzere üç grupta incelenmektedir (Usluer, 2013; Usluer ve diğerleri, 2006; Sarvan, 2010). Moriceau ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hekimlerin izolasyon önlemleri arasında solunum ve damlacık önlemlerine uyumlarının az olduğu ve bilgi eksikliği olduğu, Stein ve arkadaşlarının çalışmasında hekim ve hemşirelerin el yıkama ve eldiven giyme gibi standart önlemlere uyum sağladığı, Askarian ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin standart önlemlere uyumunun zayıf olduğu, Askarian ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir diğer çalışmada da tıp fakültesi öğrencilerinin temas izolasyonuna uyumlarının çok zayıf olduğu, Suliman ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin standart izolasyon önlemlerine uyumunun orta düzeyde olduğu, Özden ve Özveren'in hemşireler ile yaptığı çalışmada ise hemşirelerin el yıkama ve eldiven kullanımı gibi standart önlemlere uyumunun iyi düzeyde olduğu saptanmıştır ([Askarian, Honaryar, Tabatabae ve Assadian, 2004](#); [Askarian, McLaws ve Meylan, 2007](#); [Moriceau ve diğerleri, 2016](#); [Stein, Makarawo ve Ahmad, 2003](#); [Suliman, Aloush, Aljezawi ve AlBasthawy, 2018](#)).

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların bulaşmasını önlemek için sağlık çalışanları tarafından izolasyon önlemlerine uyulmalı ve enfeksiyon kontrol önlemleri uygulanmalıdır (Arli ve Bakan, 2017; Usluer, 2013). Sağlık çalışanlarının izolasyon önlemlerine uyumu, çalışanların ve hastaların sağlıklarının korunmasını ve yaptıkları işin kalitesini etkilemektedir (Arli ve Bakan, 2017). Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için sağlık çalışanlarına yönelik izolasyon önlemleri konusunda eğitim programlarının uygulanmasını, bilgi ve uygulamaların değerlendirilmesini önermektedir (Siegel ve diğerleri, 2019; Usluer, 2013). İzolasyon önlemlerine uyumun

artması, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların azalmasına katkıda bulunmaktadır (Arli ve Bakan, 2017). Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonları önleme ve yönetme konusunda gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olmasının önemi, değerlendirilmesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya genelinde hekim ve hemşirelerin izolasyon hakkındaki bilgi ve tutumları ile standart izolasyon önlemleri uygulamalarını ölçen çalışmalara rastlanmaktadır (Askarian ve diğerleri, 2007; Furuno, Krein, Lansing ve Mody, 2012; Moriceau ve diğerleri, 2016; Paudyal, Simkhada ve Bruce, 2008; Stein ve diğerleri, 2003; Suliman ve diğerleri, 2018;). Yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının izolasyon önlemlerine uyumlarında farklı sonuçlar ortaya çıktığı görülmektedir. Bu çalışmaların ana önerileri, eğitim müfredatlarında enfeksiyon kontrolüne odaklanmak, hastanelerde sürekli eğitim programları ile izolasyon önlemleri konusunda bilgi güncellemeleri sağlamak, standartların ve izolasyon önlemlerinin daha fazla izlenerek ve denetlenerek kontrol altına alınmasıdır. Ancak, ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, çoğunlukla hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunun incelendiği (Arli ve Bakan, 2017; Erden, Kahraman ve Bulut, 2015; İsmailoğlu, Zaybak ve Babadağ, 2014; Karahan ve diğerleri, 2019; Şatır ve diğerleri, 2019, Zencir ve diğerleri, 2013;), hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunun birlikte değerlendirildiği çalışmaların çok sınırlı olduğu görülmektedir (Erden ve diğerleri, 2015). Hasta ile en fazla temasta bulunan sağlık çalışanları hekim ve hemşirelerdir. Bu bağlamda, bu araştırma, bir üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evrenini, Bursa'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde Nisan-Haziran 2014 tarihleri arasında sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon oranlarını etkileyen cerrahi işlemler nedeni ile yatan hasta sayısı en fazla olan Genel Cerrahi Kliniği, İç Hastalıkları Kliniği ve Çocuk Cerrahi Kliniği ile izole hasta sayısı en fazla olan Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği ve Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniklerinde çalışan 48 hekim ve 51 hemşire olmak üzere toplam 99 kişi oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 25 hekim ve 41 hemşire olmak üzere toplam 66 kişi oluşturdu.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen 'Anket Formu' ve 'İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği' (İÖÜÖ) ile toplandı. Anket formunda yaş, cinsiyet, öğrenim durumu gibi çalışanların sosyo-demografik özellikleri ile birlikte, toplam çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, görevi, mesleğine dair düşünceleri, izolasyon yöntemi uygulamaya dair bilgiler ile alınan eğitimleri ve izolasyon önlemlerine uyumu etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. 'Anket Formu' oluşturulduktan sonra 2 Enfeksiyon Hekimi, 3 Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, 2 klinik ve klinik sorumlu hemşiresi ile 2 öğretim üyesinden uzman görüşü alınarak düzenlendi. İÖÜÖ, Tayran ve Ulupınar tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir ve hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunu ölçmeyi amaçlamaktadır (Tayran ve Ulupınar, 2011). Ölçek, 18 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte, kesinlikle katılıyorum 1, katılmıyorum 2, fikrim yok 3, katılıyorum 4 ve kesinlikle katılıyorum 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki olumsuz ifadeleri içeren maddeler (1, 8, 11, 13, 18. maddeler) 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 18, en yüksek 90 puan alınmaktadır. Alınan puan arttıkça izolasyon önlemlerine uyum da artmaktadır. Ölçekte bulaşma yolu (3, 8, 9, 10, 11. maddeler), çalışan-hasta güvenliği (2, 5, 12, 14, 16, 17. maddeler), çevre kontrolü (1, 13, 15, 18. maddeler) ve el yıkama ve eldiven kullanımı (4., 6., 7. maddeler) olmak üzere dört alt boyut bulunmaktadır. Ancak, ölçeği geliştiren Tayran ve Ulupınar, hemşire ve hekimlerin izolasyon önlemlerine uyumu konusunda yapılacak çalışmalarda ölçeğin tek boyutlu şekliyle değerlendirilmesini önermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.85 olarak belirtilmektedir (Tayran ve Ulupınar, 2011). Bu çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak saptandı.

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelere araştırma öncesinde araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak yazılı izinleri alındı ve yüz yüze görüşme tekniği ile veriler toplandı.

Etik

Araştırmaya başlamadan önce ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Tayran ve Ulupınar'dan ölçeğin kullanımına ilişkin yazılı izin alındı. Uygulamaya başlamadan önce bir üniversitenin hemşirelik fakültesinin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'dan (No:1164) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan (Sayı:154) yazılı izin, çalışmaya katılan gönüllülerden ise sözlü ve yazılı izin alındı. Araştırma, Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yürütülmüştür.

İstatistiksel Analiz

Veriler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22 programı kullanılarak analiz edildi. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin analizinde sayı ve yüzdelik dağılımlar, İÖÜÖ toplam puan ortalamalarının belirlenmesinde ise ortalama ve standart sapma kullanıldı. Grup içi dağılımların normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile sınıandı. Sosyo-demografik özelliklere göre oluşturulan gruplar (cinsiyet, medeni durum vb.) arası karşılaştırmalar, normal dağılımlar için student-t testi ve ANOVA testi kullanılarak yapıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin bulguları incelendiğinde, yaş ortalamalarının 30.6 ± 5.4 yıl, %82.9'unun kadın ve %43.9'unun lisans mezunu olduğu saptandı. Hekimlerin bulguları incelendiğinde ise, %72'sinin erkek ve yaş ortalamalarının 38.84 ± 8.63 yıl olduğu saptandı. Hemşirelerin toplam çalışma yıl ortalamaları 8.28 ± 5.27 yıl ve kurumda çalışma yıl ortalamaları 4.43 ± 2.66 yıl olarak saptandı. Hekimlerin toplam çalışma yıl ortalamaları ise 14.04 ± 8.93 yıl ve kurumda çalışma yıl ortalamaları 4.56 ± 3.54 yıl olarak saptandı. Çalışılan klinikler incelendiğinde, hemşirelerin %51.2'sinin Genel Cerrahi Kliniği'nde ve hekimlerin %36'sının Genel Cerrahi Kliniği ile %36'sının Dahiliye Kliniği'nde çalıştıkları görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Hekim		Hemşire	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yaş				
22-30 yaş	5	20	22	53.7
31-40 yaş	10	40	18	43.9
41-50 yaş	9	36	1	2.4
51-60 yaş	1	4	0	0
Cinsiyet				
Kadın	7	28	34	82.9
Erkek	18	72	7	17.1
Meslek gurubu ve görevi				
Hemşire			38	57.6
Yönetici Hemşire			3	4.5
Asistan Hekim	7	10.6		
Uzman Hekim	18	27.3		
Görevde çalışma süresi				
1-5 yıl			16	39
6-10 yıl			2	29.3
11-15 yıl			8	19.5
16-20 yıl			5	12.2
21-25 yıl	3	4.5		
26-30 yıl	2	3.1		

Çalışılan Klinik				
Genel Cerrahi Kliniği	9	36	21	51.2
Enfeksiyon Kliniği	4	16	8	19.5
Dahiliye Kliniği	9	36	5	12.2
Çocuk Cerrahi Kliniği	2	8	6	14.6
Çocuk Enfeksiyon Kliniği	1	4	1	2.4
TOPLAM	25	100	41	100

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin mesleki ve izolasyon önlemleri ile ilgili görüşleri incelendiğinde; hekim ve hemşirelerin %72.7'sinin mesleğini severek yaptığı, %78.8'inin çalışma koşullarından memnun olmadığı, %63.6'sının mesleki gelişimini yeterli bulduğu, %54.5'inin birimine ait enfeksiyon hızını bilmediği saptandı. Hekim ve hemşirelerin %95.5'inin izolasyon yöntemlerinden en az birini uyguladığı, izolasyon yöntemlerinden en fazla (%90.9) temas izolasyonunun uygulandığı, %66.7'sinin hastalara izolasyon odası ayırabildiği ve izolasyon uygulamalarında Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi'ne başvurduğu, %77.3'ünün izolasyon önlemleri konusunda kurumda hizmet içi eğitimlerde eğitim aldığı saptandı. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin en fazla sırası ile hastanın izolasyon önlemlerine uyumsuzluğu, hekimin izolasyon önlemlerine uyumsuzluğu ve ortak kullanım malzemelerinin ayrılması konusunda sıkıntı yaşadığı saptandı. Hekim ve hemşirelerin en az ise sırası ile el ovalama, doğru eldiven kullanımı ve hemşirenin izolasyon önlemlerine uyumsuzluğu konusunda sıkıntı yaşadığı saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Hekim ve Hemşirelerin Mesleki ve İzolasyon Önlemleri Hakkında Bilgi ve Görüşleri

Tanıttıcı Özellikler	Hekim		Hemşire	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Birime ait enfeksiyon hızını bilme				
Evet	13	52	17	41.5
Hayır	12	48	24	58.5
İzolasyon uygulanan hasta				
Evet	24	96	39	95.1
Hayır	1	4	2	4.9
Uygulanan izolasyon türü				
Temas İzolasyonu	22	88	38	92.7
Solunum İzolasyonu	11	44	21	51.2
Damlacık İzolasyonu	7	28	15	36.6
İzolasyon odası ayırabilme				
Evet	19	76	25	61
Bazen	5	20	15	36.6
Hayır	1	4	1	2.4
İzolasyon önlemlerini uygulamada yaşanan sıkıntılar				
Hiç sıkıntı yaşamıyorum	12	48	9	32
Hijyenik el yıkama	2	8	4	9.8

El ovalama	0	0	4	9.8
Doğru eldiven kullanımı	3	12	1	2.4
Önlük kullanma	3	12	2	4.9
Koruyucu gözlük ve maske kullanma	3	12	3	7.3
Ortak kullanım malzemelerinin ayrılması	6	24	11	26.8
Sterilizasyon-dezenfeksiyonun sağlanması	0	0	5	12.2
İzolasyon odasının çevre/yüzey temizliğinin sağlanması	2	8	4	9.8
İzole hastanın transportunun sağlanması	6	24	10	24.4
İzolasyon uygulanacak hastanın servise/birime kabulü	3	12	6	14.6
Hekimin izolasyon önlemlerine uyumsuzluğu	4	16	21	51.2
Hemşirenin izolasyon önlemlerine uyumsuzluğu	4	16	0	0
Hastanın izolasyon önlemlerine uyumsuzluğu	8	32	21	51.2
Kurumsal standartların/talimatların yetersiz olması	4	16	6	14.6
Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi üyeleri ile yeterli iletişimin kurulamaması	2	8	5	12.2
Vardiya sistemi ile çalışma	1	4	5	12.2
Malzeme eksikliği	6	24	9	22

* Katılımcılar birden çok seçenek işaretlemiştir.

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunu en fazla olumlu etkileyen faktörlerin sırası ile ödüllendirme, hasta/yakınının enfeksiyonu kabullenmesi ve Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin sık sık denetim yapması olarak saptandı. En az olumlu etkileyen faktörler ise cezalandırma, hasta/hasta yakını tarafından uyarılma ve kamera ile izlenme olarak saptandı.

Katılımcıların izolasyon önlemlerine uyumu incelendiğinde; İÖÜÖ puan ortalaması hemşirelerde 74.84+8.80 ve hekimlerde 74.22+14.96 olarak saptandı. Hemşirelerin İÖÜÖ toplam puanları ile yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, mesleği severek yapma, mesleki gelişimini yeterli bulma, meslek ile ilgili bir derneğe üye olma, görevde çalışma süresi ve çalışılan klinik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Hemşirelerin İÖÜÖ toplam puanları ile çalışma koşullarından memnun olma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$). Hekimlerin İÖÜÖ toplam puanları ile yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, mesleği severek yapma, mesleki gelişimini yeterli bulma, meslek ile ilgili bir derneğe üye olma, çalışma koşullarından memnun olma, görevde çalışma süresi ve çalışılan klinik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hekim ve Hemşirelerin İÖÜÖ Puan Ortalaması Dağılımları

Özellik	Hekim		Hemşire	
	Ölçek Toplam	p ve F değeri	Ölçek Toplam	p ve F değeri
Yaş				
22-30 yaş	70.4±6.68		74.5±9.79	
31-40 yaş	78.3±8.17	F=0.852	75.5±7.58	F=0.371
41-50 yaş	70.44±18.39	p=0.481	82.6±0	p=0.693
51-60 yaş	66±0			
Cinsiyet				
Kadın	70.85±19.06	p=0.31	76.02±8.8	p=0.315
Erkek	74.38±9.73		70.71±7.36	

Meslek gurubu ve görevi				
Hemşire			74.84±8.80	
Yönetici Hemşire			78.66±8.32	F=0.323
Asistan Hekim	71.28±4.88	p=0.312		p=0.573
Uzman Hekim	74.22±14.69			
Görevde çalışma süresi				
1-5 yıl	63.66±17.25		72.81±10.14	
6-10 yıl	69.66±2.88		77.08±6.93	
11-15 yıl	83.6±6.87	F=2.350	75.75±9.01	F=0.632
16-20 yıl	78.16±10.2	p=0.083	76.8±8.07	p=0.599
21-25 yıl	68.33±6.42			
26-30 yıl	86±0			
Çalışılan Klinik				
Genel Cerrahi Kliniği	73.55±7.58		74.52±8.53	
Enfeksiyon Kliniği	72.75±28.53	F=0.497	79.87±9.1	F=0.779
Dahiliye Kliniği	71±8.24	p=0.738	75.80±8.1	p=0.543
Çocuk Cerrahi Kliniği	76.5±7.77		70.33±9.2	
Çocuk Enfeksiyon Kliniği	90±0		75	
Öğrenim durumu				
Lise			70.54±8.21	
Ön Lisans			80.11±4.42	F=1.92
Lisans			76.16±9.73	p=0.128
Lisansüstü			70±8.48	
Tıpta Uzmanlık	73.34±12.42			
Mesleği severek yapma				
Evet	74.35±14.21	p=0.406	76.29±8.62	p=0.806
Hayır	71.37±9.07		71.5±8.47	
Çalışma koşullarından memnun olma				
Evet	71.75±19.37	p=0.084	79.33±4.96	p=0.021
Hayır	74.17±8.64		74.4±9.07	
Mesleki gelişimini yeterli bulma				
Evet	72.87±14.71	p=0.444	75.42±8.3	p=0.391
Hayır	74.33±8.63		74.6±9.61	
Mesleki derneğe üye olma				
Evet	74±15.89	p=0.444	75.45±8.56	p=0.510
Hayır	72.63±7.48		74.73±9.13	

TARTIŞMA

Sağlık hizmet kalitesinin güvenli ve kaliteli bir şekilde sunulmasında enfeksiyon oranları önemli bir göstergedir. Hastanın bakımından ve tedavisinden sorumlu hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunun artması, hastaların morbidite ve mortalite oranlarını azaltan önemli bir mesleki sorumluluktur (Arlı ve Bakan, 2017). Ayrıca, sağlık çalışanları tarafından izolasyon önlemlerinin doğru bir şekilde uygulanması ile sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların yaklaşık %30 oranında azaltılabileceği belirtilmektedir (Arlı ve Bakan, 2017; Dünya Sağlık Örgütü, 2007). Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin İÖÜÖ puan ortalamaları 74.46+10.34 (min.30-maks.90), hekimlerin İÖÜÖ puan ortalamalarının 74.22+14.69 (min.30-maks.88), hemşirelerin İÖÜÖ puan ortalamalarının ise 74.84+8.80 (min.32-maks.90) olarak saptandı. Elde edilen puan ortalaması sonucunda, hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunun iyi olduğu görülmektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, Moriceau ve arkadaşlarının (2016) Fransa’da yaptığı çalışmada, hekimlerin izolasyon önlemleri uyumunda yetersiz olduğu, Suliman ve arkadaşlarının Ürdün’de yaptığı çalışmada da (2018) hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunun zayıf düzeyde olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının orta ve iyi düzeyde değiştiği görülmektedir (Arlı ve Bakan, 2017; Karahan ve diğerleri, 2019; Özden ve Özveren, 2016; Zencir ve diğerleri, 2013; Erden ve diğerleri, 2015). Erden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2015) İÖÜÖ puan ortalamasının 76.4+6.75 puan olup iyi düzeyde olduğu, Özden ve Özveren’in (2016) çalışmasında İÖÜÖ puan ortalamasının 66.75+11.80 puan olup orta düzeyde olduğu, Arlı ve Bakan’ın (2017) çalışmasında İÖÜÖ puan ortalamasının 76.55+8.48 puan olup iyi düzeyde olduğu, Karahan ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında İÖÜÖ puan ortalamasının 70.87+10.01 puan olup iyi düzeyde olduğu ve Zencir ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ise İÖÜÖ puan ortalaması 78.12+9.97 puan olup iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların sıklığı ve oranı ülkelere göre, aynı ülkenin farklı hastanelerine göre, hatta aynı hastanenin farklı kliniklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hastanelerin yetersizlikleri, sağlık çalışanlarının eksikliği ve eğitim eksikliği gibi nedenler bu oranları etkilemektedir. Yurt dışında ve ülkemizde yapılan çalışmalarda izolasyon önlemlerine uyumda farklılıkların olmasında ülkelerin gelişmişlik düzeyi, sağlık ve eğitim politikaları, çalışma koşulları gibi örgütsel faktörler ile sağlık çalışanlarının eğitim ve öğretim düzeyi, bilgi birikimi ve geçmiş deneyimleri gibi bireysel faktörlerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kurum politikaları tarafından hizmet içi eğitimlerle bilgi güncellemelerinin yapılması ve uygun çalışma koşullarının devamlılığının sağlanması ile hekim ve hemşirelerde izolasyon önlemlerine uyumunun artması beklenmektedir.

İzolasyon önlemleri uyumları ile meslek grupları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı, hekim ve hemşirelerin benzer ortalamalara sahip olduğu saptandı. Erden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da meslek grupları ile izolasyon önlemlerine uyum arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirtilmektedir ([Erden ve diğerleri, 2015](#)). Literatür incelendiğinde, her iki meslek grubunun değerlendirildiği çok az çalışmaya rastlanmıştır (Erden ve diğerleri, 2015). Bu bağlamda, çalışmadan elde edilen izolasyon önlemlerine uyumun literatür ile uyumlu olduğu, hekim ve hemşirelerin benzer oranlarda uyum sağladığı saptandı. İzolasyon önlemlerine uyulması ve uyumun artması ile sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi, sağlık çalışanlarının uzman bilgi sahibi olmaları ve güncel literatürü takip edip bilgi sahibi olmaları ile gerçekleşebilmektedir. Bu durumun da ancak sağlık bakımında alanında uzman olan ve hasta bakımında en fazla sorumlu olan hekim ve hemşireler ile gerçekleşebileceği düşünülmektedir.

Hekim ve hemşirelerin öğrenim durumları ile İÖÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Moriceau ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, hekimlerin izolasyon önlemleri uyumu ile öğrenim düzeyi arasında fark olmadığı, Suliman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (2018) hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu ile öğrenim durumu arasında fark olmadığı belirtilmektedir. Çalışılan klinik ve mesleği severek yapma durumu ile hekim ve hemşirelerin İÖÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Zencir ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada da İÖÜÖ puan ortalamaları ve çalışılan klinik ile mesleği severek yapma arasında fark olmadığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra Arlı ve Bakan’ın 2017 yılında yaptığı çalışmasında ise İÖÜÖ puan ortalaması ile çalışılan klinik arasında anlamlı fark olduğu belirtilmektedir. Mesleği severek yapmanın mesleki uyumu arttırdığı düşünülmeye karşın, izolasyon önlemlerine uyumu etkilemediği görülmektedir. İzolasyon önlemlerine uyumun önemli bir korunma yöntemi olduğu, mesleği severek yapmanın dışında hasta ve çalışan güvenliği açısından önemli olduğu için hekim ve hemşireler tarafından dikkatle uygulandığı düşünülmektedir. Örgütsel, bireysel ve hasta ile ilgili faktörler sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon oranlarını etkileyen faktörler arasındadır. Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde izolasyon önlemlerine uyulması en önemli konular arasındadır. Aynı kurumda aynı örgütsel

politikalar çerçevesinde çalışma koşulları sağlanmış olmasına karşın, cerrahi kliniklerde sirkülasyonun fazla olması ve cerrahi işlem gibi ek işlemlerin hastalarda ki enfeksiyon oranlarını etkilemesi, çalışanların bireysel faktörlerindeki farklılıklar (bireysel motivasyon, eğitim) ve hastalardan kaynaklanan farklılıklar (hastanın önlemlere uyması) nedeni ile aynı kurumdaki farklı kliniklerde de izolasyon önlemlerine uyumun farklı olacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların yaş ortalamaları ile hekim ve hemşirelerin İÖÜÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Zhou ve arkadaşları (2014), Arlı ve Bakan (2017), Erden ve arkadaşları (2015) ile Karahan ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da benzer şekilde yaş ortalamaları ile İÖÜÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı belirtilmektedir. Zencir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2013) ise İÖÜÖ puan ortalamaları ve yaş arasında fark olduğu, yaş arttıkça İÖÜÖ puan ortalamasının attığı belirtilmektedir. Çalışma yılı ile İÖÜÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Arlı ve Bakan'ın (2017) çalışması ile Karahan ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da İÖÜÖ puan ortalaması ile çalışma yılı arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmektedir. Zencir ve arkadaşları (2013), Erden ve arkadaşları (2015) ile Özden ve Özveren'in (2016) yaptıkları çalışmalarda ise çalışma yılı arttıkça İÖÜÖ puan ortalamalarının arttığı belirtilmektedir. Yaş ile birlikte mesleki deneyimin arttığını veya etkilenmediğini gösteren farklı çalışmalar olmakla birlikte, bu çalışmada yaşın artmasının izolasyon önlemlerine uyumu etkilemediği saptandı. Bununla birlikte, çalışma yılının artması ile birlikte hekim ve hemşirelerin mesleki deneyimlerinin arttığı düşünülmektedir. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi, hekim ve hemşirelerin deneyiminin artmasının bağlılığı ve uyumu olumsuz etkilediğini ve uyum ve bağlılığı arttırmak için de hizmet içi eğitimlerin devamlılığının sağlanması, çalışanların ve çalışma ortamlarının çok yönlü olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Siegel ve diğerleri, 2019). Bu bağlamda, mesleki deneyimin artması ile bağlılık ve uyumun neden azaldığının değerlendirilmesi gerektiği önemli bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Kurumların politika önerilerine, sağlık çalışanlarının bağlılık ve uyumunun artmasına yönelik düzenlemeler yapması gerektiği, bu düzenlemelerin sürekli olarak değerlendirilmesi ve artan deneyim, bağlılık ve uyum ile izolasyon önlemlerine uyumun değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Çalışmada, hekim ve hemşirelerin cinsiyetleri ile İÖÜÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptandı. Karahan ve arkadaşları (2019) ile Erden ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında da benzer şekilde cinsiyet ile İÖÜÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmektedir. Bu çalışmanın aksine, Arlı ve Bakan (2017) ile Zencir ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise cinsiyet ile İÖÜÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirtilmektedir. Cinsiyet ile izolasyon önlemlerine uyumun farklılık gösterdiği çalışmalarda da kadınların uyumunun daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Kadınların erkeklere göre izolasyon önlemlerinin daha iyi olduğu görüşünün daha fazla çalışma ile değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

SONUÇ

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda, hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının iyi olduğu, hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumları ile çalışma koşullarından memnun olma arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Sürekli hizmet içi eğitimlerle izolasyon önlemlerine uyumun desteklenmesinin hasta bakım kalitesini arttıracığı, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon oranlarını azaltacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, her kurumun izolasyon önlemlerine uyumunu değerlendirmesi, değerlendirmeler sonucunda ortaya çıkan eksiklikler ve yaşadıkları sıkıntılar doğrultusunda eksikliklerini gidermesi ve önlemler alması önerilmektedir. Eksikliklerin giderilmesi için hizmet içi eğitimlerle bilgi güncellemeleri yapılmalı ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının kalitesi artırılmalıdır. Çalışma koşullarının kalitesinin artması ile hekim ve hemşirelerin bakım kalitesi de artacak, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon oranları azalacaktır. Çalışmanın, pandemi gibi büyük bir salgının etkisi altında kaldıklarında hekim ve hemşirelerin bu süreçteki rolü, pandemide sağlık çalışanlarının hastalanma oranları, nedenleri, izolasyon önlemlerine uyulma ve uyulmama durumları ve nedenlerinin araştırılmasında ya da tartışılmasında kaynak olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın sınırlılıklarından biri, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon oranlarını etkileyen cerrahi işlemler nedeni ile yatan hasta sayısı en fazla olan ve izole hasta sayısı en fazla olan kliniklerde çalışan hekim ve hemşireler ile yapılmasıdır. Araştırmanın evreninin tamamının çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle örneklemin azalması ise araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır. Daha geniş örneklem ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Araştırmada çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve teknik yardım bulunmamaktadır.

Yazar Katkı Payları: Yazarlar, çalışmanın planlanması, literatür taraması, etik kurul başvurusu, verilerin toplanması, analizi ve yorumlanması ile çalışmanın rapor haline getirilmesinde eşit düzeyde katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Arli, S.K., Bakan, A.B. (2017). Nurses' compliance with isolation precautions and the affecting factors. *Applied Nursing Research*, 38, 175-178.
- Askarian, M., Honarvar, B., Tabatabaee, H.R., Assadian, O. (2004). Knowledge, practice and attitude towards standard isolation precautions in Iranian medical students. *Journal of Hospital Infection*, 58, 292-296.
- Askarian, M., McLaws, M.L., Meylan, M. (2007). Knowledge, attitude, and practices related to standart precautions of surgeons and physicians in university-affiliated hospitals of Shiraz, Iran. *International Journal of Infectious Disease*, 11, 213-219.
- Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO). (2016). Global guidelines fort he prevention of surgical site infection. Geneva, Switzerland. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250680/9789241549882-eng.pdf?sequence=8>
- Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO). (2007). Practical guidelines for infection control in healthcare facilities WPRO regional publication, Manila. Erişim adresi: http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical_guidelines_infection_control.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO). (2011). The burden of health care-associated infection worldwide. Erişim adresi: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/.
- Erden, S., Kahraman, B.B., Bulut, H. (2015). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 388-398.
- Furuno, J.P., Krein, S., Lansing, B., Mody, L. (2012). Health care worker opinions on use of isolation precautions in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*, 40, 263-266.
- İsmailoğlu, E.G., Zaybak, A., Babadağ, K. (2014). Examination of nurses' compliance with isolation precautions in Turkey. *Pensee Journal*, 76(11), 63-73.
- Karahan, E., Taşdemir, N., Çelik, S. (2019). Factors influencing compliance with isolation precautions among nurses who work in Turkish surgical clinics. *Int J Med Invest*, 8(2), 31-39.
- Moriceau, G., Gagneux Brunon, A., Gagnaire, J., Mariat, C., Lucht, F., Berthelot, P., Botelho-Nevers, E. (2016). Preventing healthcare-associated infections: Residents and attending physicians need better training in advanced isolation precautions. *Medecine et Maladies Infectieuses*, 46, 14-19.
- Özden, D., Özveren, H. (2016). Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunda mesleki ve kurumsal faktörlerin belirlenmesi. *JAREN*, 2(1), 24-32.
- Paudyal, P., Simkhada, P., Bruce, J. (2008). Infection control knowledge, attitude, and practice among Nepalese health care workers. *AJIC*, 36(8), 595-597.
- Sarvan, S. (2010). Asepsi. Ünlversal Önlemler ve İzolasyon Uygulamaları. N. Sabuncu, F. Akça Ay (Eds). *Klinik beceriler-sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakımı ve takibi* kitabı içinde (s. 62-90). 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Sharma, A., Pillai, D.R., Lu, M., Doolan, C., Leal, J., Kim, J., Hollis, A. (2020). Impact of isolation precautions on quality of life: A Meta-Analysis. *Journal of Hospital Infection*, 1-32. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.02.004>
- Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. (2019). 2007 Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. *Am J Infect Control*, 35, 65-164.
- Stein, A.D., Makarawo, T.P., Ahmad, M.F.R. (2003). A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *Journal of Hospital Infection*, 54, 68-73.

- Suliman, M., Aloush, S., Aljezawi, M., AlBasthaw, M. (2018). Knowledge and practice of isolation precautions among nurses in Jordan. *American Journal of Infection Control*, 46, 680-684.
- Şatır, D.G., Güneri, S.E., Öztürk, R., Maraş, G.B., Mertoğlu, A., Sevil, Ü. (2019). Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi: İzmir örneği. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 29(3), 218-222.
- Tayran, N., Ulupınar, S. (2011). Bir ölçek geliştirme çalışması: İzolasyon önlemlerine uyum ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *İ.U.F.N. Hem. Derg.*, 19(2), 89-98.
- Usluer, G., Esen, Ş., Dokuzoğuz, B., Ural, O., Akan, H., Arcagök, C., Şahin, H. (2006). İzolasyon önlemleri kılavuzu. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 10(2), 5-28.
- Usluer, G. (2013). İzolasyon Önlemleri. M. Doğanay, S. Ünal, Y. Çetinkaya Şardan (Eds.), *Hastane enfeksiyonları* kitabı içinde (s. 51-70). 1. Baskı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.
- Yılmaz, M. (2008). İzolasyon önlemleri ve çok ilaca dirençli bakteri enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolü. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, 213-219.
- Zencir, G., Bayraktar, D., Khorshid, L. (2013). Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 61-70.
- Zhou, Y., Zhang, D., Chen, Y., Zhou, S., Pan, S., Huang, Y., et al. (2014). Healthcare-associated infections and shanghai clinicians: a multicenter cross-sectional study. *PloS One*. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0105838>

Özgür BAHADIR¹
Orcid: 0000-0002-3502-6994

Meltem KÜRTÜNCÜ²
Orcid: 0000-0003-3061-5236

¹ Öğretim Görevlisi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikleri Bölümü, Anestezi Programı.

² Doç. Dr., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Özgür BAHADIR
E-mail: ozgursinanbahadir@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Ağrı; anksiyete; çocuk; müzik; hemşirelik.

Key Words:

Pain; anxiety; child; music; nursing.

Müzik Terapinin 6-12 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete ve Ağrı Yönetimine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma

The Effect of Music on Anxiety and Pain Management in Turkish School-Aged Children Who Underwent Surgery: A Randomized Controlled Trial

Makale bilim uzmanlığı tez çalışmasından üretilmiştir.

Gönderilme Tarihi: 10 Nisan 2020

Kabul Tarihi: 12 Kasım 2020

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, müzik terapinin cerrahi girişim uygulanan çocuklarda anksiyete ve ameliyat sonrası ağrı yönetimine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma randomize kontrollü deneysel olarak, 1 Ocak-19 Ağustos 2016 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçim kriterlerine uyan hastalardan hangi vakanın hangi grupta yer alacağını belirlemek için 1'den 60'a kadar sayılar sayı tekrarı olmaksızın bilgisayar ortamında bir program aracılığıyla (<https://www.randomizer.org/>) 2 gruba rastgele dağıtıldıktan sonra vaka grubuna 30 ve kontrol grubuna 30 olmak üzere toplam 60 çocuk hasta alınmıştır. Araştırmanın verileri "Tanımlayıcı Bilgi Formu", "Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADI)" ve "Görsel Ağrı Skalası (VAS)" ile toplanmıştır. Vaka grubuna ameliyat günü itibarıyla her ölçek uygulamasından önce 15'er dakika boyunca seçtikleri müzik parçası Mp3 çalar ile dinletilmiştir. Ölçekler araştırmacı tarafından ameliyattan bir gün önce (1.ölçüm), ameliyat günü (2.ölçüm), ameliyattan hemen sonra derlenme odasında (3.ölçüm), servise geldikten 2 saat sonra (4.ölçüm) ve taburcu olmadan 30 dk. önce (5.ölçüm) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov- Smirnov dağılım testi kullanılmıştır.

Bulgular: Ameliyat öncesi her iki grubunda anksiyete düzeyleri belirlenmiş ve sonraki ölçümlerde vaka grubuna müzik dinletme uygulaması uygulanmış ve tekrar ölçümlerle değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan değerlendirmelerde vaka ve kontrol grupları arasında anksiyete, düzeylerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çocukların ölçümler arası VAS ağrı puanında meydana gelen değişim de anlamlı çıkmıştır ($p=0,000$).

Sonuç: Çalışmanın sonuçları doğrultusunda non-farmakolojik yöntemlerden biri olan müziğin; preoperatif anksiyete ve postoperatif ağrıyı azaltmada etkili olduğu görülmektedir. Müziğin hastalarda gevşemeyi sağlaması, hasta bireyin konforunu arttırması, kolay kullanılabilir olması, bakım maliyetinin düşük olması açısından farmakolojik olmayan hemşirelik girişimi olarak hemşirelik uygulamalarına dahil edilmesi önerilmiştir.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the effect of music therapy on anxiety and postoperative pain management in children undergoing surgical intervention.

Methods: The research was conducted in a university hospital between 1 January and 19 August 2016, randomly controlled experimentally. The numbers from 1 to 60 were randomly distributed to 2 groups through a computer program (<https://www.randomizer.org/>) to determine which case would be included in which group from patients who agreed to participate in the study and meet the sample selection criteria. Then, a total of 60 children, 30 in the experimental group and 30 in the control group, were admitted. The data of the study were collected with "Descriptive Information Form", "Anxiety Sensitivity Index for Children (CASI)" and "Visual Pain Scale (VAS)". As of the day of surgery, the music track that they selected was played with Mp3 player for 15 minutes before each scale application. The scales were taken by the researcher one day before the operation (1st measurement), the day of the operation (2nd measurement), in the recovery room (3rd measurement) immediately after the operation, 2 hours after coming to the service (4th measurement) and 30 minutes without discharge (5th measurement) was applied before. In the evaluation of the data; In addition to descriptive statistical methods (Frequency, Percentage, Average, Standard deviation), Kolmogorov - Smirnov distribution test was used to examine the normal distribution.

Results: Before the operation, anxiety levels were determined in both groups, and in the next measurements, music listening application was applied to the experimental group and evaluations were made with repeat measurements. In the evaluations, there was a significant difference in anxiety and levels between the experimental and control groups ($p < 0.05$). The change in the VAS pain score of the children between the measurements was also significant ($p = 0,000$).

Conclusion: The results of the study show that music, which is one of the non-pharmacological methods, is effective in reducing preoperative anxiety and postoperative pain. It has been suggested that music should be included in nursing practice as a non-pharmacological nursing initiative in terms of providing relaxation in patients, increasing comfort of the patient individual, being easy to use and low cost of care.

Kaynak Gösterimi: Bahadır ve Kürtüncü (2020). Müzik Terapinin 6-12 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete ve Ağrı Yönetimine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma . EGEHFD, 2020, 36 (3): 175-188.

How to cite: Bahadır ve Kürtüncü (2020). The Effect of Music on Anxiety and Pain Management in Turkish School-Aged Children Who Underwent Surgery: A Randomized Controlled Trial. EGEHFD, 2020, 36 (3): 175-188.

GİRİŞ

Hasta olmak ya da hastaneye yatmak çocuk ve ailesinin yaşamını birçok yönden etkileyen, kaygı ve endişelerini arttıran bir durumdur. Hastalığın iyileştirilmesi için cerrahi girişim gereken bir durum söz konusu olduğunda, çocuk ve ailesinde psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir ([Cimete, Kuğuoğlu ve Dede Çınar, 2013](#)).

Çocuklar ameliyat öncesi dönemde oldukça stres yaşamaktadır. Vücutta meydana gelen değişimler, doku bütünlüğünün bozulması ve buna bağlı ağrı gelişmesi, ameliyata bağlı huzursuzluk hissi, yalnız kalma, ailesinin olmadığı bir çevre, tanınmadık yüzler, hastane yemekleri ve kıyafetleri, tıbbi terimlerle konuşma çocuklarda kolaylıkla ve aşırı derecede anksiyete yaratabilmektedir ([Chieng, Chan, Liam, Klainin-Yobas, Wang ve Hong-Gu, 2013](#); [Chow, Lieshout, Schmid, Dobson ve Buckley, 2016](#); [Panella, 2016](#)).

Preoperatif anksiyetenin potansiyel olumsuz etkileri göz önüne alındığında; araştırmacı ve klinisyenler tarafından anksiyetenin etkisini azaltmaya yönelik birçok müdahale denemiştir. Bu müdahaleler; ameliyat öncesi yatıştırıcı ilaçların uygulanması, yaşa uygun öğretim tekniklerinin uygulanması ve tamamlayıcı terapilerin kullanılması şeklinde sıralanabilir ([Perry, Hooper ve Masionale, 2012](#); [Tunney ve Boore, 2013](#)).

Çocukluk döneminde cerrahi sonrası en sık rastlanan yakınma ise, ağrıdır. Özellikle ameliyat sonrası ağrı, kognitif ve duygusal olarak gelişimleri tamamlanmamış olan okul çağı çocukları için çok büyük ve sıkıntılı bir durumdur. Ameliyat öncesi dönemde yaşanan anksiyete ameliyat sonrası ağrıyı da olumsuz yönde etkilemektedir (Chieng ve diğerleri, 2013). Çocukların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları ağrı deneyimlerinin ve etkin olmayan ağrı tedavisinin; çocuklarda iyileşme sürecinin uzamasına, hastanede kalış sürelerinin ve sağlık bakım giderlerinin artmasına neden olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle ağrı zamanında ve etkin bir şekilde kontrol altına alınmalıdır ([Hancı, Kiraz, Ömür, Yurtlu, Yurtlu ve Alan, 2012](#); [Sng, Taylor, Liam, Klainin-Yobas, Wang ve Hong-Gu, 2013](#); [Song, Park, Lee, Kim, Choi ve Kim, 2016](#)).

Çocuklarda ağrıyı kontrol etmek için birçok farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler uygulanmaktadır. Farmakolojik olmayan yöntemlerin kolaylıkla uygulanabilir olması, ağrı kesiciler gibi yan etkilerinin olmaması ve bireye ekonomik yük getirmemesi gibi avantajları vardır ([Chatchumni, Namvongprom, Eriksson ve Mazaheri, 2016](#); [Özveren, Faydalı ve Özdemir, 2016](#)).

Ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler; sıcak-soğuk uygulamalar, derin nefes alıp verme egzersizi, masaj, terapötik dokunma, müzik dinletme, düşünme gibi relaksasyon teknikleri ve diğer tekniklerdir ([Fayoux ve Wood, 2014](#); [Göl ve Özsoy, 2017](#); [Özveren ve diğerleri, 2016](#); [Sülü ve Uğurlu, 2017](#)).

Ağrı yönetimi hemşirelerin temel sorumluluklarındandır. Literatürde de ağrının hafifletilmesinde hemşirelerin önemli rolü olduğunu görülmüştür ([Miftah, Tilahun, Fantahun, Adulkadir ve Gebrekirstos, 2017](#); [Özveren ve diğerleri, 2016](#); [Yamada, Squires, Estabrooks, Victor ve Stevens, 2017](#)).

Ağrı yönetiminde kullanılan ve hemşirelerin bağımsız bir şekilde uygulayabileceği non-farmakolojik yöntemlerden biri de müziktir. Literatür incelemesi, ağırlı medikal prosedürler sırasında ve ameliyat sonrasında müzik dinletmenin ağrıyı azaltmada güvenle kullanılabileceğini göstermektedir ([Abd-Elshafy, Khalaf, Abo-Kerisha, Ahmed, Abd El-Aziz ve Mohamed, 2015](#); [Calcaterra, Ostuni, Bonomelli, Mencherini, Brunero, Zambaiti, ...ve Pelizzo, 2014](#); [Melo ve Cardoso, 2017](#); [Suresh, Oliveria ve Suresh, 2015](#)).

Suresh ve diğerleri (2015) çocuk hastalarla yaptıkları bir çalışmada, majör cerrahiler sonrasında, müziğin ağrının azaltılmasında etkili, ek bir yöntem olduğunu bildirmiştir. Bu araştırmalar sonucunda çalışmamızda postoperatif ağrı puanına etkisini incelemek için müzik terapi uygulaması tercih edilmiştir.

Müzik müdahaleleri; ağrı, endişe ve sıkıntıyı azaltmak ve gevşemeyi artırmak için invaziv olmayan, ucuz ve kullanışlı bir tamamlayıcı müdahale olarak algılanmaktadır. Müzik dinleme, hastaların dikkatlerini stresli olaylardan uzaklaştırıp hoş ve rahatlatıcı bir şeye odaklanmalarına yardımcı olmaktadır ([Bradt, 2010](#); [Choi, Park, Bellan, Lee ve Chung, 2018](#); [Lee, 2016](#)).

Müzik müdahaleleri uygulanırken, sonuçları etkileyebilecek faktörlerin (müdahalenin yapıldığı yer; bir hasta odası ve post-operatif ayılma odası, ortamın mahremiyet seviyesi ve ortam sesinin miktarı) göz önüne alınması gerekliliğine de dikkat edilmesi önerilmektedir (Robb, Carpenter ve Burns, 2011). Dikkatle seçilmiş müzikle hastanın stresi azaltılıp, konfor ve rahatı artırılabilir (Bradt, 2010; Choi ve diğerleri, 2018; Lee, 2016).

Literatür incelendiğinde yapılan birçok çalışmada ameliyat sonrası dönemde müzik dinletmenin hastaların ağrı kontrolünde olumlu etkisinin olduğu gösterilmiştir (Belknap, 2011; Choi ve diğerleri, 2018).

Çocuklarda müzik müdahalelerinin etkileri üzerine çok az çalışma yapılmıştır. Müzik müdahaleleri birçok klinikte hastaların tedavisinde yaygın olarak kullanılmasına rağmen pediatrik cerrahi ve anesteziyoloji için kılavuz ilkelere henüz dahil edilmemiştir (Lee, 2016).

Bağımsız hemşirelik girişimi olan müzik dinletme; hastaların fiziksel, emosyonel ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olarak kullanılabilen bir yöntem olmasına rağmen ülkemizde bir hemşirelik girişimi olarak müziğin kullanımı çok sınırlıdır. Fiziksel, duygusal ve ruhsal belirtilerin azalmasıyla desteklenen hastalar kadar, iyileşme ve iyileştirme sürecinde gerekli olan enerjinin korunması için bağımsız terapötik hemşirelik girişimlerinden biri olan müziğin hemşirelik uygulamalarında daha yaygın kullanımı etkili olacaktır (Miftah ve diğerleri, 2017; Miladinia, Baraz ve Zarea, 2016).

Bu çalışma; müziğin cerrahi uygulanan çocuklarda anksiyete ve ağrı yönetimine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

H0: Cerrahi girişim uygulanan 6-12 yaş grubu çocuk hastalarda vaka grubunun ağrı puanı ortalamaları ile kontrol grubunun ağrı puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H1: Cerrahi girişim uygulanan 6-12 yaş grubu çocuk hastalarda vaka grubunun ağrı puanı ortalamaları ile kontrol grubunun ağrı puan ortalamaları arasında fark vardır.

H0: Cerrahi girişim uygulanan 6-12 yaş grubu çocuk hastalarda vaka grubunun anksiyete puanı ortalamaları ile kontrol grubunun anksiyete puan ortalamaları arasında fark yoktur.

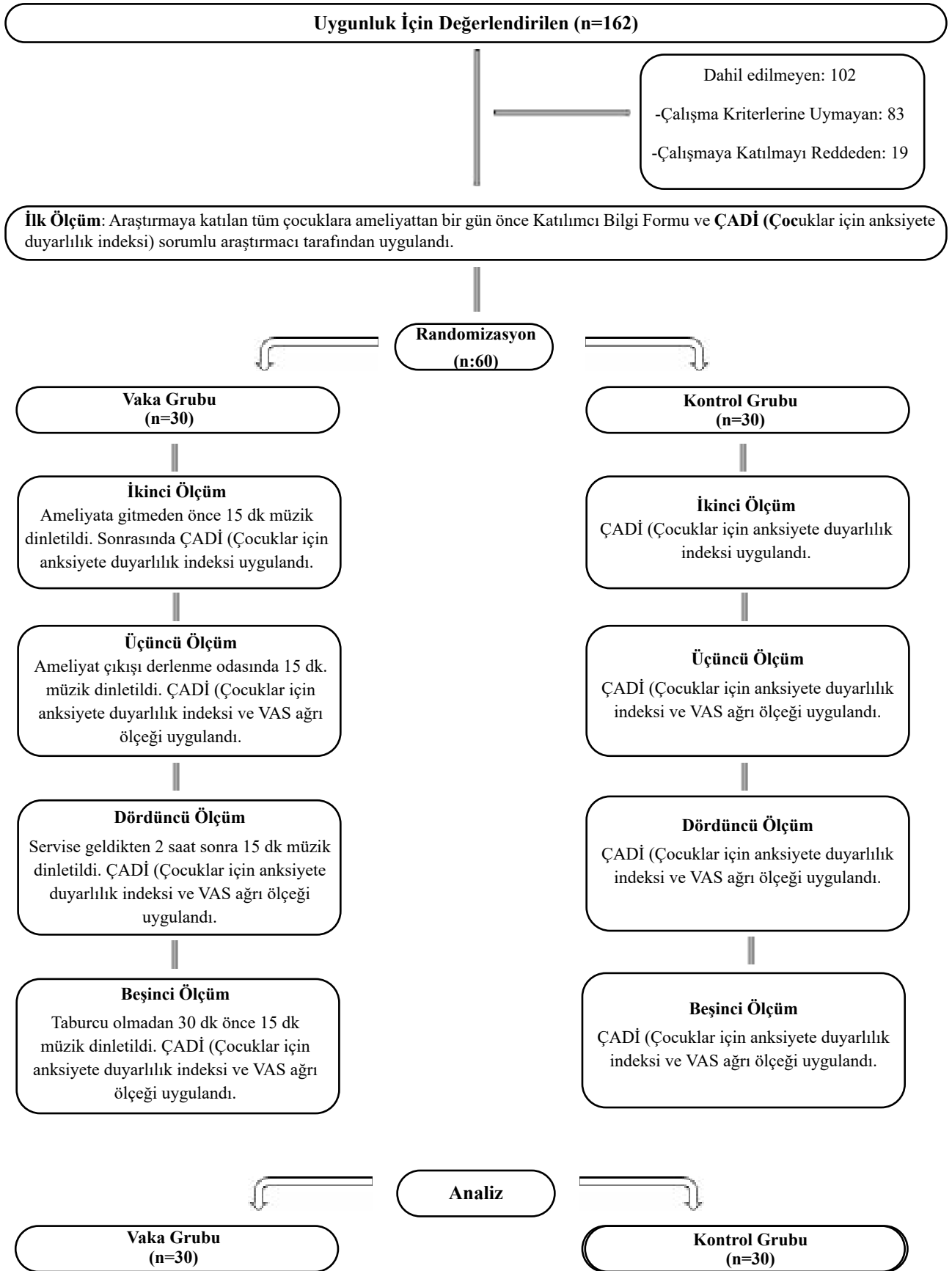
H1: Cerrahi girişim uygulanan 6-12 yaş grubu çocuk hastalarda vaka grubunun anksiyete puanı ortalamaları ile kontrol grubunun anksiyete puan ortalamaları arasında fark vardır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Çalışma, randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Çalışma, 1 Ocak-19 Ağustos 2016 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin çocuk cerrahisi ve diğer cerrahi kliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, belirtilen hastanenin 1 Ocak-19 Ağustos 2016 tarihleri arasında çocuk cerrahisi kliniği ve diğer cerrahi kliniklerinde cerrahi girişim uygulanan 6-12 yaş arası 280 çocuk oluşturmaktadır. Çalışmaya katılması gereken minimum hasta sayısı G*Power 3.1.9.2 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Bilinmeyen sıklıkla, %5 olasılıkla ve %95 güven seviyesi ile örneklem sayısı 162 olarak belirlenmiştir. Çalışma kriterlerine uymayan 83 kişi ile çalışmayı reddeden 19 kişi çalışma dışında bırakılmıştır. Geriye kalan 60 çocuk hasta randomizasyon yoluyla vaka grubunda 30, kontrol grubunda 30 olacak şekilde ayrılarak çalışmaya devam edilmiştir.



Şekil 1. Çalışmanın CONSORT akış şeması

Araştırmaya Alınma ve Çıkarılma Kriterleri

Çalışmaya, 6-12 yaş aralığında işitme problemi olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü, Türkçeyi rahat anlayıp, konuşabilen, cerrahi girişim amacıyla hastaneye yatan ve sorulan sorulara cevap verebilecek zihinsel gelişim düzeyinde olan çocuk hastalar dahil edilmiştir. 6-12 yaş aralığında olmayan işitme problemi olan, Türkçeyi rahat anlayıp konuşamayan, sorulan sorulara cevap verebilecek zihinsel gelişim düzeyinde olmayan ve çalışmaya katılmak istemeyen çocuklar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Randomizasyon

Örneklem seçim kriterlerine uyan hastaların hangi grupta yer alacağını belirlemek için 1'den 60'a kadar sayılar sayı tekrarı olmaksızın bilgisayar ortamında bir program aracılığıyla (<https://www.randomizer.org/>) 2 gruba rastgele dağıtılarak; vaka grubuna 30 hasta, kontrol grubuna 30 hasta atanmıştır.

Veri Toplama Aracı: Araştırmada veri toplama aracı olarak; Katılımcı Bilgi Formu, Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ), Visual Analog Skala (VAS) kullanılmıştır.

Katılımcı Bilgi Formu; Çocuk ve ailenin sosyo-demografik bilgilerini, aile tipi, sağlık güvencesi ve ailenin ekonomik durumu ile ilgili bilgileri içeren 22 sorudan oluşmaktadır.

Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi; 1991 yılında Silverman ve diğerleri tarafından 6 ile 17 yaş arası okul çağı çocuklarına yönelik hazırlanmış ve Jokić-Begić, Jurin ve Korajlija (2011) tarafından gözden geçirilmiş olan 18 maddeden oluşan likert tipi bir ölçme aracıdır. Çocuk Anksiyete Duyarlılığı İndeksi çocukların anksiyete oluşturabilecek iç ve dış uyaranların sonrasında hissedilen duygularını sorgulamaktadır.

Çocuk Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, kolayca anlaşılabilen hiç (1), biraz (2), çok fazla (3) şeklinde üç puanlı bir derecelendirmeye sahiptir. ÇADİ toplam puanları 18 - 54 arasında değişir. Silverman ve diğerleri (1991) yaptıkları çalışmada ÇADİ'nin üç alt faktörlü hiyerarşik yapıdan oluştuğunu göstermişlerdir. Bu alt faktörler,

- Fiziksel belirtilerden korkmak (Fiziksel Duyarlılık Boyutu)
- Mental yetersizlikten korkmak (Bilişsel Duyarlılık Boyutu)
- Sosyal ortamlarda değerlendirilmekten korkmak (Sosyal Duyarlılık Boyutu) şeklinde açıklanmıştır.

Ülkemizde ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Yılmaz ve Kılıç (2015) tarafından çocuk ve ergenler üzerinde gerçekleştirilmiştir. ÇADİ'nin İngilizce formunun geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0,87 olarak elde edilen Cronbach alfa katsayısı Yılmaz ve Kılıç'ın (2015) çalışmasında 0,74 bulunmuştur. Bu çalışma ise; Cronbach's Alpha katsayısı ilk ölçümler dikkate alınarak 0,848 olarak hesaplanmıştır.

Visual Analog Skala (Görsel Analog Ölçek); Freyd tarafından geliştirilen görsel analog skala (visual analog scale, VAS) çocukların ağrı şiddetini belirlemeye yönelik kullanılmıştır. VAS, 10 cm'lik bir çizginin 1'den 10'a kadar ölçeklendirilmiş halidir ve 10 değeri maximum ağrıyı 0 değeri ise hiç ağrı olmadığı anlamına gelmektedir. Hastalardan hissettikleri ağrı durumuna göre ölçekte bir yeri işaretlemeleri istenmektedir (Freyd, 1923). Bu ölçüm aracının bir dilinin olmaması ve uygulama kolaylığı önemli bir avantaj olup, ölçek tüm dünya literatüründe kabul görmüş güvenli ve yaygın kullanılan bir ölçüm aracıdır (Karaçam ve diğerleri, 2020).

VAS, hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı puanlarını değerlendirmek için; çocuk ameliyat sonrası derlenme odasına geldiğinde, servise döndükten en az 2 saat sonra (4.ölçüm) ve taburcu olmadan 30 dk. önce (5.ölçüm) her iki gruba da uygulanmıştır.

Müdahale ve Verilerin Toplanması: Veriler toplanmadan önce ailelerinden gerekli izinler alınmıştır. Vaka ve kontrol grubundaki çocuklara ve ebeveynlerine öncesi ve sonrasını karşılaştırabilmek amacıyla ameliyattan bir gün önce (1.ölçüm) sorumlu araştırmacı tarafından Katılımcı Bilgi Formu ile ÇADİ (Çocuklar için anksiyete duyarlılık indeksi) de yer alan sorular uygulanmıştır.

Vaka grubuna ameliyata gitmeden önce (2.ölçüm), 15 dk süreyle (çocuğun seçmiş olduğu) müzik parçası mp3 çalara yüklenerek kulaklık vasıtasıyla dinletilmiş ve bir gün önce uygulanan ölçeklerin tümü her iki gruba (vaka ve kontrol) yeniden uygulanmıştır. Çocuk ameliyattan çıkıp derlenme odasına (ameliyattan çıktıktan sonra hastanın kendine

gelinceye ve genel durumu stabilleşene kadar ameliyathane içerisinde belli bir süre gözlemlendiği oda geldiğinde (3.ölçüm) tüm ölçekler ve ağrı ölçeği (VAS) her iki gruba da uygulanmıştır. Çocuk servise döndükten en az 2 saat sonra (4.ölçüm) vaka grubuna (15 dk. süre ile müzik dinlettikten sonra) ve kontrol grubuna tüm ölçekler uygulanmıştır. Son olarak da çocuk taburcu olmadan 30 dk. (5.ölçüm) her iki gruba tüm ölçekler tekrar uygulanmıştır. Ölçekler değerlendirilirken; her bir ölçüm bir önceki ile karşılaştırılarak değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu: Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Üniversitenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2015-87-21/10 etik no.su ile 18/11/2015 tarih ve 2015/11 sayılı kararı ile etik onay alındıktan sonra Üniversite Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni alınarak araştırmaya başlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü çocukların ebeveynlerinden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

Verilerin İstatistiksel Analizi: Veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov -Smirnov dağılım testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve FisherExact test kullanılmıştır. Parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi; grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaret testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan çocukların sosyo-demografik özellikleri açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmadaki Tüm Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=60)

Özellik	Vaka		Kontrol		Toplam		P	
	n	%	n	%	n	%		
Yaş	6	11	36.7	14	46.7	25	41.6	p=0.151
	7	4	13.3	6	20.0	10	16.6	
	8	4	13.3	5	16.7	9	15	
	9	4	13.3	3	10.0	7	11.6	
	10	4	13.3	1	3.3	5	8.3	
	11	1	3.3	0	0.0	1	1.6	
	12	2	6.7	1	3.3	3	5	
Cinsiyet	Kız	7	23.3	4	13.3	11	18.3	X ² =1.002 p=0.253
	Erkek	23	76.7	26	86.7	49	81.7	
Yaşadığı Yer	İl	10	33.3	14	46.7	24	40	X ² =3.725 p=0.155
	İlçe	20	66.7	14	46.7	34	56.6	
	Köy	0	0.0	2	6.7	2	3.3	

Çocukların ameliyat öncesi ve sonrası ÇADİ ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; Vaka grubundaki hastalarda 2. ölçüm Sosyal Anksiyete Duyarlılık puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Vaka grubundaki hastalarda 1. ölçüm, 2. ölçüm ve 5. ölçüm Fiziksel Anksiyete Duyarlılık puanları ve aynı ölçümlerde Toplam Anksiyete Duyarlılık puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). (Tablo 2).

Tablo 2. Vaka ve Kontrol Grubundaki Çocukların ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇADİ Ölçek Alt Boyut Skorları	Zaman Aralıkları	Vaka		Kontrol		MWU*	p
		Ort	Ss	Ort	Ss		
ÇADİ Sosyal Anksiyete Duyarlılık Puan Skorları	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	6.40	1.28	5.70	1.75	349	0.128
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	6.63	1.45	5.73	1.70	315.5	0.043
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3.ölçüm)	6.80	1.54	6.17	1.53	351	0.136
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	6.67	1.56	6.20	1.50	381.5	0.302
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5.ölçüm)	6.43	1.61	6.13	1.53	415	0.598
ÇADİ Bilişsel Anksiyete Duyarlılık Puan Skorları	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	4.30	1.71	3.97	1.61	391.5	0.338
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	4.43	1.70	4.07	1.64	381	0.270
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3.ölçüm)	4.40	1.69	4.27	1.66	429.5	0.748
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4.ölçüm)	4.13	1.57	4.27	1.70	439.5	0.868
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5.ölçüm)	4.00	1.53	4.27	1.70	405	0.470
ÇADİ Fiziksel Anksiyete Duyarlılık Puan Skorları	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	21.27	6.13	17.73	4.93	298	0.024
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	23.77	5.57	19.57	4.76	245.5	0.002
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3.ölçüm)	26.40	5.17	24.13	5.03	336.5	0.093
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4.ölçüm)	22.77	4.58	24.03	5.41	404	0.495
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5.ölçüm)	19.60	3.77	22.70	5.23	298	0.024
ÇADİ Toplam Anksiyete Duyarlılık Puan Skorları	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	31.97	6.87	27.40	6.54	260	0.005
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	34.83	6.52	29.37	6.32	223.5	0.001
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3.ölçüm)	37.60	6.20	34.57	6.31	327.5	0.070
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4.ölçüm)	33.57	5.56	34.50	6.69	427	0.733
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5.ölçüm)	30.03	4.61	33.10	6.51	313.5	0.042

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi;

MWU*: Mann Whitney U testi

Çocukların ameliyat sonrası ağrı ölçekleri puan ortalamalarına ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; vaka grubundaki hastalarda 3. ölçüm VAS puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). (Tablo 3).

Tablo 3. Vaka ve Kontrol Grubundaki Çocukların Ağrı Ölçeği (VAS) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Zaman aralığı	Vaka		Kontrol		MWU*	p
		Ort	Ss	Ort	Ss		
VAS	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	6.83	2.15	8.20	1.56	282	0.011
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	5.13	2.37	5.43	2.29	428	0.738
	Taburcu olmadan 30 dk. önce (5.ölçüm)	2.53	1.89	2.60	1.63	415.5	0.601

MW*: Mann Withney U Testi

VAS: Visüel Analog Ağrı Skalası

Ölçeklerin sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırma bulguları değerlendirildiğinde; çocukların 2.,3.,4. ve 5. ölçüm Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır Buna göre;

Ölçeğin ikinci ölçümünde çocuklardan; yaşı 7 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (4.700 ± 1.494), yaşı 6 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.840 ± 1.434); yaşı 9 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 6 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.840 ± 1.434); yaşı 7 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (4.700 ± 1.494), yaşı 10 ve üstü olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.670 ± 1.323); yaşı 9 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 10 ve üstü olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.670 ± 1.323) yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Ölçeğin üçüncü ölçümünde çocuklardan; yaşı 7 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (4.800 ± 1.549), yaşı 6 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.880 ± 1.481); yaşı 9 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 6 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.880 ± 1.481); yaşı 9 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 10 ve üstü olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.890 ± 1.364) yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Ölçeğin dördüncü ölçümünde çocuklardan; yaşı 7 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (4.700 ± 1.567), yaşı 6 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.800 ± 1.500); yaşı 9 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 6 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.800 ± 1.500); yaşı 9 olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 10 ve üstü olanların Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.560 ± 0.726) yüksek çıkmıştır (Tablo 4).

Ölçeğin beşinci ölçümünde ise çocuklardan; yaşı 7 olanların 5. ölçüm Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (4.600 ± 1.350), yaşı 6 olanların 5. ölçüm Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.760 ± 1.508); yaşı 9 olanların 5. ölçüm Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (5.570 ± 2.070), yaşı 6 olanların 5. ölçüm Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.760 ± 1.508); yaşı 9 olanların 5. ölçüm Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanları (5.570 ± 2.070), yaşı 10 ve üstü olanların 5. ölçüm Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (3.560 ± 0.726) yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışmadaki Tüm Çocukların Yaş Ortalamaları ile ÇADİ Ölçek Toplam Puanlarının Dağılımı

Ölçüm Zamanları	Yaş	N	Ort	Ss	KW*	p
Ameliyat günü (2. ölçüm) Bilişsel Anksiyete Duyarlılık	6	25	3.840	1.434	10.515	0.033
	7	10	4.700	1.494		
	8	9	4.330	2.062		
	9	7	5.710	1.890		
	10 ve üstü	9	3.670	1.323		
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Bilişsel Anksiyete Duyarlılık	6	25	3.880	1.481	9.826	0.043
	7	10	4.800	1.549		
	8	9	4.440	1.944		
	9	7	5.710	1.890		
	10 ve üstü	9	3.890	1.364		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Bilişsel Anksiyete Duyarlılık	6	25	3.800	1.500	12.163	0.016
	7	10	4.700	1.567		
	8	9	4.220	1.856		
	9	7	5.710	1.890		
	10 ve üstü	9	3.560	0.726		

Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm)	6	25	3.760	1.508		
	7	10	4.600	1.350		
Bilişsel Anksiyete Duyarlılık	8	9	4.110	1.900		
	9	7	5.570	2.070		
	10 ve üstü	9	3.560	0.726	10.113	0.039

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi;

KW* : Kolmogorov-Smirnov dağılım testi

Bireyin önceki anksiyete deneyiminde, zamanında ve etkili ağrı kontrolü sağlanmışsa, yeniden yaşanan ağrıya karşı toleransın arttığı bilinmektedir (Ataman, 2006). Bu bulgu, çalışmada bulunan bulguyu destekler niteliktedir. Buna göre; çalışmamızda daha önce hastane deneyimi olan çocukların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Çocukların hastane deneyimi ile ÇADİ puan ortalamalarının dağılımı değerlendirildiğinde; Çocukların 4. ölçüm Fiziksel Anksiyete Duyarlılık puan ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Evet diyenlerin 4. ölçüm Fiziksel Anksiyete Duyarlılık puanları (22.680), hayır diyenlerin 4. ölçüm Fiziksel Anksiyete Duyarlılık puanlarından (25.380) düşük bulunmuştur. Çocukların 4. ölçüm Toplam Anksiyete Duyarlılık puan ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olup ($p<0.05$) yine evet diyenlerin 4. ölçüm Toplam Anksiyete Duyarlılık puanları (33.200), hayır diyenlerin 4. ölçüm Toplam Anksiyete Duyarlılık puanlarından (36.310) düşük çıkmıştır (Tablo 5).

Çocukların 5. ölçüm Toplam Anksiyete Duyarlılık puanları ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Evet diyenlerin 5. ölçüm Toplam Anksiyete Duyarlılık puanları (30.700), hayır diyenlerin 5. ölçüm Toplam Anksiyete Duyarlılık puanlarından (33.940) düşük bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışmadaki Tüm Çocukların Hastane Deneyimiyle ÇADİ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçüm Zamanlarına Göre Ölçek Alt Boyutları	Hastane Deneyimi	N	Ort	Ss	MWU*	p
Ameliyattan servise döndükten sonra (4.ölçüm)	Evet	44	22.680	4.997	231.000	0.042
	Hayır	16	25.380	4.631		
Fiziksel Anksiyete Duyarlılık	Evet	44	33.200	6.403	219.000	0.026
	Hayır	16	36.310	4.701		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4.ölçüm)	Evet	44	30.700	5.801	218.000	0.024
	Hayır	16	33.940	5.272		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm)	Evet	44	30.700	5.801	218.000	0.024
	Hayır	16	33.940	5.272		

MW*: Mann Withney U Testi

TARTIŞMA

Hastaneye yatış ve her türlü cerrahi girişim özellikle çocuklarda yoğun anksiyete ile birlikte psikolojik ve fizyolojik etkilere neden olmaktadır (Cimete ve diğerleri, 2013; Hartling, Newton, Liang, Jou, Hewson, Klassen ve Curtis, 2013; Panella, 2016). Yapılan çalışmalarda; deney ve kontrol gruplarında çocukların girişim öncesi anksiyete düzeylerinin benzer olduğu ve çocukların işlem öncesinde anksiyete yaşadıkları gözlenmiştir (Calcaterra ve diğerleri, 2014; Çubukçu, 2008; Sinha, Christopher, Fenn ve Reeves, 2006).

Çalışmamızda; vaka grubunun ÇADİ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı düşüş görülürken, kontrol grubunda zamana göre ölçümlerde artış olduğu görülmüştür (Tablo III). Yapılan çalışmalarda; müzik dinletilen hastaların işlem öncesi ve sonrası dönemde anksiyete düzeylerinde zamanla orantılı olarak azalma olduğu ifade edilmektedir (Abd-Elshafy ve diğerleri, 2015; Van der Heijden, 2015).

Çocuklarda preoperatif anksiyeteye yönelik farmakolojik olmayan müdahalelerin incelendiği 2015'te güncellenen Cochrane incelemesinde, farmakolojik olmayan tedavilerin farmakolojik tedaviler kadar etkili olduğu ortaya konmuştur (Manyande, Cyna, Yip, Chooi ve Middleton, 2015).

Çalışmamızda müziğin çocuklarda işlem öncesi ve sonrasında ÇADİ toplam puanlarında düşüşe neden olduğu, vaka grubunda bazı alt boyutlarda müziğin çocukların anksiyete düzeylerini azalttığı görülmüştür. Benzer olarak; Abd-Elshafy ve diğerleri (2015)'nin kardiyak cerrahi uygulanan çocuklarla (4-12) yapmış olduğu çalışmada müzik dinleyen grupta daha az stres ve daha fazla rahatlama tespit edilmiştir.

Okul çağı çocuklarının ameliyat öncesi dönemde özellikle de anestezi induksiyonu sürecinde anksiyete ve korku yaşadığı belirlenmiştir. Yaşanan bu anksiyete ameliyat sonrası ağrıyı olumsuz yönde etkilemektedir ([Ahmed, Farrell ve Parrish, 2011](#); [Büyükgöncü ve Törüner 2018](#); [Chieng ve diğerleri, 2013](#)).

Postoperatif ağrıyı kontrol altına almakta farmakolojik yöntemlerle birlikte ağrının bilişsel, davranışsal ve sosyokültürel boyutunu tedavi etmesi amaçlanan farmakolojik olmayan yöntemlerde kullanılmaktadır. Güncel araştırmalar, farmakolojik olmayan yöntemlerin çocukların ağrısını hafifletmede başarılı olduğunu desteklemektedir ([Lee, 2016](#); [Olmstead, Shannon, Mayan, Priscilla ve Reid, 2014](#); [Pillai Riddell, Racine, Gennis, Turcotte, Uman, Horton, ... ve Lisi, 2015](#)).

Müzik terapi uygulanması; kullanımı kolay ve pahalı olmayan doğal bir girişimdir. Yan etkisi yoktur ve bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyonel iyileşmesinde etkin bir role sahiptir. Bu nedenle çocuk hastalarda müzik terapinin farmakolojik yöntemlerle kombine edilmesi bağımsız hemşirelik girişimi açısından önemlidir ([Esch, Guarna, Bianchi, Zhu ve Stefano, 2004](#); [Miftah ve diğerleri., 2017](#); [Miladinia ve diğerleri, 2016](#)). Ameliyattan sonrası vaka ve kontrol grubunda VAS puan ortalamalarında düşüş olduğu gözlenmiştir.

Literatür incelendiğinde çocuk ve yetişkin örnekleme yapılan birçok çalışmada çalışma bulgularımıza benzer olarak, ameliyat sonrası dönemde müzik dinletmenin hastaların ağrısında olumlu etkisinin olduğu gösterilmiştir ([Abd-Elshafy ve diğerleri, 2015](#); [Calcaterra ve diğerleri, 2014](#); [Melo ve Cardoso, 2017](#); [Miladinia ve diğerleri, 2016](#); [Sayar ve Ergin, 2019](#)).

Bradt (2010) yaptığı çalışmada çocukların ağrı skorunu VAS ağrı ölçeğine göre belirlemiş ve müzik terapinin ağrı skorunu azaltıcı etkisini bulmuştur. Bir diğer benzer çalışmada 8-18 yaş arası çocuklarda ameliyat sonrası birinci saatte ölçülen ağrı skorlarından sonra 20 dakika ile süre doğa seslerinin dinletildiği bir çalışmada, müzik seslerinin dinletildiği vaka grubundaki ağrı skorlarında azalma gözlenmiştir. ([Miladinia ve diğerleri, 2016](#)).

Deneyisel olarak yapılan bir diğer çalışmada; post-operatif dönemde ağrısı olduğunda analjezik ile birlikte müzik dinletilen okul çağı çocuklarının ağrı puanlarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu; ameliyat sonrası ağrı üzerine müziğin ağrı puanını azaltıcı yönde bir etkisi bulunduğu saptanmıştır ([Sayar ve Ergin, 2019](#)).

Araştırma sonuçları doğrultusunda çocuklarda müzik terapinin ameliyat sonrası ağrıyı azaltmaya etkisi olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle müzik terapinin çocuklarda ameliyat sonrası ağrıyı gidermede kullanılabilecek alternatif bir hemşirelik uygulaması olduğu söylenebilmektedir.

Okul çağı çocuklarının post operatif ağrılarını etkileyen faktörlere baktığımızda; daha önceki iyi-kötü hastane deneyimleri, bilişsel ve algısal yetenekleri, hastalığın yapısı ve şiddeti, sosyal destek sistemleriyle ilgili özellikler, yaş ve cinsiyet, hastanede yatış süresinin uzaması, anne babanın eğitim düzeyleri ve meslekleri karşımıza çıkmaktadır ([Altıntaş ve Bıçakçı, 2015](#)). Anksiyete ve ağrıyı etkileyen faktör olarak yaş ele alındığında birçok çalışmada ağrı ve anksiyete düzeylerinin yaşa bağlı olarak değişebildiği görülmüştür ([Çubukçu ve Ercan, 2008](#); [Miladinia ve diğerleri, 2016](#); [Patel, 2006](#)).

Çalışmamızda; literatürle benzer olarak çocukların ÇADİ ve alt boyutlarının (Sosyal Anksiyete Duyarlılık, Fiziksel Anksiyete Duyarlılık, Toplam Anksiyete Duyarlılık) puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken; ÇADİ ölçeğinin alt boyutlarından Bilişsel Anksiyete Duyarlılık puanının 2. ölçüm ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocuğun yaşı arttıkça kaygı ve korkuların azalması beklenmektedir. Çalışmamıza benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda da yaş arttıkça ağrı düzeyinin düştüğü gözlenmiştir ([Pourmovahed, Salimie, Dehghani, Yassinie, Shakiba, Tavangar, H...ve Shahrie, 2013](#); [Sikorova ve Hrazdilova, 2011](#)).

Çocuk için hastalık durumunun ve buna bağlı olarak hastaneye yatmanın onu korkutan, rahatsız eden ve hoş olmayan yaşantıları içerdiği düşünülmektedir. Her yaştaki çocuk için hastalıkların bir travma olduğu bilinmektedir ve hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerinde çeşitli olumsuz etkileri bulunmaktadır ([Cimete ve diğerleri, 2013](#)). Çalışmamızda daha önce hastane deneyimi olan çocukların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Literatürdeki yeterli sayıda çalışma olmamasından dolayı çalışmamızı önceki araştırmalarla karşılaştırmak zor olmuştur. Araştırma sonuçlarının yalnızca araştırmanın yürütüldüğü hastanede 1 Ocak -19 Ağustos 2016 tarihleri arasında cerrahi girişim uygulanan 6-12 yaş arası hastalarla genellenebilir olması bu araştırma için bir sınırlılıktır.

Çocuklarla ilgili birimlerde çalışan hemşire ve diğer sağlık uzmanları maliyeti olmayan non-farmakolojik yöntemlerden biri olan müzik yöntemini uygulamaları preoperatif anksiyete ve postoperatif ağrıyı azaltacak, çocuğun rahatlamasını sağlayacak, konforunun da arttırmasına yardımcı olacaktır. Aynı zamanda müzik terapi rahatlatan çocuğun, sağlık çalışanlarına güvenini ve tedaviye uyumunu da arttıracaktır. Yan etki ve riskinin olmaması, olumlu fizyolojik etkiler sağlamasından dolayı müzik terapinin hemşirelik uygulamalarında aktif olarak kullanımı hemşirelerin daha etkin bakım vermelerini kolaylaştıracaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; müzik terapi uygulamasının, çocuklarda pre-op anksiyete düzeyinin azaltılmasında ve post op ağrının yönetiminde etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir.

Müzik terapinin; bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olarak hemşirelik uygulamalarına dahil edilebileceği düşünülmüştür. Hemşirelerin müzik terapi gibi farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmaları amacıyla eğitim müfredatlarında müzik terapi ile ilgili derslere yer verilmesi, bu yöntemle ilgili hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve sertifikalı eğitim programlarına katılımlarının sağlanması önerilmektedir.

Ülkemizde çocuk hastalar üzerinde, müzik terapinin etkisini araştıran daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmekte olup, çocuklarda ameliyat sonrası etkili ağrı yönetimi için müziğin farmakolojik yöntemlerle beraber kullanılması ve Türkiye’de çocuk hastalar üzerinde müzik dinletmenin etkisini araştıran daha geniş popülasyonlarla daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abd-Elshafy, S.K., Khalaf, G.S., Abo-Kerisha, M.Z., Ahmed, N.T., Abd El-Aziz, M.A., Mohamed, M.A. (2015). Not all sounds have negative effects on children undergoing cardiac surgery, *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 29 (5), 1277-1284. doi: 10.1053/j.jvca.2015.01.005.
- Ahmed,M., Farrell, M, Parrish, K. (2011). Preoperative anxiety in children risk factors and non-pharmacological management. *Middle East Journal of Anesthesiology*,21,153–170. PMID: 22435267.
- Altıntaş, T.T., Bıçakçı, M.Y. (2015). Çocukların Hastane Yaşantısına Hazırlanması ve Hastaneye Hazırlayıcı Eğitim. Bütün Ayhan A (Ed.), Hasta Çocukların Gelişimi ve Eğitimi içinde (s.80-109). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Ataman, Z.K. (2006). *Okul çağı çocuklarına verilen bilginin çocukların tıbbi işlem korkularına etkisini incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Belknap, D.C. (2011). Music therapy as a post-operative mechanism for pain management in children (Master Thesis). Weill Medical College Of Cornell University, 24.
- Bradt, J. (2010). The effects of music entrainment on postoperative pain perception in pediatric patients. *Music and Medicine*, 2 (3): 150-157. doi: 10.1177/1943862110369913
- Büyükgöncü, L., Törüner, E.K. (2018). Çocuk Yaşlarında Ağrı ve Hemşirelik Yönetimi. Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, H.B., Bolşık, B. (ED). *Pediatric Hemşireliği* içinde (s. 150-157). Ankara: Akademisyen Kitabevi A.Ş.
- Calcaterra, V., Ostuni, S., Bonomelli, İ., Mencherini, S., Brunero, M., Zambaiti, E., ... Pelizzo, G. (2014). Music benefits on postoperative distress and pain in pediatric day care surgery. *Pediatric report*, 6(3): 5534. doi: 10.4081/pr.2014.5534.

- Chatchumni, M., Namvongprom, A., Eriksson, H., Mazaheri, M. (2016). Treating without seeing: Pain management practice in a thai context. *Pain Research and Management*, (2): 1-9. <https://doi.org/10.1155/2016/9580626>.
- Chieng, Y. J. S., Chan, W. C. S., Liam, J. L. W., Klainin-Yobas, P., Wang, W., Hong-Gu, H. (2013). Exploring influencing factors of postoperative pain in school-age children undergoing elective surgery. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18, 243-52. doi: 10.1111/jspn.12030.
- Choi, S., Park, S., Bellan, L., Lee, H., Chung, S.K. (2018). Crossover clinical trial of pain relief in cataract surgery, *International Ophthalmology*, 38(3): 1027–1033. doi: 10.1007/s10792-017-0554-y.
- Chow CHT, Lieshout RJV, Schmidt LA, Dobson KG, Buckley N. (2016). Systematic review: Audio visual interventions for reducing preoperative anxiety in children undergoing elective surgery. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(2):182-203. doi: 10.1093/jpepsy/jsv094.
- Cimete, G., Kuşuoğlu, S., Dede Çınar, N. (2013). Çocuk, hastalık ve hastane ortamı. Conk, Z., Başbakkal, Z., Bal Yılmaz, H., Bolışık, B. (Ed)., *Pediatric hemşireliği içinde* (s.130-141). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Çubukçu, E.Ç., Ercan, İ. (2008). Tıp fakültesi bünyesindeki ağız ve diş sağlığı birimine başvuran çocuklarda sosyodemografik faktörlerin dental anksiyete üzerine etkisi. *Güncel Pediatri Dergisi*, 9(6),53- 57.
- Esch, T., Guarna, M., Bianchi, E., Zhu, W., Stefano, G. B. (2004). Commonalities in the central nervous system's involvement with complementary medical therapies: limbic morphinergic processes. *Medical Science Monitor: International Medical Journal Of Experimental And Clinical Research*, 10(6), 6-17.
- Fayoux, P., Wood, C. (2014). Non-pharmacological treatment of post-tonsillectomy pain. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 131(4), 239-241. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2014.07.002>.
- Freyd, M. (1923). The graphic rating scale. *Journal of Educational Psychology*, 14, 83-102. <https://doi.org/10.1037/h0074329>.
- Göl, İ., Özsoy, S.A. (2017). Aşı enjeksiyonlarında ağrının azaltılmasına yönelik kanıta dayalı uygulamalar. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 3(1),39-45.
- Hancı, V., Kiraz, H.A., Ömür, D., Yurtlu, B.S., Yurtlu, D.A., Alan, C. (2012). Postoperative pain in children. *Journal Anesthesia Clinical Reseach* ,3(6),219. doi: 10.4172/2155-6148.1000219.
- Hartling, L., Newton, A. S., Liang, Y., Jou, H., Hewson, K., Klassen, T. P., Curtis, S. (2013). Music to reduce pain and distress in the pediatric emergency department: a randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 167(9),826-835. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.200.
- Jokić-Begić, N., Markanović, D., Korajlija, A.L. Jurin, T. (2011). *Examining the impact of a brief cognitive-behavioral intervention on anxiety sensitivity: Preliminary findings*. In 41st EABCT Annual Congress.
- Karaçam, Z., Kurnaz, D. A., Öztürk, G. G. (2020). Doğum eyleminde lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), 23-33.
- Lee, J.H. (2016). The effects of music on pain: a meta-analysis, *Journal of Music Therapy*, 53(4),430–477. <https://doi.org/10.1093/jmt/thw012>.
- Manyande, A.Cyna, A.M., Yip, P., Chooi, C. Middleton, P. (2015). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *The Cochrane Library*.
- Melo, G.M., Cardoso, M.V.L.M.L. (2017). Non-pharmacological measures in preterm newborns submitted to arterial puncture. *Brazilian Journal of Nursing*, 70(2),317-325. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0003>.
- Miftah, R., Tilahun, W., Fantahun, A., Adulkadir, S., Gebrekirstos, K. (2017). Knowledge and factors associated with pain management for hospitalized children among nurses working in public hospitals in Mekelle City, North Ethiopia: Cross sectional study, *BMC Research Notes*, 122(10),1-6. doi: 10.1186/s13104-017-2446-7

- Miladinia, M., Baraz, S., Zarea, K. (2016). Controlling acute post-operative pain in Iranian children with using of music therapy. *International Journal of Pediatrics*, 4, 1725-1730. doi: 10.22038/IJP.2016.6742.
- Olmstead, D.L., Shannon, D., Mayan, M., Priscilla, M., Reid, K. (2014). Influences shaping nurses' use of distraction for children's procedural pain, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19(2), 162-171. doi: 10.1111/jspn.12067.
- Özveren, H., Faydalı, S., Özdemir, S. (2016). Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Türkiye Klinik ve Laboratuvar Dergisi*, 7(4), 99-105.
- Panella, J.J. (2016). Preoperative care of children: Strategies from a child life perspective. *AORN Journal*, 104(1), 11-22. doi: 10.1016/j.aorn.2016.05.004.
- Patel, A., Schieble, T., Davidson, M., Tran, M.C., Schoenberg, C., Delphin, E., Bennett, H. (2006). Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Pediatric Anesthesia*, 16(10), 1019-1027. doi: 10.1111/j.1460-9592.2006.01914.x.
- Perry, J.N., Hooper, V.D., Masiangale, J. (2012). Reduction of preoperative anxiety in pediatric surgery patients using age-appropriate teaching interventions. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 27(2), 69-81. doi: 10.1016/j.jopan.2012.01.003.
- Pillai Riddell, R.R., Racine, N.M., Gennis, H.G., Turcotte, K., Uman, L.S., Horton, R.E., ... Lisi, D.M. (2015). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain, *COCHRANE Database of Systematic Reviews*, 2(12), 1-200. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006275.pub3>.
- Pourmovahed, Z., Salimie, T., Dehghani, K., Yassinie, M., Shakiba, M., Tavangar, H., ... Shahrie, T. (2005). Comparative study of the effect of music distraction and Emla cream on pain of the children during intravenous cannulation. *Iran Journal of Nursing*, 21(55), 47-53.
- Robb, S.L., Carpenter, J.S., Burns, D.S. (2011). Reporting guidelines for music-based interventions. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 342-52. doi: 10.1177/1359105310374781.
- Sayar, S., Ergin, D. (2019). Ortopedi Servisinde Yatan Çocuk Hastalarda Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Müziğin Etkisinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 67-73.
- Sikorova, L., Hrazdilova, P. (2011). The effect of psychological intervention on perceived pain in children under going venipuncture. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of Palacky University in Olomouc*, 155(2), 149-54. doi: 10.5507/bp.2011.024.
- Silverman, W.K., Fleisig, W., Rabian, B., Peterson, R.A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index, *Journal of Clinical Child Psychology*, 20:2, 162-168, doi: 10.1207/s15374424jccp2002_7.
- Sinha, M., Christopher, N.C., Fenn, R. & Reeves, L. (2006). Evaluation of non-pharmacologic methods of pain and anxiety management for laceration repair in the pediatric emergency department. *Pediatrics*, 117 (4), 1162-8. doi: 10.1542/peds.2005-1100.
- Sng, O.W., Taylor, B., Liam, J.L.W., Klainin-Yobas, P., Wang, W., Hong-Gu, H. (2013). Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), 958-68. doi: 10.1111/jocn.12052
- Song, I.K., Park, Y.H., Lee, J.H., Kim J.T., Choi, I.H., Kim, H. S. (2016). Randomized controlled trial on pre emptive analgesia for acute postoperative pain management in children, *Pediatric Anesthesia*, 24(6), 438-43. doi: 10.1111/pan.12864.
- Suresh, B.S., De Oliveira, G.S., Suresh, S. (2015). The effect of audio therapy to treat post operative pain in children under going major surgery: a randomized controlled trial. *Pediatric Surgery International*, 31(2), 197-201. doi:10.1007/s00383-014-3649-9.

- Sülü Uğurlu E. (2017). Çocuklarda girişimsel işlemlerde nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(4),198-201.
- Tunney, A.M., Boore, J. (2013). The effectiveness of a story book in lessening anxiety in children under going tonsillectomy and adenoidectomy in Northern Ireland. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 36(4),319-35. doi: 10.3109/01460862.2013.834398.
- Van Der Heijden, M.J., Araghi, S.O., Van Dijk, M., Jeekel, J., Hunink, M.M. (2015). The effects of perioperative music interventions in pediatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoSone*,10(8), e0133608. doi: 10.1371/journal.pone.0133608.
- Yamada, J., Squires, J.E., Estabrooks, C.A., Victor, C., Stevens, B. (2017). The role of organizational context in moderating the effect of research use on pain outcomes in hospitalized children: across sectional study, *BMC Health Services Research*,17(68), 1-11. doi: 10.1186/s12913-017-2029-2.
- Yılmaz, S., Kılıç, E. Z. (2015). Çocuklar için Anksiyete Duyarlılığı İndeksi'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(3), 197-203.

Tuba KIZILKAYA¹

Orcid: 0000-0003-3598-791X

Selma HANCIOĞLU AYTAÇ²

Orcid: 0000-0001-8567-3754

Saadet YAZICI³

Orcid: 0000-0001-6348-0695

¹ Araştırma Görevlisi, İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü.

² Uzman Ebe, Sofular Aile Sağlığı Merkezi.

³ Profesör, Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi / Ebelik Bölümü.

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Tuba KIZILKAYA

E-posta : kizilkaya.tb@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

COVID-19; ebelik; gebelik; hemşirelik; tele sağlık.

Key Words:

COVID-19; midwifery; pregnancy; nursing; telehealth.

COVID-19 Pandemisinde Gebelik Dönemi ve Teles a ğlık

Perinatal Period and Telehealth in COVID-19 Pandemic

Gönderilme Tarihi: 11 Mayıs 2020

Kabul tarihi: 16 Eylül 2020

ÖZ

İlk kez Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde pnömoni vakaları ile ortaya çıkan koronavirüs hastalığı (COVID-19) tüm dünyaya hızla yayılmış ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir. Gebelerin immün sistemindeki değişiklikler nedeniyle enfeksiyona daha yatkın hale gelmeleri, COVID-19'un önlenmesi ve tedavisi açısından daha hassas yaklaşılmasını gerekli kılmaktadır. Pandemi nedeniyle hastaneye başvurmak istemeyen gebeler olabileceğinden, sağlık bakım hizmetlerinin aksamaması ve hastaneye başvurunun azaltılması için teles a ğlık, gözden geçirilmesi ve tüm kadınların erişebileceği şekilde sistematik uygulamaya aktarılması gereken önemli bir seçenektir. Bu derlemede; gebelik sürecinde COVID-19'un epidemiyolojisi, tanınması, anne ve bebek açısından riskleri, alınması gereken önlemler, tedavisi, ebelik/hemşirelik bakımı ve tele sa ğlığın pandemi sürecindeki önemi ele alınmıştır.

ABSTRACT

Coronavirus disease (COVID-19), which has first appeared with cases of pneumonia in Wuhan, China in December 2019. It has spread rapidly all over the world and has been declared as a pandemic by the World Health Organization. The fact that pregnant women are more vulnerable to viral infection due to changes in their immune system, there is a need more sensitive approach to prevention and treatment of COVID-19. Since there may be pregnant women who do not want to apply to the hospital due to a pandemic, telehealth is an important option that should be consider and put into practice systematically so that all women can access it to prevent disruption of healthcare services and hospital admissions. In this review, epidemiology of COVID-19 during pregnancy, risks in terms of mother and baby, precautions to be taken, treatment, midwifery/nursing care and the importance of telehealth in the pandemic process are discussed.

GİRİŞ

COVID-19 pandemi süreci, gebelik sürecindeki kadınları çeşitli konularda etkilemeye devam etmektedir. Gebelerin sağlık kuruluşuna erişememe, gebelik takibinin aksaması ve riskli durumlar için başvuruda gecikme gibi durumlarla karşı karşıya kalması söz konusu olmuştur. Ayrıca gebelere verilecek eğitim ve danışmanlığın sekteye uğraması, telesağlık hizmetlerine olan gereksinimi ortaya çıkarmıştır ([Fryer ve diğerleri, 2020](#); [Reynolds, 2020](#)). Bu noktadan hareketle makalede, pandemi sürecinde tele sağlığın önemini vurgulamak amacıyla COVID-19'un genel özellikleri, gebelik sürecinde alınması gereken önlemler ile telesağlığın kullanımı açıklanmıştır.

COVID-19 ve Gebelik

DSÖ'nün Çin Ülke Ofisi 31 Aralık 2019'da, Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyojisi bilinmeyen pnömoni vakalarını bildirmiştir ([WHO, 2020a](#)). Salgının ilk döneminde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, hastaların çoğunluğunu Wuhan'daki, canlı hayvan pazarı çalışanlarının veya ziyaret edenlerin oluşturduğu bildirilmiştir (WHO, 2020a). Salgın ilerledikçe, kişiden kişiye bulaşın temel yayılma şekli olduğu anlaşılmıştır. Çin'in resmi makamları tarafından, 3 Ocak 2020 tarihi itibarı ile 4 günlük dönemde, etiyojisi bilinmeyen pnömonili 44 hasta DSÖ'ye bildirilmiştir ve 7 Ocak 2020'de Çin'deki araştırmacılar salgının etiyojistik ajanını daha önce görülmemiş bir koronavirüs türü olarak belirtilerek 2019-nCoV (2019 Yeni Koronavirüs) adını verilmiştir ([Zhu ve diğerleri, 2020](#)).

Virüsün genetik sekansı SARS ile yakın ilişkili bir beta koronavirüs olduğundan SARS-CoV-2 şeklinde de literatürde yer almaktadır. Bu virüs koronaviridae ailesinin sarbecovirus alt cinsine ait olup yaklaşık 0,08-0,09 mikron çapında ve tek sarmallı zarflı RNA virüsüdür. Koronavirüs, membran ACE-2 ekzopeptidaz reseptörü yoluyla insan hücrelerine girmektedir ([Letko ve Munster, 2020](#)).

COVID-19 Epidemiyolojisi

Fatalite hızı SARS salgınında %11 ve MERS-CoV'da %35-50 arasında iken DSÖ'nün Çin Halk Cumhuriyeti'ne ait COVID-19 raporuna göre fatalite hızının %3,8 olarak bildirilmiştir ([Sağlık Bakanlığı, 2020a](#)).

DSÖ tarafından dünya genelinde 12.000.000'dan fazla kesinleşmiş tanılu hasta ve 500.000'den fazla ölüm sayısı bildirilmiştir ([WHO, 2020c](#)). Çin'deki 552 hastaneden laboratuvar onaylı COVID-19 olan 1099 hasta ile yapılan istatistiksel analizde mortalite oranı %2,5 olarak belirtilmiştir ([Guan ve diğerleri, 2020](#)).

COVID-19 Tanılanması

Gerçek zamanlı Revers Transkriptaz Polimeraz Zincir Reaksiyonu (qRT-PCR) ile alınan sürüntü örnekleri ile tanılama yapılmaktadır ve çoklu yerden örnek alınması önerilmektedir. İlk testi negatif olan şüpheli vakalarda test tekrarlanır. Eğer iki qRT-PCR analizi de negatif ise COVID-19 ekarte edilmektedir. Örnek alınabilecek yerler; üst hava yolu için nazofarinks-orofarinks sürüntü/aspirat iken, alt hava yolu için balgam, endotrakeal aspirasyon ve bronkoalveoler lavaj şeklindedir ([Öcal, Vezir ve Karahan, 2020](#)).

Semptomatik gebe kadınların COVID-19 testine öncelik verilmesi gerekebileceğinden söz edilmiştir ([Liang, 2020](#)). Ülkemizde gebelikte COVID-19 tanılanması aşağıdaki basamakları içermektedir;

- COVID-19 polikliniğine maske takılı olarak, triyaj/yönlendirme alanından gelen kadınların tanılanması açısından değerlendirmesi yapılmaktadır. Bu değerlendirme kapsamında COVID-19 tanımına uyanlar, belirlenen alana alınmakta ve sağlık personeli, uygun kişisel koruyucu ekipman (önlük, tıbbi maske, gözlük/yüz koruyucu, eldiven) giyerek hastanın bulunduğu alana girmektedir. Gebelerin anamnezi alındıktan sonra muayenesi yapılmaktadır.

-Vital bulgularına bakılmaktadır (kalp hızı, ritmi, solunum sayısı, kan basıncı, vücut sıcaklığı ve mümkünse oksijen saturasyonu).

- Durumu stabil olan kadının muayenesi yapılmakta, kan tetkikleri ve görüntüleme istenmektedir.

- Kan tetkikleri: Tam kan sayımı, üre, kreatinin, sodyum, potasyum, klor, AST, ALT, total bilirubin, LDH, CPK, D-dimer, ferritin, troponin, C-reaktif protein değerleri istenir.

- Görüntüleme: Akciğer grafisi çekilerek değerlendirilir, tanımlanmış durumlarda uygun teknikle (kurşun plakalar ile batının korunması) akciğer BT çekilir. BT çekilemeyecek olan kadınlarda öykü ve muayene bulgularına göre klinik tanıya karar verilir. Çapraz bulaşı önlemek için her hastadan sonra BT cihazının uygun şekilde temizlenmesi önerilmektedir.

- Kadının genel durumu stabil değilse solunum ve dolaşım desteği sağlanır ve ilgili servise yatırılır. ([Sağlık Bakanlığı, 2020a](#); [Türk Neonatoloji Derneği, 2020](#)).

COVID-19 Bulaşma Yolu

Hastalığın damlacık ve temas yoluyla bulaştığı bilinmektedir. Çin’de yapılan bir araştırmada 38 hastanın semen analizi COVID-19 yönünden incelenmiştir. Araştırmada klinik olarak iyileşmiş olan 23 hastanın 4’ünün, hastalığın akut fazında olan diğer 15 kişinin 2’sinin semen analizinde COVID-19 pozitif olarak saptanmıştır ([Li ve diğerleri, 2020](#)). Bu araştırma sonucu bize hastalığın cinsel yolla da bulaşabileceğini ve COVID-19’un önlenmesinde ve kontrolünde dikkate alınması gereken bir veri olduğunu göstermektedir.

Asemptomatik kişilerin solunum yolu salgılarında virüs tespit edilebilmekte, ancak esas bulaşma hasta bireylerden olmaktadır. Çin’deki olguların epidemiyolojik özellikleri incelendiğinde ortalama inkübasyon süresinin 5-6 gün olduğu bazı vakalarda 14 güne kadar uzayabileceği gözlenmiştir ([Sağlık Çalışanları Rehberi, 2020](#)). Şubat ayı sonlarında yerli bulaşım yaşandığı ülkeler ortaya çıkmaya başlamıştır. Mart 2020 başı itibarıyla Çin’de salgının hızı yavaşlarken, İran, İtalya, İspanya, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’nde COVID-19 vakaları ve buna bağlı ölümlerde hızlı artış gözlemlenmiştir. Hastalık, insandan insana bulaşma özelliği nedeniyle dünyada dolaşım serbestisi ile birlikte hızla yayılmıştır.

COVID-19’da Belirtiler ve Bulgular

İnsanlarda koronavirüsün sebep olduğu bu hastalık; basit soğuk algınlığından, ağır akut solunum sendromuna kadar değişkenlik gösterebilmektedir ([Sağlık Bakanlığı, 2020b](#)). Vakalarda ateş, dispne ve radyolojik olarak bilateral akciğer pnömonik infiltrasyonu ile uyumlu bulgular tespit edilmiştir ([Zu ve diğerleri, 2020](#)). COVID-19 tanılı 9 gebenin dahil edildiği retrospektif bir vaka raporuna göre klinik bulgular gebe olmayan hastalarla benzer niteliktedir. Araştırmada yer alan gebelerin yedisinde ateş, dördünde öksürük, üçünde kas ağrısı, ikisinde boğaz ağrısı ve halsizlik bildirilmiştir. Beş vakada lenfopeni görülürken üçünde aminotransferaz yüksekliği görülmüştür. Vakaların hiçbiri ağır pnömoni veya ölüm ile sonuçlanmamıştır ([Chen ve diğerleri, 2020](#)). Genel popülasyon üzerinde Huang ve diğerleri (2020) yaptığı çalışma; hastaneye yatırılan laboratuvar onaylı COVID-19 enfeksiyonu olduğu tespit edilmiş 41 hastayı kapsamaktadır. Hastaların %73’ünün erkek olduğu; %20’sinin diyabet, %15’inin hipertansiyon ve %15’inin kardiyovasküler hastalık gibi altta yatan hastalıkları olduğu bildirilmiştir. Hastalığın başlangıcında daha yoğun görülen semptomlar olarak; %98’inde ateş, %76’sında öksürük, %44’ünde miyalji veya yorgunluk, daha az görülen semptomlar olarak ise %28’inde balgam, %8’inde baş ağrısı, %5 hemoptizi ve %3’ünde ishal olduğu bildirmiştir. Hastaların %55’inde dispne, %63’ünde lenfopeni ve 41 hastanın hepsinde göğüs BT’sinde anormal bulguları olan pnömoni olduğu bildirilmiştir. Komplikasyonlar arasında akut solunum sıkıntısı sendromu %29, akut kalp hasarı %12 ve ikincil enfeksiyon %10 olduğu görülmüştür. Yoğun bakım ünitesine 13’ünün kabul edildiği ve altı hastanın öldüğü bildirilmiştir ([Huang ve diğerleri, 2020](#)).

COVID-19 Risk Faktörleri

DSÖ’nün Çin Halk Cumhuriyeti’ne ait COVID-19 raporuna göre; ölüm vakalarının genellikle ileri yaştaki ya da eşlik eden sistemik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik akciğer hastalıkları başta olmak üzere diğer immunosüpresif durumlar) olan bireylerde olduğunu bildirmiştir ([Sağlık Bakanlığı, 2020a](#)).

Gebelerin COVID-19’a yakalanma riskinin diğer yetişkinlerle benzer olduğu açıklanmıştır ([CDC, 2020](#)). DSÖ, gebelikte koronavirüs enfeksiyonu ile ilgili veriler sınırlı olsa da gebe olmanın ağır seyirli COVID-19 için risk yaratmadığını açıklamıştır ([WHO, 2020b](#)). Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucu yarı allojenik kabul edilen fetüse karşı bağışıklık toleransı gelişmesi ve bağışıklık sisteminin baskılanması söz konusudur ([Schumacher, 2017](#)). Gebelerin influenza gibi viral solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı hastaneye yatış ve komplikasyon gelişmesi açısından daha riskli oldukları bilinmektedir ([Mertz ve diğerleri, 2017](#); [Racicot ve Mor, 2017](#)). Kardiyovasküler hastalığı, hipertansiyonu veya diyabeti olan gebeler ile ACE-2 tedavisine devam eden gebelerde enfeksiyon riskinin artabileceği

göz önünde bulundurulmalıdır. Gebeliğin birinci ve ikinci trimesterinde COVID-19 enfeksiyonunu araştırmanın ve takip etmeye devam etmenin çok önemli olduğu vurgulanmakta; ayrıca salgının sonuna kadar en az bir yıl veya daha uzun süre takip edilmesi gerektiği öne sürülmektedir ([Fang, Karakiulakis ve Roth, 2020](#); [Jiao, 2020](#)).

COVID-19'da Tedavi

COVID-19'un tedavisinde gebelere multidisipliner ekip yaklaşımı gereklidir. Komplike olmayan COVID-19'lu gebelerde tedavisiz izlem yeterli iken, olası tanılı gebelerde risk faktörünün bulunması veya tablonun ağır ilerlemesi halinde tedaviye başlanması önerilmektedir ([TMFTP, 2020](#)). Komplike durumlarda öncelik destek tedavisine verilmelidir. Destek tedavisi; oksijen tedavisi ve sıvı-elektrolit tedavisini kapsar. Gerekli olduğu durumlarda total parenteral nutrisyon desteği ile mekanik ventilasyon desteği sağlanır. Ağır solunum yetmezliği durumunda yüksek doz surfaktan ve ECMO gibi alternatiflerin kullanılması da söz konusudur ([Türk Neonatoloji Derneği, 2020](#)).

Koronavirüse özgü bir ilaç henüz yoktur, sıtma ve diğer enfeksiyonlardaki etkisi bilinen ilaçlar kullanılmaktadır. İlaç tedavisi olarak, Çin Halk Cumhuriyeti Zhejiang Üniversitesi'nin yayınladığı rehberde göre gebelerin Lopinavir/Ritonavir tabletlerini kullanılabilirliği; Favipiravir ve Klorokin fosfatın ise gebelerde, lohusalarda ve emziren annelerde önerilmediği açıklanmıştır ([Liang, 2020](#)). COVID-19 kesin tanılı gebelere 10-14 gün süren Lopinavir 200 mg/Ritonavir 50 mg tablet veya 5 gün süren Hidroksiklorokin 2x400 mg yükleme dozunu takiben, 2x200 mg oral tedavi önerilmektedir ([Sağlık Bakanlığı, 2020a](#)).

Yapılan bir çalışmada kadın donörlerden alınan östrojenik bileşiklerin, primer insan nazal epitel hücrelerinde influenza A virüs replikasyonunu azalttığı bulunmuştur ([Peretz ve diğerleri, 2016](#)). Yapılan bir diğer çalışmada, üzüm çekirdeği ve kırmızı şaraptan elde edilen bir fito-östrojen olan resveratrolün in-vitro çalışmalarında güçlü bir anti-MERS ajanı olduğu saptanmıştır ([Lin ve diğerleri, 2017](#)). Resveratrolün insanlarda ACE-2'yi düzenleme etkisine ilişkin acilen çalışmalar yapılması gerektiği öne sürülmektedir ([Horne ve Vohl, 2020](#)). 17β - Estradiol veya fitoöstrojenin COVID-19 tedavisi için düşünülmesi gereken alternatif bir seçenek olduğu öne sürülmektedir ([Zhang ve Liu, 2020](#)).

COVID-19'un Maternal ve Fetal Sonuçları

COVID-19 enfeksiyonunun maternal ve fetal sonuçlarına ilişkin çalışmaların sayısı sınırlıdır. Yapılan bir çalışmada 38 gebenin herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, dört gebenin erken doğum (36-37 haftalar arası) yaptığı bildirilmiştir. Vakaların ikisinde fetal distres, ikisinde de erken membran rüptürü saptanmıştır. Hiçbir gebede ağır pnömoni gelişmediği ve maternal ölüm olmadığı bildirilmiştir ([Schwartz, 2020](#)). Gebelikte bildirilen diğer COVID-19 pnömoni vakaları daha orta düzeydedir ve iyileşme iyidir ([Liu ve diğerleri, 2020](#)). New York'ta yapılan bir vaka serisi araştırmasında COVID-19 test sonucu pozitif olduğu saptanan 43 gebenin, hastalık şiddetinin gebe olmayan yetişkinlere benzer olduğu saptanmıştır. Gebelerde hastalığın %86'sında hafif, %9'unda şiddetli ve %5'inde ise kritik seyrettiği ancak kesin bir sonuç ortaya koymak için örneklemin yeterli olmadığı bildirilmiştir. Ayrıca yaş, cinsiyet veya komorbidite açısından karşılaştırma yapılmamıştır ([Breslin ve diğerleri, 2020](#)).

Gebelik sırasında anneden çocuğa koronavirüs bulaşması ile ilgili kesinleşmiş bir veri yoktur. Yapılan bir çalışmada, amniyotik mayi, anne sütü, umbilikal kord kanı ve yenidoğanın boğazından alınan sürüntü örneklerinde virüse rastlanmadığı bildirilmiştir ([Chen ve diğerleri, 2020](#)).

COVID-19'da Gebeler için Önlemler

Gebelerin COVID-19'a yönelik almaları gereken önlemler, diğer bireylerinki ile benzer niteliktedir ve hayati öneme sahiptir. Bunu sağlamak için gebeler;

- Ellerini sık sık sabun ve suyla yıkamalı,
- Öksürürken veya hapsirirken ağızını ve burnunu kumaş veya kâğıt bir mendille veya dirseğinin içiyle kapatmalı,
- Kumaş bir mendil kullanıyorsa mendilini sık sık yıkamalı. Kâğıt mendil kullanıyorsa kullanılmış mendili hemen atmalı,
- Sosyal mesafeyi korumalı - kalabalık yerlere gitmemeli, toplu taşıma araçlarını kullanmaktan kaçınmalı.

- Ateş veya öksürük şikâyeti olan veya öksüren veya hapşırarak kişilerle temastan kaçınmalı
- Gözlere, buruna ve ağıza mümkün olduğunca dokunmamalı,
- Masalar, kapı topuzları/kolları, cep telefonları ve diğer gündelik nesnelere gibi sık temas edilen bulaşık yüzeyleri temizlemeli/dezenfekte etmeli.
- Öksürük, ateş veya nefes darlığınız varsa, derhal doktorunuza başvurmali,
- Bir sağlık kuruluşuna gitmeden önce kuruluşu arayın ve yetkili yerel sağlık kurumunuzun talimatlarını izlemeli,
- Hasta olan, virüse maruz kalan veya COVID-19'lu hastalara temas etme şüphesi olan insanlarla yakın temastan kaçınmalı,
- 28. gebelik haftasından sonra sosyal mesafe ve diğer insanlarla teması en aza indirmeye özellikle dikkat etmelidir ([RCOG, 2020](#); [UNFPA, 2020](#)).

Telesağlık

Sağlık hizmetlerinde telekomünikasyon teknolojisinin kullanılması telesağlık olarak tanımlanır ([Rudel, Fisk ve Roze, 2011](#)). Bunlar doğrudan hasta bakımı, hasta eğitimi ve danışmanlık gibi diğer sağlık hizmetlerini içermektedir ([Olson ve Thomas, 2017](#)). Sağlık bakım hizmetinin sunulmasında iletişim teknolojilerinden faydalanılmasının önemi, pandemi koşullarında daha çok ortaya çıkmıştır.

DSÖ, 25 Ocak 2020'de İngilizce, Fransızca, İspanyolca ve Çince olmak üzere COVID-19'un neden insan sağlığı için küresel bir tehdit olduğu ve toplumların müdahaleye nasıl etkili bir şekilde dahil edileceği gibi konular hakkında ücretsiz çevrimiçi tanıtım kursu başlatmıştır ([WHO, 2020d](#)). Sonrasında ise bu pandemi sürecinde yaklaşık 11.000 Afrikalı sağlık çalışanının COVID-19 konusunda İngilizce, Fransızca ve diğer dillerde ücretsiz olarak çevrimiçi kursları aracılığıyla eğitildiğini duyurmuştur ([WHO, 2020e](#)).

DSÖ 5 Mart 2020'de, insanları güvenli, akıllı ve nazik olmaya teşvik eden "Be Ready/Hazır Ol" adlı yeni bir sosyal medya kampanyası başlatmış ve multidisipliner bir yaklaşımla devlet yönetimleri, işletmeleri ve bireyleri COVID-19'a hazır olmaya çağırmıştır ([WHO, 2020f](#)). DSÖ, COVID-19 ile ilgili sağlık çalışanları, karar otoriteleri ve halk için çevrimiçi ders veya öğrenme kaynakları sağlayacak kurslar düzenlemiştir. Bu kurslara 320.000'den fazla kişinin kaydolduğunu, pandemi devam ettikçe, yeni kaynakların ekleneceğini, ek dil sürümleri sunulmaya devam edileceğini ve mevcut derslerin gelişmeler doğrultusunda güncelleneceğini duyurmuştur ([WHO, 2020g](#)). DSÖ, WhatsApp ve Facebook iş birliği ile DSÖ Sağlık Uyarısı platformunu (WHO Health Alert platform) oluşturmuştur. Bu hizmet ile bireylerin kendilerini COVID-19'dan korumaları, virüsün yayılmasını engellemeleri ve hastalıkla ilgili doğru bilgi edinmeleri hedeflenmiştir. Bireylerin sorularının Artificial Intelligence Chatbot - Yapay Zeka Destekli Sohbet Robotu aracılığıyla cevaplanacağı belirlenmiştir ([WHO, 2020h](#)). DSÖ insanları koronavirüsten korumak için farklı dillerde WhatsApp ve Facebook ile kullanımı kolay bir mesajlaşma servisi ile 2 milyar insana ulaşma potansiyeline sahip olacak ve ihtiyacı olan kişilerin eline doğrudan bilgi almasını sağlayacaktır. Diğer yandan, ülke karar mekanizmalarının nüfuslarının sağlığını korumalarına yardımcı olmak için en son durum raporlarını ve sayılarını gerçek zamanlı olarak sağlayacağını belirtmiştir. Hizmete, WhatsApp'ta bir ileti dizisi açan bir bağlantıyla erişilebileceğini duyurmuştur. Kullanıcılar konuşmayı etkinleştirmek için "hi", "salut", "hola" veya "أهلاً" yazabilmekte ve COVID-19 ile ilgili sorularına yanıt alabilmektedir ([WHO, 2020i](#)).

DSÖ, COVID-19 pandemisini yönetmeye yönelik geçici danışmanlık başlıklı hizmeti ile de bilim insanları, halk sağlığı karar otoritesi, tıp gazetecileri, teknoloji ve sosyal medya platformları ile sivil toplumu bir araya getiren bir istişare platformu oluşturarak COVID-19 hakkındaki yanlış bilgileri, söylentileri ve mitleri azaltırken güvenilir bilgilerin paylaşılmasına yardımcı olacak müdahaleler için bir çerçeve geliştirmeyi amaçlamıştır. Konular, internetteki bilgi hacminin farkındalığının artırılması, sağlıkla ilgili karar almak için nitelikli kaynakların kullanımıyla ilgili algıların ve dijital okuryazarlığın güçlendirilmesini içermektedir ([WHO, 2020f](#)).

Pandemi Sürecinde Ebelik ve Hemşirelik Bakımında Telesağlık Uygulamaları

Ülkemizde pandemi sürecinde, kamu ve özel hastanelerde çalışan ebeler ve hemşireler hem perinatal dönemdeki kadınlara hem de COVID-19'lu hastalara hizmet verdiğinden iş yükleri çok fazladır. Ayrıca uzun çalışma saatleri, COVID-19'a maruz kalma riskine ve kendi ailelerine bulaştırma ile ilgili endişelere neden olmaktadır. Bu da stres ve tükenmişlik sendromuna yol açmakta ve bakım verici rollerinin sektöre uğramasına neden olabilmektedir ([Wilson ve diğerleri, 2020](#)). Bu nedenle ebelerin ve hemşirelerin sağlık sistemi içinde desteklenmesi önem arz etmektedir. DSÖ, COVID-19 pandemisi sürecinde, ülkelerin uyguladıkları karantinalardan dolayı hem halka hem de sağlık profesyonellerine güncel bilgi sunabilmek ve multidisipliner çalışma olanaklarını sağlamak amacı ile günümüzün en etkin iletişim araçlarını kullanmayı tercih etmiş ve destek sağlamaya çalışmıştır ([WHO, 2020g](#)).

Telesağlık; ses, görüntü, konuşma, video konferans, telefon hattı, uydu bağlantısı, dijital kablosuz bağlantı gibi iletişim teknolojilerini, bilgisayar, faks cihazı, cep telefonu gibi medya araçlarını içeren bir sistemdir ([Pazar, Taştan ve İyigün, 2015](#)).

Ebelerin ve hemşirelerin iyi desteklendiği bir sağlık sisteminde telesağlık önemli bir yere sahiptir. Telesağlık, pandemi nedeniyle hastanelere ve aile sağlığı merkezine gidemeyen veya gitmek istemeyen kadınlara uzaktan ve çevrimiçi iletişim araçları ile danışmanlık hizmeti sunulabilmesini kolaylaştırır. Telesağlık hizmetiyle en az sayıda insan ile temas sağlanıp maliyet etkin hizmet sunulabilir. Dünyada pandemi nedeniyle telesağlık hizmetlerinin hiç olmadığı kadar benimsendiği ifade edilmiştir ([Webster, 2020](#)).

Gebeliğe ve doğuma hazırlık eğitimi, emzirme eğitimi ve yenidoğan bakımı gibi konular telesağlık hizmetlerinin kullanılabilir olduğu alanlardandır. Telesağlık hizmetlerinin hem sağlık profesyonelleri hem de kadınlar açısından çeşitli avantajları mevcuttur. Sağlık çalışanları için temas gerektirmeyen, bireylere ulaşmayı kolaylaştıran ve aynı anda birden fazla kişinin takip edilmesine olanak tanıyan bir hizmettir. Kadınlar açısından da ekonomik, sağlık kurumuna gitmeden sağlık hizmeti alabilmesi, zaman kaybını önlemesi gibi avantajlara sahiptir. Ancak telesağlık hizmetlerinin çeşitli dezavantajları da söz konusudur. Ebe ve hemşirelerin telesağlık teknolojilerinden yararlanılacak cihazları temin edememe, mesai saatleri içinde devam etmekte olan tedavi ve bakım hizmetlerine ek olarak telesağlık hizmetlerine yeterli zamanı ayıramama ve bireylerin veri gizliliğini sağlamada yaşanan güçlük, dezavantajlar olarak ifade edilebilir. Kadınlar için dezavantajlar ise, internet ve iletişim araçlarına erişimde güçlük, teknolojiyi kullanmada zorluk, yüz yüze iletişimdeki kadar kendilerini rahat ifade edememeleri ve veri gizliliği konusunda endişelerinin olması şeklinde açıklanabilir ([O'Connell, 2015; Pazar, Taştan ve İyigün, 2015](#)).

COVID-19 pandemisi sürecinde ebelerin ve hemşirelerin telesağlık sistemini kullanmasını destekleyecek nitelikte literatürde çeşitli örnekler mevcuttur ([Spiby ve diğerleri, 2019](#)). Yapılan nitel bir araştırmada, doğumun erken dönemindeki kadınlara video konferans yöntemi ile sağlık hizmetleri sunulması hakkında ebelerin algıları incelenmiş, sekiz ebe ile toplam dört görüşme yapılmıştır. Ebelerin, genellikle görüntülü görüşmeyi daha doğru değerlendirmeler yapmak ve güveni arttırmak için kullanma konusundaki görüşlerinin pozitif olduğu saptanmıştır. Bazı ebelerin ise hem kendileri hem de kadınlar açısından gizlilik ve erişilebilirlik ile ilgili endişeleri olduğu görülmüştür ([Spiby ve diğerleri, 2019](#)). Hemşirelerin ve ebelerin klinik uygulamalarında video konferans kullanımını hakkındaki algılarını belirlemek amacıyla yapılmış 9 nitel araştırmanın dahil edildiği bir meta-sentez çalışmasında, video konferans yönteminin avantajlı olduğu saptanmıştır. Ancak ebeler ve hemşireler için kişisel, örgütsel ve profesyonel açıdan olumsuz sonuçlarının da olabileceği açıklanmıştır. Potansiyel faydaları ve sınırlamaları anlamının, gerekli eğitim/destek sağlamanın ve sonuçları gözden geçirmenin, video konferansın benimsenmesini ve sürekli kullanımını etkilediği öne sürülmüştür ([Penny, Bradford ve Langbecker, 2018](#)). Emzirme ve telesağlık ile ilgili yapılan integratif bir derlemede, telesağlık hizmetlerinin tam emzirme başarısını ve sürdürülmesini olumlu etkilediği ve kadınların memnuniyet düzeyini yükselttiği gösterilmiştir ([Dos Santos, Borges ve Zocche, 2019](#)).

Ülkemizde de ebeler/hemşireler tarafından kadınlara Zoom, Teams, Webex ve GoogleMeet gibi video konferans yazılımları ile eğitim ve danışmanlık vermesi, pandemi koşullarında önemli bir çözüm niteliğinde olabilir.

SONUÇ

Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19'un gebeler üzerindeki etkileri ile ilgili mevcut araştırmalar ve veriler yeterli değildir. Mevcut verilere göre COVID-19'un vertikal geçişi olmayıp, maternal açıdan risklerin hasta olmayanlara benzer nitelikte olması söz konusudur. Sağlık profesyonelleri COVID-19 hastası olan gebeleri takip etmeli, hasta olmayan gebelere de koruyucu sağlık hizmetleri sunmalıdır. Mevcut pandemi nedeniyle ekonomik ve insan kaynakları üzerindeki baskı telesaglık hizmetlerinin acilen geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Mevcut uygulamalar teknoloji ile yeniden sorgulanmalı ve sağlık meslek grubu dernekleri, kadın platformları ve kamu sağlık kurumları ile ortak yeni sağlık politikaları belirlenmelidir. Günümüzde konuşulan yapay zekâ destekli sohbet robotu iletişim sisteminin, kadına verilecek sağlık hizmetlerinde ebelerin ve hemşirelerin vereceği duygusal destek göz ardı edilmeden yeterli olup olmadığı sorgulanmalıdır. İzolasyon nedeniyle ebelerin ve hemşirelerin kullanacağı telesaglık hizmetlerinin geliştirilmesinin ve yaygınlaştırılmasının pandemi süreci ve pandemi sonrası için hayatı kolaylaştıran bir yöntem olabileceği akılda tutulmalıdır.

Yazarların Makaleye Katkıları

Fikir: Tuba Kızılkaya, Selma Hancıoğlu Aytaç, Saadet Yazıcı

Tasarım: Tuba Kızılkaya, Selma Hancıoğlu Aytaç, Saadet Yazıcı

Veri toplama ve/veya işleme: Tuba Kızılkaya, Selma Hancıoğlu Aytaç

Analiz ve/veya yorum: Tuba Kızılkaya, Selma Hancıoğlu Aytaç

Yazıyı yazma: Tuba Kızılkaya, Selma Aytaç Hancıoğlu

Eleştirel inceleme veya revizyon: Saadet Yazıcı

Çıkar Çatışması: Çalışmamızın tarafsızlığı ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali katkı veya diğer çıkar çatışma ihtimali (potansiyeli) ve ilişki alanı yoktur.

KAYNAKLAR

- Breslin, N., Baptiste, C., Gyamfi-Bannerman, C., Miller, R., Martinez, R., Bernstein, K., ... Fuchs, K. (2020). COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(2), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100118>
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W.,... Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*, 395(10226), 809-815.
- Dos Santos, L.F., Borges, R.F., Zocche, D.A.A. (2019). Telehealth and breastfeeding: an integrative review. *Telemedicine Journal and E-health: the Official Journal of the American Telemedicine Association*. doi: 10.1089/tmj.2019.0073
- Fang, L., Karakiulakis, G., Roth, M. (2020). Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection?. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(4), 21.
- Fryer, K., Delgado, A., Foti, T., Reid, C. N., Marshall, J. (2020). Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. *Maternal and Child Health Journal*, 24(9), 1104-1110.
- Guan, W.J., Ni, Z.Y., Hu, Y., Liang, W.H., Ou, C.Q., He, J.X., ... Du, B. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*, 382(10), 1708-1720.
- Horne, J.R., Vohl, M.C. (2020). Biological plausibility for interactions between dietary fat, resveratrol, ACE2 and SARS-CoV illness severity. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 318(5), 830-833. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.00150.2020>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... Gu, X. (2020). Wuhan, Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223), 497-506.

- Jiao, J. (2020). Under the epidemic situation of COVID-19, should special attention to pregnant women be given?. *Journal of Medical Virology*, doi: 10.1002/jmv.25771.
- Letko, M., Marzi, A., Munster, V. (2020). Functional assessment of cell entry and receptor usage for SARS-CoV-2 and other lineage B betacoronaviruses. *Nature Microbiology*, 5(4), 562-569.
- Liang, T. (ed.) Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. <https://video-intl.alicdn.com/Handbook%20of%20COVID-19%20Prevention%20and%20Treatment%20%28Standard%29.pdf?spm=a3c0i.14138300.8102420620.download.110f647f78nQom&file=Handbook%20of%20COVID-19%20Prevention%20and%20Treatment%20%28Standard%29.pdf> (Erişim: 7 Mayıs 2020).
- Li, D., Jin, M., Bao, P., Zhao, W., Zhang, S. (2020). Clinical Characteristics and Results of Semen Tests Among Men With Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(5). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.8292
- Lin, S.C., Ho, C.T., Chuo, W.H., Li, S., Wang, T.T., Lin, C.C. (2017). Effective inhibition of MERS-CoV infection by resveratrol. *BMC Infectious Diseases*, 17(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2253-8>.
- Liu, D., Li, L., Wu, X., Zheng, D., Wang, J., Yang, L.,...Zheng, C. (2020). Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. 2020) *American Journal Of Roentgenology*, 215(1), 127-132. doi: 10.2214/AJR.20.23072.
- Mertz, D., Geraci, J., Winkup, J., Gessner, B. D., Ortiz, J. R., Loeb, M. (2017). Pregnancy as a risk factor for severe outcomes from influenza virus infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Vaccine*, 35(4), 521-528.
- O'Connell, P. (2015). Advantages and challenges to using telehealth medicine. *Global Journal of Medical Research*, 15(4), 19-22.
- Olson, C. A., Thomas, J. F. (2017). Telehealth: No longer an idea for the future. *Advances in Pediatrics*, 64(1), 347-370.
- Öcal, D., Vezir, S., Karahan, Z.C. (2020). Mikrobiyolojik Tanı Yöntemleri. K.O., Memikoğlu, V.,Genç (Ed.), *COVID-19* kitabı içinde (s.19). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi. <http://www.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/121/2020/05/COVID-19-Kitap.pdf>
- Pazar, B., Taştan, S., İyigün, E. (2015). Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11(1), 1-4.
- Peretz, J., Pekosz, A., Lane, A.P., Klein, S.L. (2016). Estrogenic compounds reduce influenza A virus replication in primary human nasal epithelial cells derived from female, but not male, donors. *American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology*, 310(5), 415-425. <https://doi.org/10.1152/ajplung.00398.2015>.
- Racicot, K., Mor, G. (2017). Risks associated with viral infections during pregnancy. *The Journal of Clinical Investigation*, 127(5), 1591-1599.
- RCOG. (2020). Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals Version 8: Published Friday 17 April 2020 <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- Reynolds, R.M. (2020). Telehealth in pregnancy. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 8(6), 459-461.
- Rudel, D., Fisk, M., Roze, R. (2011). Definitions of Terms in Telehealth/Definicije pojmov na področju zdravja na daljavo. *Informatica Medica Slovenica*, 16(1): 28-46.
- Sağlık Bakanlığı. (2020a). COVID-19 Rehberi. COVID-19 (SARS-CoV2 Enfeksiyonu) Rehberi (Bilim Kurulu Çalışması). T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 11 Mart 2020. https://www.sanko.edu.tr/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19_RehberiV5-25Subat2020-1.pdf (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- Sağlık Bakanlığı. (2020b) 2019-nCoV Hastalığı Sağlık Çalışanları Rehberi (Bilim Kurulu Çalışması) T.C. 24 OCAK 2020 Nisan https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/haberler/ncov/2019nCov_Hastal_Salk_alanlar_Rehberi.pdf (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).

- Schumacher, A. (2017). Human chorionic gonadotropin as a pivotal endocrine immune regulator initiating and preserving fetal tolerance. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(10), 2166.
- Schwartz, D.A. (2020). An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 144(7), 799-805. doi: 10.5858/arpa.2020-0901-sa
- Spiby, H., Faucher, M. A., Sands, G., Roberts, J., Kennedy, H. P. (2019). A qualitative study of midwives' perceptions on using video-calling in early labor. *Birth*, 46(1), 105-112.
- TMFTP - Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği. (2020). Gebelikte Coronavirüs Enfeksiyonu (COVID-19) Hakkında Görüş (3. Bilgilendirme, 03.04.2020) <http://www.tmftp.org/files/Duyurular/TMFTP%20COVID19-3.pdf> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- Türk Neonatoloji Derneği, (2020). Gebelik, Doğum ve Lohusalık döneminde “Yeni Koronavirüs Enfeksiyonu 2019”(COVID-19) Hakkında Türk Perinatoloji Derneği Görüşü. <https://www.neonatology.org.tr/storage/2020/04/Untitled-attachment-00052.pdf> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- UNFPA, (2020). COVID-19 Gebelik ve Annelik Bakım Hizmetlerine İlişkin Teknik Bilgi Notu Paketi Güncellenme tarihi: 2 Haziran 2020 https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_covid19_gebelik_ve_anne_bakim_hizmetleri_turkce.pdf (Erişim tarihi: 22 Temmuz 2020).
- Webster, P. (2020). Virtual health care in the era of COVID-19. *The Lancet*, 395(10231), 1180-1181.
- WHO, (2020a). Pneumonia of unknown cause reported to WHO China Office. <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- WHO (2020b). Q-A-On-Covid-19-Pregnancy-Childbirth-And-Breastfeeding. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- WHO (2020c). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 109. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200710-covid-19-sitrep-172.pdf?sfvrsn=70724b90_2 (Erişim tarihi: 10 Temmuz 2020).
- WHO (2020d). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). 25 Ocak 2020 Launch of free online introductory course on the novel coronavirus. . <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- WHO (2020e). WHO 2020, Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). 22 February 2020 “11 000 African health care workers have been trained on COVID-19” <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- WHO (2020f). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). 5 March 2020 “Launch of Be Ready campaign”. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- WHO (2020f). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). 8-9 Nisan 2020 Ad-hoc consultation on managing the COVID-19 infodemic <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- WHO (2020g). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). More than 320 000 learners enrol in online COVID-19 courses <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- WHO (2020h.) Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). 20 Mart 2020 WHO Health Alert for coronavirus launches on WhatsApp <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).

- WHO (2020i). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19. 27 Mart 2020 WHO WhatsApp health alert launches in Arabic, French and Spanish <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (Erişim tarihi: 7 Mayıs 2020).
- Wilson, A.N., Ravaldi, C., Scoullar, M.J., Vogel, J.P., Szabo, R.A., Fisher, J.R. ... Homer, C.S. (2020). Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. *Women and Birth*. doi: 10.1016/j.wombi.2020.03.011
- Zhang, L., Liu, Y. (2020). Potential interventions for novel coronavirus in China: A systematic review. *Journal of Medical Virology*, 92(5), 479.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J. ... Niu, P. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727-733.
- Zu, Z.Y., Jiang, M.D., Xu, P.P., Chen, W., Ni, Q.Q., Lu, G.M. ... Zhang, L.J. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a perspective from China. *Radiology*. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200490>

Ayşe ÇELİK YILMAZ¹
Orcid: 0000-0002-9085-4848

Dilek AYGİN²
Orcid: 0000-0003-4620-3412

¹Arş. Gör. Msc., Sakarya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi
Hastalıkları Hemşireliği AD.

²Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği AD.

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Ayşe ÇELİK YILMAZ
E-mail: acyilmaz@sakarya.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Cerrahi gecikme; cerrahi operasyonun
iptali; elektif cerrahi; perioperatif bakım.

Key Words:

Surgery delay; surgery cancellation;
elective surgery; preoperative care.

Elektif Cerrahi Süreçte Yaşanan ve Göz Ardı Edilen Bir Sorun: Ameliyatın Gecikmesi ve İptali

A Neglected Problem During Elective Surgery: Delay and Cancellation of Surgery

* Bu çalışma, 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri (P-58) olarak sunulmuştur (3-6 Ekim 2019 Çeşme, İzmir).

Gönderilme Tarihi: 20 Eylül 2019

Kabul Tarihi: 14 Eylül 2020

ÖZ

Elektif cerrahi işlemlerin gecikmesi veya iptali dünya çapında görülen ve bir hastaneden diğerine değişebilen çok faktörlü sorundur. Ameliyatların herhangi bir sebepten dolayı gecikmesi ya da iptal edilmesi hem kurum hem de hasta üzerinde istenmeyen sonuçlara yol açar. Cerrahi programdaki son dakika değişiklikleri yoğun bakım ve ameliyathaneyi de içeren birçok birimin iş akışını etkilemektedir. Bu durum verimliliği azaltmakta, bekleme süresini arttırmakta, kaynakların uygun kullanılmamasına ve maliyetin artmasına yol açmaktadır. Cerrahi iptal oranını azaltmak için iptal nedenlerini analiz etmek önemlidir. Araştırmalar iptallerin %50 ila %65'inin önlenebilir nedenlerden kaynaklandığını göstermektedir. Birçok çalışma iptal nedenlerini, kurumla, hastayla ve sağlık profesyonelleri ile ilgili nedenler olmak üzere üçe ayırmıştır.

Cerrahi gecikme ve iptalleri azaltmak için; standardize hasta hazırlık protokolünün kullanılması, birimler arası iletişimin artırılması, acil durumlara ve ameliyat planındaki değişikliklere göre bir eylem planı oluşturulması, gününbirlik ameliyatlarda hastalar ile telefon ile iletişim kurulması, iptal/gecikmelerin rapor edilmesi önerilmektedir. Yapılan araştırmalar ameliyat iptalini ve gecikmelerini azaltmada cerrahi süreçteki hemşirelik bakımının önemli bir unsur olduğunu göstermektedir. Ameliyat öncesi değerlendirme, hastanın cerrahiye fizyolojik ve psikolojik hazırlığı, ekip içi iletişim, ameliyat için gerekli ekipmanın ve malzemenin hazırlığı hemşirenin rutin bakımda uygulandığı, iptal ve gecikmeleri önleyen girişimlerdir. Bu derlemenin amacı, elektif cerrahi işlemlerin gecikme ve iptal nedenlerini, yol açtığı sorunları ve önlenmesi için uygulanabilecek stratejileri literatür ışığında incelemektir.

ABSTRACT

Cancellation of elective surgery is a multifactorial problem that can be seen worldwide and may vary from one hospital to another. The cancellation or delay of elective surgery for any reason leads to unintended consequences on both the hospital and the patient. The problem of last-minute changes in a surgical schedule is complex and involves multiple clinical systems such as operating room, postanesthesia care unit and intensive care unit. This reduces productivity, increases waiting time, leads to an inefficient use of resources and an increase in costs. It is important to analyze the cancellation reasons to reduce the cancellation rate. Research shows that 50/65% of cancellations are caused by preventable causes. Many studies have divided the causes of cancellation into three as causes related to the hospital, patient and health professionals.

To reduce surgical delays and cancellations; it is recommended to use a standardized pre-preparation protocol for patients, increase inter-unit communication, create an action plan according to emergency situations and changes in the operation plan, communicate with the patients in daily operations and report cancellations/delays. In studies shows that perioperative nursing care is an important factor that can reduce cancellation and delays. Preoperative evaluation, physiological and psychological preparation of the patient for surgery, intra-team communication, the equipment required for surgery and the preparation of the material are included in the routine care of the nurse and the procedures to prevent cancellations and delays when fully implemented. The purpose of this review is to investigate the effect of unexpected changes in the elective surgery program and to determine the best interventions based on the literature to reduce the delay and cancellation rate of the surgeries.

GİRİŞ

Günümüzde cerrahi girişimler, anestezi uygulamalarındaki ve ameliyat sonrası bakımdaki gelişmeler sonucu en son başvurulan tedavi yöntemi olmaktan çıkıp rutin olarak uygulanmaktadır (Yavuz, 2017). Dünya genelinde 2012 yılında yaklaşık 312,9 milyon cerrahi işlem gerçekleştirilmiştir ve bu sayı gün geçtikçe artmaktadır (Weiser ve diğerleri, 2016). Cerrahi müdahale sayısı giderek artarken çeşitli nedenlerle programda ani değişiklikler olabilmekte ve cerrahi müdahaleler iptal edilebilmektedir (Al Talalwah ve diğerleri, 2019). Gerçekleşen ani değişikliklerin nasıl belgelendiği, raporlandığı ve sonuçlarının neler olduğu ülkeden ülkeye, hastaneden hastaneye değişebilmektedir. Ancak sağlık sistemlerindeki çeşitlilik, çalışma kültüründeki değişiklikler nedeniyle iptal oranlarını ve iptallerin finansal sonuçlarını kesin olarak belirlemek güçtür (Schuster ve diğerleri, 2011, Seim ve diğerleri, 2009).

Literatürde “cerrahi iptal ve cerrahi işlemin ertelenmesi” olarak isimlendirilen bu karmaşık durum; hasta, sağlık profesyonelleri ve hastane için farklı sonuçlara yol açan önemli bir problem olarak görülmektedir (Al Talalwah ve diğerleri, 2019; Leslie ve diğerleri, 2013). İptal oranları arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır ve çeşitli çalışmalarda bu oranın %1’den %23’e kadar değiştiği görülmektedir (Gillen ve diğerleri, 2009; Hovlid ve diğerleri, 2012; Sanjay ve diğerleri, 2007; Schofield et al 2005). Literatürde iptallerin yaklaşık %50 ila %65’inin önlenilebileceği öne sürülmektedir (Hovlid ve diğerleri, 2012; Turunen ve diğerleri, 2019).

Ameliyatın türü ne olursa olsun hasta ve ailesi fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik açıdan etkilenir. İnsan vücuduna müdahaleyi içeren cerrahinin öncesi-sırası-sonrasını kapsayan çok boyutlu stresli bir deneyim olduğu düşünüldüğünde, ameliyatın iptali veya gecikmesi ile hasta/ailesi üzerinde duygusal ve ekonomik açıdan olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır (Turunen ve diğerleri, 2019; Yavuz 2017). Her birey, sosyoekonomik, aile ve toplum içindeki rollerine bağlı olarak farklıdır. Ameliyat günü belirlenen bir hasta, işlerini ve ailesi ile sorumluluklarını planlar ve hastaneye bu şekilde başvurur. Ameliyatı iptal olduğunda ise bu planlamayı tekrar yapması zordur (Al Talalwah ve diğerleri, 2019; Dimitriadis ve diğerleri, 2013). Ameliyat herhangi bir nedenden dolayı iptal edildiğinde hastanın bekleme süresi uzayacağından, hastalığa bağlı semptomları devam eder, cerrahi stresi artar ve sağlık durumu kötüleşebilir (Turunen ve diğerleri, 2019). Bu ifadeyi destekleyen bir çalışma Smith ve diğerleri (2014) tarafından yapılmış; kalp cerrahisinde planlanan ameliyatların %2’si iptal edildiğini ve iptal edilen ameliyatların %20’sinin hiç yapılamadığını, ilerleyen süreçte de hastaların sağlığının kötüleştiğini belirtmişlerdir.

Cerrahi erteleme ve iptallerin sadece hasta ve ailesi için değil kurum açısından getirdiği zorluklar da bulunmaktadır. Bunlar verimliliğin azalması, kaynakların uygun kullanılmaması, kuruma olan güvenin azalması olarak sıralanabilir (Schuster ve diğerleri, 2011). Kaynakların verimli kullanılmaması nedeniyle maliyet artar, kurumlar için finansal kayıplara yol açar. İngiltere’de 2007 yılı içerisinde ameliyat planındaki beklenmedik değişikliklerin 88 milyon \$ kayba neden olduğu bildirilmiştir (Al Talalwah ve diğerleri, 2019). Amerika Birleşik Devletleri’nde 2009 yılında günübirlik elektif cerrahi işlemlerin %6,7’sinin iptal edildiği ve bu iptallerin sağlık kuruluşuna maliyetinin yaklaşık bir milyon \$ olduğu rapor edilmiştir (Turunen ve diğerleri, 2019). İran’da yapılan bir çalışmada iptal edilen hasta başına ortalama maliyetin 3.390 \$ olduğu ortaya konulmuştur (Maimaiti ve diğerleri, 2016).

Ameliyat planındaki değişikliklerden en çok etkilenen birimler; yatan hasta servisi, ameliyathane, uyanma/derlenme ünitesi ve yoğun bakım (YB) ünitesidir. Ameliyatı iptal edilen/ertelenen hasta için yapılmış olan servis ve YB hazırlıkları boşa gidebilir veya YB ihtiyacı devam eden diğer hastalardan dolayı şimdiki ameliyat iptal edilmiş olabilir. Tüm bunlar cerrahi ekibin meydana gelen değişikliğe göre hızlı bir çözüm üretmesini gerektirirken, ekip beklenen güncellemeleri yapamadığında ekip için ciddi bir zaman kaybı söz konusudur (Al Talalwah ve diğerleri, 2019). Aynı zamanda tedavi, bakım maliyeti ve ameliyathane ve sterilizasyon ünitesindeki sağlık profesyonellerinin de iş yükü de artmaktadır (Talati ve diğerleri, 2016).

Elektif cerrahinin iptali sağlık hizmet kalitesini ve hastayı olumsuz yönde etkileyen ve maliyeti arttıran önemli bir sorundur. Türkiye’de bu konuda yayınlanmış bir çalışmaya rastlanmamıştır ve kurumlarda cerrahi iptallerin nasıl raporlandığı ve kayıt altına alındığı bilinmemektedir. Dolayısıyla bu konuya dikkat çekmek amacıyla bu derlemenin yazılması planlandı. Bu derlemede amaç, elektif cerrahi programındaki beklenmeyen değişikliklerin nedenlerini ve etkilerini ortaya koymak ve ameliyatların gecikme ve iptal oranını azaltmak için uygulanan stratejileri belirlemektir.

Cerrahi İptallerin Zamana, Ameliyat Tipine ve Kuruluşa Göre Görülme Sıklığı

Literatüre bakıldığında cerrahi iptal oranları farklılık göstermektedir ([Hovlid ve diğerleri, 2012](#); [Gillen ve diğerleri, 2009](#), [Sanjay ve diğerleri, 2007](#); [Schofield ve diğerleri, 2005](#); [Turunen ve diğerleri, 2019](#)). Bu iptallerin, planlanan ameliyat zamanına kadar olan 24 saat içerisinde (ameliyattan önceki gün) ve ameliyat zamanından bir ay öncesine kadar olan iptaller olarak ele alındığı görülmektedir. İptallerle ilgili veri toplama kaynakları ise genellikle ameliyat listeleri, ameliyathane kayıtları, anestezi kayıtları ve yatan hasta formlarıdır ([Turunen, 2019](#)).

Cerrahi uzmanlık alanlarına göre cerrahi iptallere bakıldığında; genel cerrahi ve ortopedik ameliyatların en sık iptal edilen cerrahi prosedürler olduğu görülmektedir ([Cihoda ve diğerleri, 2015](#); [Holvid ve diğerleri, 2012](#)). Kumar ve Gandhi'nin (2012) çalışmasında da genel cerrahi ve ortopedik ameliyat iptalleri daha fazla olarak bildirilmiştir. Suudi Arabistan'daki 25 devlet hastanesinde yapılan çalışmada planlanan 2387 ortopedi ameliyatının %17,6'sının, 4426 genel cerrahi ameliyatının ise %7,7'sinin iptal edildiği görülmüştür ([Dhafar ve diğerleri, 2015](#)). Cihoda ve diğerlerinin (2015) çalışmasında da diğer çalışmalara benzer şekilde sıklıkla iptal edilen vakaların %32,4'ünün ortopedi, %21,4'ünün genel cerrahi ameliyatları olduğu belirtilmiştir. Cihoda ve diğerleri (2015) çalışmasında kulak burun boğaz branşında iptal oranlarının %5-20 olduğu belirtilmiş ve hastaların ameliyat randevularına uymamaları en sık cerrahi iptal nedeni olarak bulunmuştur.

Hastane türlerine göre de cerrahi iptallerin oranının değiştiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Üniversite hastaneleri en yüksek iptal oranına sahipken, bunu kaynak eksikliği nedeniyle büyük kapasiteli kamu (toplum) hastanelerinin izlediği, küçük kamu hastanelerinin ise en düşük iptal oranına sahip oldukları bildirilmiştir ([Al Talalwah ve diğerleri, 2019](#)). Brezilya'daki bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada hastanın ameliyat randevusuna uymaması nedeniyle %16,1 oranında bir iptal oranı bildirilmiştir ([Cihoda ve diğerleri, 2015](#)). Benzer şekilde, 500 yatak kapasiteli bir devlet hastanesinde ameliyathane kapasitesinin yetersizliği ve hastaların ameliyat randevusuna gelmemesi sonucunda %17,6 oranında bir iptal olduğu görülmüştür ([Kumar ve Gandhi, 2012](#)). Kırsal bölgede yapılan bir çalışmada da yüksek oranda elektif jinekolojik cerrahi işlemlerin (%12,7) iptal edildiği görülmüştür ([Wang, Samaranayaka ve Tout, 2013](#)). Genellikle bu iptaller, sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olmasına, düşük sosyoekonomik duruma ve tedaviyi anlamada zorluk çekilmesine bağlanmıştır ([Wang, Samaranayaka ve Tout, 2013](#)).

Ameliyat Planındaki Değişikliklerin/İptallerin Nedenleri

Cerrahi iptaller sağlık hizmetlerinde önemli bir kalite sorunudur. İptal oranını azaltmak için nedenlerinin analiz edilmesi gerekmektedir. Kanıtlar, iptallerin yarısından fazlasının önlenebilir olduğunu ortaya koymaktadır ([Chayla ve diğerleri, 2011](#); [Holid ve diğerleri, 2012](#); [Talalwah ve diğerleri, 2019](#); [Turunen 2019](#)). Yapılan çalışmalarda ameliyat planındaki değişikliklerin iptal nedenleri üç sınıfa ayrılmıştır: hastayla ilgili, hastaneyle ilgili ve cerrah /anestezi ile ilgili nedenler ([Talalwah ve diğerleri, 2019](#); [Turunen 2019](#)).

Hasta ile İlgili Nedenler

Hastanın planlanan tarihte hastaneye gelmemesi, kendisinin cerrahi işlemi iptal etmesi, ekonomik kısıtlılıklar, sağlık güvencesinin olmaması gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkan hasta kaynaklı faktörler nedeniyle ameliyat gecikmekte veya iptal edilmektedir ([Boudreau ve Gibson, 2011](#)). Cerrahi işlemin iptali/ertelenmesine yol açan durumlar; hastaların ameliyat öncesi değerlendirmelerinin yetersiz yapılması, kronik hastalıklarına bağlı olarak yaşam bulgularının ve laboratuvar sonuçlarının optimal düzeyde tutulmaması, hastada enfeksiyon gelişmesi ve ameliyat öncesi eğitime uyum sağlayamamasıdır ([Talalwah ve diğerleri, 2019](#)).

Yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde; hem Dhafar ve diğerleri (2015) hem de Kumar ve Gandhi (2012) iptallerin %19'unun hastaların ameliyat randevusuna gelmemesi nedeniyle olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Appavu ve diğerleri (2016) ve Bathala ve diğerleri (2013) yaptığı çalışmada ise bu oran (%63 ve %65) çok daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Hastaların ameliyat kararından vazgeçmesi nedeniyle iptal edilen ameliyatların oranı %3,8 ile %6,8 arasındadır ([Talalwah ve diğerleri, 2019](#)). Ezike ve diğerleri, (2011) çalışmasında da iptal edilen vakaların %25'inin cerrahi günü hastaneye yatış yapmama, ameliyat öncesi eğitime uymama ve planlı cerrahi günü ameliyatı reddetme gibi hastaya ilişkin nedenler olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda hastanın komorbid hastalıklarına yönelik de iptaller olabilmektedir. Chalya ve diğerleri (2011) çalışması buna örnek gösterilebilir. Bu çalışmada iptallerin %17,5'inin kontrolsüz hipertansiyon ve diabetes mellitus ile ilgili olduğu, iptaller yüzünden hastanın kalış süresinin önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir ([Chayla ve diğerleri, 2011](#)).

Hastane ile İlgili Nedenler

Hastanede ve idare ile ilgili; ameliyathane zamanının yeterli olmaması, acil vakalara öncelik verilmesi, arızalı veya eksik araç gereç, cerrahi planlamanın doğru yapılmaması, hastane yatakları ve personel eksikliği hastaneye bağlı cerrahi iptal nedenlerini oluşturmaktadır ([Dimitriadis ve diğerleri, 2015](#); [Schuster ve diğerleri, 2011](#); [Talalwah ve diğerleri, 2019](#)). Sağlık hizmetlerinde kaynakların ve hastanenin YB ve servis yatak kapasitesinin yeterliliği ameliyat planını önemli ölçüde etkilemektedir ([Talalwah ve diğerleri, 2019](#)). Ameliyat sonrası YB ünitesinde takip edilmesi planlanan hastanın, bu bölümde uygun yer olmadığı için derlenme ünitesinde daha uzun süre kalması; hasta güvenliği için risk oluşturan, bakımın devamlılığını engelleyen, hasta ve personel için stres yaratan bir durumdur ([Turunen ve diğerleri, 2019](#)).

Çalışmalarda ameliyat sürelerinin planlanandan daha uzun sürmesi en sık görülen cerrahi iptal nedeni olarak gösterilmiştir. Bu bağlamda çalışmalarda ameliyat sürelerinin uzamasına ilişkin iptal oranları farklıdır. Örneğin; Dimitriadis ve diğerleri (2013) % 17,5, Kumar ve Gandhi (2012) %63, Talati ve diğerleri (2015) % 78,1 ve Caesar ve diğerleri (2014) %82 oranında vaka süresinin uzamasına bağlı iptaller olduğunu bildirmişlerdir.

Eksik ekipman veya ekipmanın arızalanması ile ilgili cerrahi iptal oranları da çalışmalara göre değişmektedir. Schuster ve diğerleri (2011) %0,2 ve Dimitriadis ve diğerleri (2013) %2,4 gibi düşük bir iptal oranı bildirirken, Dhafar ve diğerleri (2011) %17,5 ve %28 gibi yüksek oranda iptal olduğunu rapor etmişlerdir. Çalışmalarda ameliyatların iyi planlanmaması ve buna bağlı sorunlar bir diğer iptal nedeni olarak ele alınmaktadır ([Pholman ve diğerleri, 2012](#); [Wang ve diğerleri, 2013](#)). Schuster ve diğerleri (2011) çalışmalarında ameliyat planının uygun yapılmaması nedeniyle vakaların %5'inin iptal edildiğini belirtmişlerdir.

Acil vakaların ameliyatlarına öncelik verilmesi %7,6-%28 gibi oranlarda ameliyat planının değişmesine neden olduğu belirtilmiştir ([Caesar ve diğerleri, 2014](#); [Chalya ve diğerleri, 2011](#); [Dhafar ve diğerleri, 2011](#); [Schuster ve diğerleri, 2011](#)). Hastane yataklarının yetersiz olması da vaka iptaline yol açan ana etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir ([Caesar ve diğerleri, 2014](#); [Dhafar ve diğerleri, 2015](#); [Ezike ve diğerleri, 2011](#)). Bu konuya örnek olabilecek iki çalışmada, YB ünitesinde yeterli yatak olmadığı için kalp damar cerrahisi alanında ameliyatı planlanan hastaların ameliyatlarının ertelendiği ifade edilmiştir ([Bathala ve diğerleri, 2013](#); [Cihoda ve diğerleri, 2015](#)).

Cerrah veya Anestezi ile İlgili Nedenler

Cerrahin ameliyata girememesi, anestezi personelinin eksikliği, hastaya anestezi uygulanamaması ve iki hastayı aynı zamanda ameliyata çağırma gibi cerrahla/anesteziyle ilgili durumlar ise diğer iptal nedenlerindedir. Birçok çalışmada cerrahin ameliyata girmediği/giremediği için %2,6 - %41 oranında cerrahi iptal yaşandığı bildirilmiştir ([Chalya ve diğerleri, 2011](#); [Dhafar ve diğerleri, 2015](#); [Ezike ve diğerleri, 2011](#); [Schuster ve diğerleri, 2011](#)). Anestezi ile ilgili problemler düşünüldüğünde de bu konuda yapılmış olan bir çalışmada olanakların yetersizliği (%31,8) ve anestezi ekibinin eksikliği (%36,4) öne çıkmıştır ([Talalwah ve diğerleri, 2019](#)). Ameliyathane personelinin sayı vb. nedenlerle yetersizliği de ameliyatın iptal edilmesine neden olmaktadır. Buna ilişkin yapılan iki çalışmadaki iptal oranları da %53-%63 gibi oldukça yüksek bulunmuştur ([Chalya ve diğerleri, 2011](#); [Kumar ve Gandhi, 2012](#)).

Özetle, cerrahi iptal ve erteleme sebepleri çok çeşitli olup çalışmalar arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Literatürde cerrahi operasyonların iptaline/ertelenmesine neden olan faktörlerin sıklıkla hastane ve idari kaynaklı olduğu, bunu da hastayla ilgili problemlerin izlediği belirtilmiştir. Hastanın ameliyat randevusuna gelmemesi ve ameliyat öncesi değerlendirmenin eksik yapılması da sık görülen cerrahi iptal nedenlerindedir. En düşük iptal sebebi olarak cerrahlar veya anestezi ekibiyle ilgili nedenler gösterilmektedir ([Al Talalwah ve diğerleri, 2019](#); [Turunen ve diğerleri, 2019](#)).

Cerrahi İşlemin Ertelenmesi ve İptallerin Önlenmesi için Stratejiler

Cerrahi iptallerin önlenmesi için sistematik bir kayıt protokolü gerekliliği yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır. Verimli, etkili, güvenli ve kaliteli bir cerrahi süreç oluşturmak için iptaller nedenleri ile birlikte ele alınmalıdır. Cerrahi girişim öncesi hastalar dikkatlice değerlendirilmeli ve yapılandırılmış bir ameliyat öncesi protokol izlenmelidir. Sadece yüksek kalitede hasta merkezli bakım için değil, aynı zamanda kaynak ve ekipmanın verimli kullanılabilmesi için ameliyat öncesi bakımın sistematize edilmesi gerekmektedir ([Al Talalwah ve diğerleri, 2019](#); [Turunen ve diğerleri, 2019](#)).

Personelin eğitimi ve profesyonel bir ekip kurulması, günlük vaka planlamasının yapılması, yeterli personel ve kaynak kontrolü iptal nedenlerinin azaltılmasının yönetilmesinde kritik öneme sahiptir. Dimitriadis ve diğerleri (2015)

cerrahi işlemin iptali ihtimaline karşı yedek vaka planlama, personelde oluşabilecek eksiklikler için yedek personel ayarlamasının yapılması, malzeme ve ekipman kontrollerinin yapılması gibi bazı düzenlemelerin yapılabileceğini bildirmişlerdir.

Hovlid ve diğerleri (2012) çalışmalarında bir hastanede cerrahi iş planını geliştirme, iş süreçlerinin yeniden tasarımı, personelin eğitimi ve hastaların ameliyat öncesi değerlendirmesi stratejilerini uygulayarak iki yıllık bir değerlendirme yapmışlardır. Çalışmada, ameliyat öncesi görüşmelerde ameliyat tarihlerini belirlerken hastaların fikirleri de alınmış, yapılan iyileştirmelerle elektif cerrahi iptal oranlarının azaldığı ve gerçekleştirilen operasyon sayısının arttığı görülmüştür. Benzer bir çalışma Sanjay ve diğerleri (2007) tarafından yapılmış ve sonucunda ameliyat gününün hastalarla birlikte planlanması ve planlanan günden önce hastalara hatırlatma yapılması önerilmiştir. Hastaların ameliyat gününü belirleme konusunda fikirlerini almanın onların cerrahi sürece aktif katılımlarını sağlayarak memnuniyetlerini ve cerrahi ekibe olan güvenlerini arttıracığı ifade edilmiştir ([Sanjay ve diğerleri, 2007](#)).

Hastanın hastaneye girişinden itibaren cerrahi girişime kadar olan süreçte hastanın bireysel gereksinimlerine göre belirlenen psikolojik ve fiziksel hazırlıklar ameliyat öncesi hazırlık ve bakımı içermektedir. Ameliyat öncesi bakım önemli bir hemşirelik alanıdır ve çok sayıda insana hizmet vermektedir. Hastaların cerrahi işleme bütüncül olarak hazırlanması, dikkatli bir tarama ve değerlendirmeden geçirilmesi, hastanın koşullarının optimize edilmesi cerrahi iptallerin önlenmesinde önemlidir ([Turunen, 2019](#)).

Ameliyat öncesi değerlendirmenin ve bakım modellerinin uygulanmasının cerrahi iptal oranlarını azalttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir ([Holid ve diğerleri, 2012](#); [Turunen 2019](#)). Van Klei ve diğerleri (2002) hastaların ameliyat öncesi değerlendirildiği klinikteki ekibin çalışmaları sayesinde tıbbi nedenlere bağlı iptallerin %2'den %0,9'a düştüğünü göstermişlerdir. Benzer bir çalışmada Ferschl ve diğerleri (2005) hastaların anestezi öncesi ameliyat öncesi bakım biriminde değerlendirilmesinin cerrahi iptal oranlarını %13'den %5,3'e düşürdüğünü bildirmişlerdir. Rai ve Pandit (2003) de çalışmalarında, ameliyatı planlanan hastaların hemşire tarafından ayrıntılı olarak ön değerlendirmeden geçirilmesinin iptal oranlarını azalttığını tespit etmişlerdir. Bu sonuçları destekler şekilde O'Regan ve diğerleri (2008) da bypass ameliyatı uygulanacak hastalar için multidisipliner yaklaşımla etkin ameliyat öncesi bakımın yapılması sonucunda cerrahi iptallerin azaldığını ve hasta sonuçlarının iyileştiğini gözlemlemişlerdir.

Ameliyat öncesi hastanın/ailesinin cerrahi ve hazırlıklar konusunda hemşire tarafından bilgilendirilmesi iptal oranlarının azaltılmasında önemli bir faktördür. Hastalar ameliyat öncesi erken dönemde kendisine verilen eğitimi unutabilir, bu nedenle hastalara yazılı eğitim materyali vermek, eğitim içeriğini farklı zamanlarda tekrar etmek ve yakınlarından birini de sürece dâhil etmek verilmek istenen bilgilerin kalıcılığını artıracaktır ([Turunen ve diğerleri, 2019](#)). Hastaların klinik durumlarının sık sık değişmesi iptallerde önemli nedenlerden biridir. Hastanın ameliyata alınabilmesi için diyetine dikkat etmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, bazı ilaçları almaması gibi talimatları iyi anlaması gerekmektedir. Eğer hasta istenen hazırlık girişimlerini uygulayamıyorsa veya tıbbi durumu stabil değil ise ameliyat gününden önce hastaneye yatışı yapılarak burada takip edilebilir ([Talalwah ve diğerleri, 2019](#)).

Boudreau ve Gibson (2011) pediatrik cerrahi işlemlerde en sık görülen cerrahi iptal sebebinin ameliyat gününden önce tespit edilen akut üst solunum yolu enfeksiyonları olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada "Ameliyat Öncesi ve Sonrası Enfeksiyonun Önlenmesi" isimli bir form hazırlayarak aile ziyaretleri gerçekleştirmişler ve bu ziyaretlerin sonucunda cerrahi iptal oranlarının azaldığını tespit etmişlerdir ([Boudreau ve Gibson, 2011](#)).

Doğurganlık çağındaki kadınlar için gebelik testleri ve danışmanlık ameliyat öncesi değerlendirmenin bir parçası olmalıdır. Bunun yanı sıra halk arasında tamamlayıcı tıp uygulamalarının yaygın olarak kullanıldığı da göz önünde bulundurulmalı ve bu açıdan ameliyat öncesi dönemde hasta ve ailesi sorgulanmalıdır. Çünkü tamamlayıcı uygulamalarının yan etki potansiyelinin yüksek olması nedeniyle ameliyatın iptali gerekebilmektedir. Bu nedenle ameliyattan iki hafta öncesinde bitkisel ürünlerin kullanımının bırakılması önerilmektedir ([Boudreau ve Gibson, 2011](#)).

Acil vakalara öncelik verilmesi nedeniyle cerrahi iptallerin yaşandığı bilinmektedir. Bu iptallerin önlenmesi için bazı öneriler verilebilir. Acil durumların elektif cerrahi operasyonlardan ayrı değerlendirilmesi, acil vakalara özel ilave sağlık profesyoneli bulundurulması bakım kalitesinin iyileşmesine katkı sağlar ve iptal oranlarını azaltır. Diğer bir öneri ise acil vakalara özgü bir ameliyat salonunun ayrılmasıdır. Fakat bir ameliyat salonunun bloke edilmesi hem ameliyathane kapasitesinin azalması hem de kaynakların uygun kullanılamaması gibi dezavantajları olduğu için tüm kurumlar için uygun bir öneri olarak değerlendirilemeyebilir ([Talalwah ve diğerleri, 2019](#); [Turunen ve diğerleri, 2019](#)).

Yapılan çalışmalarda ameliyat iptallerinin önüne geçilebilmesi için hastaların telefon görüşmeleri ile kontrol edilmesi başarılı bir strateji olarak önerilmektedir. De Avila ve Bocchi (2013) ameliyat öncesi dönemde hasta ile yapılan telefon görüşmelerinin iptal oranlarını önemli bir düşüşe (%18'den %5,4'e) yol açtığını bildirmişlerdir. Singhal ve diğerleri (2013) da benzer bir uygulama yapmışlar ve iptal oranının %10'dan %1,6'ya (p=0,01) gerilediğini ve maliyetin 25,881 £'dan 1,650 £'a düşürüldüğünü tespit etmişlerdir. Başka bir randomize kontrollü çalışmada, ameliyat öncesi dönemde yedi ana başlıktan oluşan kontrol listesi kullanılarak hastalarla telefon görüşmeleri yapılmış, müdahale sonucunda da ameliyat öncesinde iptal oranının %3,6'dan %0,3'e düştüğü belirlenmiştir (Gaucher ve diğerleri, 2016). Bu sonucu destekleyen bir çalışma da Hovlid ve diğerleri (2012) tarafından yapılmış olup ameliyat tarihinden iki gün önce hastalarla telefon görüşmesi yapılmasının iptal oranını azalttığını bildirmişlerdir. Kaye ve diğerleri (2015) ameliyat öncesi hastalarla yapılan telefon görüşmelerinin hem iptal oranlarını azalttığını hem de hastaların ameliyat tarihinde hastaneye gelmeme oranını %26'dan %10,8'e düşüren önemli bir unsur olduğunu saptamışlardır. Benzer bir diğer çalışmada, ameliyat onayı alınması ve hastanın cerrahi işleme uygunluğun değerlendirilmesi amacıyla hastaların ameliyat tarihinden iki gün önce telefon ile aranmasının cerrahi iptalleri %30 oranında azalttığı görülmüştür (Olson ve Dhakal, 2015).

İptallerin önlenmesi için diğer bir konu da ameliyat planı yapılırken yoğun bakım ünitesinin ve servis yataklarının doluluk durumunun hesaplanmasıdır. Serviste veya YB ünitesinde yeterli sayıda yatak bulunmadığında hastanın derlenme ünitesinde kalış süresi uzayacaktır. Ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesi (derlenme/ayılma ünitesi) hemşireleri, hasta için boş yatak sağlamaktan doğrudan sorumlu olmamakla birlikte, istenen YB yatağının uygunluğunu değerlendirmesi, bireysel hasta ihtiyaçlarını belirlemesi gerekir (Boudreau ve Gibson, 2011).

SONUÇ

Cerrahi iptallerin azaltılması ve önlenmesi için araştırma sonuçlarının pratiğe yansıtılması, hastane yönetimi ve tüm ilgili birimlerin katılımı sağlanarak çözüm stratejileri geliştirilmesi önerilmektedir. Bu konuda işbirliği yapması gereken ve sorumlu olan multidisipliner ekip; ameliyathane sorumlusu, servis hemşiresi, ameliyathane hemşiresi, anestezi uzmanı, cerrah, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesi sorumlusu, kalite birimi ve hastane yönetiminden oluşmaktadır. Bu stratejilerin öneminin ve hedeflerinin tüm personel tarafından benimsenmesi ve kullanılması zaman alabilir. Bununla birlikte sorunun önemini vurgulamak değişikliklerin uygulanmasındaki engelleri aşmada yardımcı olur. İptal ve gecikmelerin kayıt edilmesi ve nedene yönelik değerlendirmelerin yapılması, kaynakların ve personelin etkin yönetimi, çalışma veriminin artırılması, sağlık harcamalarının azaltılması, hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi için gereken çaba gösterilmelidir. Yapılan çalışmalar tüm bunlara dikkat edildiğinde maliyetin azaldığını ve hasta memnuniyetinin arttığını göstermektedir.

Yazar Katkıları:

Ayşe Çelik Yılmaz; fikir, literatür taraması, yazım, eleştirel inceleme.

Dilek Aygin; denetleme, literatür taraması, yazım, eleştirel inceleme.

Çıkar Çatışması Beyanı: Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Al Talalwah., N., McIlrot., K.H. (2019). Cancellation of surgeries: integrative review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(1), 86-96. doi: 10.1016/j.jopan.2017.09.012
- Appavu. S., Al-Shekaili. S., Al-Sharif. A., Elawdy. M. (2016). The burden of surgical cancellations and no-shows: Quality management study from a large regional hospital in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.*,16,e298-e302. doi: 10.18295/squmj.2016.16.03.006
- Bathala, S., Tardolli, A., Jaramillo, M., Morgan, N., Thomas, M. (2013). Cancellations in elective ENT surgery. *British Journal of Healthcare Management*, 19, 136-139. doi: 10.12968/bjhc.2013.19.3.136
- Boudreau, S., Gibson, M. (2011). Surgical cancellations: A review of elective surgery cancellations in the Tertiary Care Pediatric Institution. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26, 315-322. doi: 10.1016/j.jopan.2011.05.003
- Caesar, U., Karlsson, J., Olsson, L., Samuelsson, K., Hansson-Olofsson, E. (2014). Incidence and root causes of cancellations for elective orthopedic procedures: A single center experience of 17,625 consecutive cases. *Patient Safety in Surgery*, 2,8,24. doi: 10.1186/1754-9493-8-24

- Chalya, P., Gilyoma, J., Mabula, J.S., Simbila, I.H., Ngayomela, A.B., Chandika, W., Mahalu. (2011). Incidence, causes and pattern of cancellation of elective surgical operations in university teaching hospital in the lake zone Tanzania. *African Health Sciences*, 11, 438-443. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3261008/>
- Cihoda, J., Alves, J., Fernandes, L., de Souza Neto, E. (2015). The analysis for the causes of surgical cancellations in a Brazilian University Hospital. *Care Management Journals*, 16, 41-47. doi: 10.1891/1521-0987.16.1.41
- De Avila, M.G., Bocchi, S.M. (2013). Telephone confirmation of patient's intent to be present for elective surgery as a strategy to reduce absenteeism. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 189-193. doi: 10.1590/s0080-62342013000100024
- Dhafar, K., Ulmalki, M., Felemban, M., Eid Mahfouz, M., Baljoon, M., Gazzaz, Z.,..... Al-Hothali, F.T. (2015). Cancellation of operations in Saudi Arabian hospitals: Incidence, reasons, and suggestions for improvements. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31, 1027-1032. doi:10.12669/pjms.315.7932.
- Dimitriadis, P., Iyer, S., Evgeniou, E. (2013). The challenge of cancellations on the day of surgery. *International Journal of Surgery*, 11(10), 1126-1130. doi: 10.1016/j.ijsu.2013.09.002
- Ezike, H., Ajuzieogu, V., Amucheazi, A. (2011). Reasons for elective surgery cancellation in a referral hospital. *Annals of Medical and Health Science Research*, 1(2), 197-202. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23209975/>
- Ferschl, M.B., Tung, A., Sweitzer, B., Huo, D., Glick, D.B. (2005). Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. *Anesthesiology*, 103(4), 855–859. doi: 10.1097/0000542-200510000-00025
- Gaucher, S., Boutron, I., Marchand-Maillet, F., Baron, G., Douard, R., Béthoux, J.P. (2016). Assessment of a standardized pre-operative telephone checklist designed to avoid late cancellation of ambulatory surgery: The AMBUPROG multicenter randomized controlled trial. *PLoS One*, 11:e0147194. doi: 10.1371/journal.pone.0147194
- Gillen, S.M., Catchings, K., Edney, L., Prescott, R., Andrews, S.M. (2009). What's all the fuss about? Day-of-surgery cancellations and the role of perianesthesia nurses in prevention. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24(6), 396–398. doi: 10.1016/j.jopan.2009.10.008
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A.B., von Plessen, C. (2012). A new pathway for elective surgery to reduce cancellation rates. *BMC Health Services Research*, 11;12,154. doi: 10.1186/1472-6963-12-154
- Kaye, A., McDowell, J., Diaz, J., Buras, J, Young, A., Urman, R.(2015). Effective strategies in improving operating room case delays and cancellations at an academic medical center. *The Journal of Medical Practice Management*, 30, 24-29. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26062313/>
- Kumar, R., Gandhi, R. (2012). Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacolog*, 28(1), 66-69. doi: 10.4103/0970-9185.92442
- Leslie, R.J., Beiko, D., Janet van Vlymen, D. (2013). Day of surgery cancellation rates in urology: Identification of modifiable factors. *Canadian Urological Association Journal*, 7(5-6), 167-173. doi: 10.5489/cuaj.12020
- Maimaiti, N., Rahimi, A., Afzal Aghaie, L. (2016). Economic impact of surgery cancellation in a general hospital. *Ethiopian Journal of Health Development*, 30, 92-95. Erişim adresi: <https://www.ajol.info/index.php/ejhd/article/view/167749>
- Olson, R.P., Dhakal, I.B. (2015). Day of surgery cancellation rate after preoperative telephone nurse screening or comprehensive optimization visit. *Perioperative Medicine (Lond)*, 4, 12. doi: 10.1186/s13741-015-0022-z
- O'Regan, D., Shah, S., Mirsadraee, S., Al-Ruzzeh, S., Karthik, S., Jarvis, M. (2008). Implementation of a process-orientated multidisciplinary approach (POMA), a system of cost-effective healthcare delivery within a cardiac surgical unit. *Quality and Safety in Health Care*, 17(6), 459-463. doi: 10.1136/qshc.2006.021279.

- Pohlman, G., Staulcup, S., Masterson, R., Vemulakonda, V. (2012). Contributing factors for cancellations of outpatient pediatric urology procedures: Single center experience. *Journal of Urology*, 188, 1634-1638. doi: 10.1016/j.juro.2012.03.111
- Rai, M.R., Pandit, J.J. (2003). Day of surgery cancellations after nurse-led preassessment in an elective surgical centre: the first 2 years. *Anaesthesia*, 58(7),692-699. doi: 10.1046/j.1365-2044.2003.03189_3.x
- Sanjay, P., Dodds, A., Miller, E., Arumugam, P.J., Woodward, A. (2007). Cancelled elective operations: an observational study from a district general hospital. *Journal of Health Organ Manage*, 21(1), 54-58. doi: 10.1108/14777260710732268
- Schofield, W.N., Rubin, G.L., Piza, M., Lai, Y.Y., Sindhusake, D., Fearnside, M.R., Klineberg, P.L. (2005). Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *The Medical Journal of Australia*, 182(12), 612-615. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15963016/>
- Schuster, M., Neumann, C., Neumann, K., Geldner, B.G., Martin, J., Spies, C., Bauer, M. (2011). The effect of hospital size and surgical service on case cancellation in elective surgery: Results from a prospective multicenter study. *Anesthesia & Analgesia*, 113,578-585. doi: 10.1213/ANE.0b013e318222be4d
- Seim, A.R., Fagerhaug, T., Ryen, S.M., Curran, P., Sæther, O.D., Myhre, H.O., Sandberg, W.S. (2009). Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. *Surgical Innovation*, 16(2), 173-180. doi: 10.1177/1553350609335035
- Singhal, R., Warbuton, T., Charalambous, C. (2013). Reducing same day cancellations due to patient-related factors in elective orthopedic surgery: Experience of a centre in the UK. *Journal of Perioperative Practice*, 24,70-74. doi: 10.1177/175045891602400402
- Smith, M., Mauermann, W., Cook, D., Hyder, J., Dearani, J., Barbara, D. (2014). Same-day cancellation of cardiac surgery: A retrospective review at a large academic tertiary referral center. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 148,721-725. doi: 10.1016/j.jtcvs.2014.03.002.
- Talati, S., Gupta, A., Kumar, A., Malhotra, S., Jain, A. (2015). An analysis of time utilization and cancellations of scheduled cases in the main operation theater complex of a tertiary care teaching institute of North India. *Journal of Postgraduate Medicine*, 61(1), 3-8. doi: 10.4103/0022-3859.147009
- Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L., Vehviläinen-Julkunen, K. (2019). Elective Surgery Cancellations During the Time Between Scheduling and Operation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(1), 97-107. doi: 10.1016/j.jopan.2017.09.014
- Van Klei, W.A., Moons, K.G., Rutte, C.L., Schuurhuis, A., Knape, J.T., Kalkman, C.J., Grobbee, D.E. (2002). The effect of outpatient preoperative evaluation of hospital inpatients on cancellation of surgery and length of hospital stay. *Anesthesia & Analgesia*, 94(3), 644-649. doi: 10.1097/00000539-200203000-00030
- Wang, T., Samaranayaka, C., Tout, S. (2013). Cancellation on the day of elective gynecological surgery: The Counties Manukau Experience. *New Zealand Medical Journal*, 126, 96-99. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23799390/>
- Weiser, T.G., Haynes, A.B., Molina, G., Lipsitz, S.R., Esquivel, a, M.M., Gawand, e A.A. (2016). Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bulletin World Health Organization*, 94, 201-09F. doi: 10.2471/BLT.15.159293
- Yavuz, M. (2017). Ameliyat Öncesi Bakım. A. Karadakovan, F. Eti Aslan. (Ed). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* kitabı içinde.(s. 225-240).Ankara: Akademisyen Kitapevi .

Seher DURĞUT¹
Orcid: 0000-0003-0730-1968

Yurdagül YAĞMUR²
Orcid: 0000-0001-7798-6515

¹ Öğr. Görevlisi., Gaziantep Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü.

² Prof. Dr., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi.

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Yurdagül YAĞMUR
E-mail: yurdagul.yagmur@inonu.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Mikrobiyota; kadın sağlığı; çocuk sağlığı.

Key Words:

Microbiota; women health; child health.

Mikrobiyotanın Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi

The Effect Of Microbiota On Women's And Children's Health

Gönderilme Tarihi: 17 Mart 2020

Kabul Tarihi: 2 Temmuz 2020

ÖZ

İnsan vücudunda virüs, bakteri ve mantar gibi mikrobiyal türlerden oluşan tüm mikroorganizmalar mikrobiyota olarak adlandırılır. İnsan mikrobiyomu sağlığın korunmasında rol oynar, fakat aynı zamanda mikrobiyal türlerdeki belirli değişimlerin anne-çocuk sağlığını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Mikrobiyota gelişimi uterin ortamda başlar ancak doğum şekli, vajinal ortam, gebelikte antibiyotik ve probiyotik kullanımı, yaşam tarzı gibi faktörlerin yeni doğan mikrobiyomunun ilk kolonizasyon sürecini etkilediği gösterilmiştir. Son yapılan çalışmalarla birlikte yaşamın ilk yıllarından itibaren oluşan mikrobiyal kolonizasyonun, kadın hayatının tüm dönemlerinde hastalık ve sağlık durumunu etkilediği düşünülmektedir. Bu derlemenin amacı mikrobiyotanın kadın ve çocuk sağlığı üzerine etkisini değerlendirmektir.

ABSTRACT

All microorganisms consisting of microbial species such as viruses, bacteria and fungi in the human body are called as microbiota. The human microbiome plays a role in maintaining health, but it is also thought that certain changes in microbial species negatively affect mother-child health. Microbiota development starts in uterine environment but such as factors delivery mode, vaginal environment, antibiotic and probiotic use during pregnancy, and lifestyle have been shown to affect the first colonization process of the neonatal microbiome. Microbial colonization, which has occurred since the first years of life with the latest studies, is thought to affect the disease and health status in all periods of women's life. The aim of this review is to evaluate the effect of microbiota on women's and children's health.

GİRİŞ

İnsan vücudunun dış yüzeyinde ve iç mukozaların belirli bölgelerinde insan sağlığına zarar vermeden yaşayan mikroorganizmalara mikrobiyota denilmektedir. Bu mikroorganizmalar vücudun homeostazisinin sağlanmasında ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynar. Aynı zamanda mukozal direnci artırarak dokuları antijen ve patojenlerden korurlar ([Mutic ve diğerleri, 2017](#); [Salman, Varol, Yıldız, Küçükzeybek ve Alacacioğlu, 2015](#)). Bu mikrobiyal hücreler kişinin yaşı, diyet alışkanlıkları, yaşam tarzı, genetik yatkınlığı ve antibiyotik kullanımı gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir ([Mammadova, 2017](#)). Mikrobiyota vücut fonksiyonları için önemlidir. Bağırsak mukozal bütünlüğünün sağlanması, zararlı bakteri istilasının önlenmesi ve bağışıklık sisteminin olgunlaşması için bağırsak mikrobiyomunda B₁₂ ve K vitaminlerinin sentezine ihtiyaç duyulur. Bununla birlikte, mikrobiyal bir dengesizlik oluştuğunda konakçı da inflamasyon, bağırsaktaki mukozal direncin kaybı, ülseratif kolit, Crohn hastalığı ve kolorektal kanser gibi ciddi hastalıklar oluşabilmektedir ([Gao, Weng, Gao ve Chen, 2013](#); [Salman ve diğerleri, 2015](#)).

Kadın genital sistemi, insan mikrobiyotası için önemli bir yaşam alanıdır. “Normal” vajinal flora da bulunan Laktobasiller sağlıklı bir vajinal ortamın oluşmasına yardımcı olmaktadır (Gao, Weng, Gao ve Chen, 2013; Salman ve diğerleri, 2015). Kadın üreme sisteminin sağlığı genellikle bir veya birkaç Lactobacillus türünün baskınlığı ve düşük mikrobiyal çeşitliliği ile ilişkilidir. Kadın alt genital sisteminde bulunan laktobasillerde azalma ve anaerob bakterilerdeki aşırı büyüme disbiyozise yani mikrobiyota dengesinde bozulmalara ve fonksiyon kayıplarına neden olur. Bu durum bakteriyel vajinozis oluşumu, Human Papilloma Virüs (HPV) prevalansında artış ve servikal kanser oluşumu, preterm doğum ile ilişkilendirilmiştir ([De Freitas ve diğerleri, 2019](#); [Wiik ve diğerleri, 2019](#)). Ayrıca annenin vajinal mikrobiyotası yeni doğanın hayatının başlangıcında yararlı bakterilerin kolonileşmesinde önemli rol oynamakta böylece bağışıklık ve sinir sistemi gelişimine katkıda bulunmaktadır ([García-Velasco, Menabrito ve Catalán, 2017](#)). Bebeklik dönemindeki mikrobiyota, gastrointestinal sistemin mukoza gelişimi ve olgunlaşması için önemlidir. Anne sütünde bulunan Bifidobakteri türleri bireyi bebeklik döneminde enfeksiyonlardan, yetişkinlik döneminde ise belirli kronik hastalıklardan korumaktadır ([Güney ve Çınar, 2017](#)). Bu derlemenin amacı mikrobiyotanın kadın ve çocuk sağlığı üzerine etkisini değerlendirmektir.

Mikrobiyata

Bir insanda bulunan mikrobiyal hücre sayısı, toplam insan hücresinden yaklaşık olarak 10 kat fazladır ([Salman ve diğerleri, 2015](#)). Bu mikroorganizmalar en fazla gastrointestinal sistemde olmak üzere, genital sistem ve deride bulunurlar ([Hurley ve diğerleri, 2019](#)).

İntestinal Mikrobiyota

İntestinal mikrobiyota gastrointestinal sistemde bulunan mikrobiyal organizmaların tamamına denir. İntestinal mikrobiyom ağırlıklı olarak firmicutes, bacteroidetes, actinobacteria ve prote-obacteria bakteri türlerini içermektedir. Bacteroidetes ve Firmicutes türleri bu mikrobiyotanın %60'ını oluşturmaktadır ([Evrensel ve Ceylan, 2015](#)). İntestinal mikrobiyota, besin elde edilmesi, epitel hücrelerin devamlılığının sağlanması, bireyin metabolik, immünolojik ve koruyucu fonksiyonlarının kazanılmasında önemli bir organdır. Bağırsak mikrobiyomundaki değişiklikler bağırsak homeostazının bozulmasına dolayısıyla disbiyozise neden olur. Bunun sonucu olarak da gastrointestinal sistem ve karaciğer hastalıkları, mide-bağırsak kanserleri, obezite, metabolik sendrom, diabetes mellitus, alerjik hastalıklar ve otizm de artış bildirilmektedir ([Koçak ve Şanlıer, 2017](#)). Deneysel bir çalışmada Clostridium difficile tanısı alan 32 yaşındaki bir kadına kendi kızından fekal transplantasyon yapılmış ve kadının iyileştiği saptanmıştır. Nakil öncesi kadının normal kiloda (vücut kitle endeksi 26) olduğu, kızının ise kilolu olduğu belirtilmiş, nakil yapıldıktan sonra kadının obez olmaya doğru hızla kilo aldığı görülmüştür. Bu durum dışkı nakli sırasında kızından gelen doğal floranın kadında obeziteye sebep olmasıyla açıklanmıştır ([Leung ve diğerleri, 2013](#)).

Vajinal Mikrobiyota

Normal bir vajinal mikrobiyota, genellikle sağlıklı bir genitöüriner durumla ilişkilendirilen Lactobacillus cinsi bakteri türlerinin varlığı ile tanımlanır ([Moreno ve diğerleri, 2016](#)). Bu bakteri anaerobik hücrelerde gelişir ve laktik asit üreterek vajinal ortamı korur ([Örüklü ve Hotun Şahin, 2018](#)). Laktik asidin dışında, Lactobacillus cinsi bakteri türlerinin yararlı özellikleri içerisinde bakteriyosinlerin (antimikrobiyal bileşikler) üretimi, vajinal epitelyuma yapışma ve mevcut besin maddelerini kullanma yeteneği yer almaktadır ([Kroon, Ravel ve Huston, 2018](#)). Ayrıca Laktobasillus türleri

vajendeki epitelyal hücrelerin bakteriler tarafından enfekte olmasını önler, virüs, bakteri veya protozoa ile enfekte olmuş hücrelerin yıkımını sağlar ve özellikle gebelik sırasında olumsuz sonuçlara yol açabilecek enflamatuvar süreçleri düzenler. Bu aktiviteler spermilere karşı immün reaksiyonları önlemek için de gereklidir ([Gabriella Torcia, 2019](#)). Buna göre, üreme çağındaki kadınlarda baskın olan beş mikroorganizma grubu (Community State Type- CST) vardır. Bu mikroorganizma gruplarının dördünde vajinal ortama yüksek oranda adapte olmuş *Lactobacillus* türleri baskınken, beşinci grup ise diğer gruplara göre daha az *Laktobasil* içeren çeşitli anaerobların hakim olduğu polimikrobiyal gruptur ([Gabriella Torcia, 2019](#); [Yuvacı ve Çevrioğlu, 2017](#)).

Vajinal bakteri toplulukları etnik gruplara göre farklılık gösterir. Afrikalı-Amerikalı kadınlarda daha yüksek bir pH, daha çeşitli anaerobik türlerin egemen olduğu vajinal gen seviyeleri ve özellikle *Laktobasillerin* daha az koruyucu türlerinin kolonizasyonu görülmektedir ([Huang, 2014](#)). Bu mikroorganizma gruplaşmalarının sıklığı sadece etnik kökene değil, aynı zamanda coğrafi kökenlere göre de farklılık gösterebilmektedir ([Kroon ve diğerleri, 2018](#)). Servikovajinal mikrobiyomdaki irksal ve coğrafi farklılıkları belirleyen faktörler henüz bilinmemektedir, ancak cinsel davranış, hijyenik uygulamalar, rektal kolonizasyon, hatta konakçının genetiği bu değişimleri oluşturabilmektedir ([Gabriella Torcia, 2019](#)). Vajinal mikrobiyota menstrüasyonun farklı aşamalarında, gebelik durumunda, kontraseptif kullanımında, cinsellikte, vajinal duş ve deodorant kullanımında, antibiyotik veya diğer ilaç kullanımlarında değişebilmektedir ([Yuvacı ve Çevrioğlu, 2017](#)).

Vajina mikrobiyotası kadının yaşam dönemlerine göre de şekillenebilmektedir. Doğumla birlikte anneden gelen östrojenin etkisiyle yeni doğan vajinasında *laktobasil* türlerinin kolonizasyonu oluşur. Doğum sonu 3.-4. haftada östrojen seviyesinin azalması ile başlayan, ergenliğe kadar devam eden süreçte anaerob ve enterik bakteri türlerinde artış gözlenirken, vajinal *laktobasil* seviyelerinde azalma meydana gelir. Vajinal epitel ince, glikojen içermemekte ve pH'ı nötrale yakındır ([Yuvacı ve Çevrioğlu, 2017](#)). Çocukluk dönemi vajina mikrobiyotasında, çeşitli anaeroblar, difteroidler, koagülaz negatif stafilokoklar ve *Escherichia coli* baskınken, ergenlikten sonra, östrojendeki artış *laktobasiller* için gerekli olan glikojen üretimini ve *laktobasil* türlerinin artmasını sağlar ([Moreno ve Simon, 2018](#); [Smith ve Ravel, 2017](#)). Menopozla birlikte östrojen seviyesinin düşmesi ve buna bağlı olarak vajinal atrofi gelişiminin *laktobasil* seviyesinde düşmeye, diğer mikroorganizmaların ise artışına neden olabileceği belirtilmektedir ([Yuvacı ve Çevrioğlu, 2017](#)). Menopoz sırasında hormonal replasman tedavisi alan kadınlarda *laktobasil* içeriği ve düşük vajinal pH değerinin korunduğu belirtilmiştir ([Moreno ve Simon, 2018](#)). İdrardaki östron seviyeleri ile dışkıdaki mikrobiyomun karşılaştırıldığı 25 erkek, 7 postmenopozal ve 19 premenopozal kadının dahil edildiği bir çalışmada; erkeklerde ve postmenopozal kadınlarda, idrardaki östrojenlerin fekal mikrobiyom zenginliği ve alfa çeşitliliğinin tüm ölçümleriyle çok güçlü ve doğrudan ilişkili olduğu, buna karşılık, gebe olmayan premenopozal dönemdeki kadınlarda östrojen seviyelerinin fekal mikrobiyom zenginliği ile ilişkisiz olduğu saptanmıştır ([Flores ve diğerleri, 2012](#)). Konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Mikrobiyota ve Enfeksiyon İlişkisi

Bilindiği gibi kadın üreme sistemi, temel olarak sağlıklı bir mikrobiyom durumu ile bağlantılı olan *laktobasil* cinsinden bakteri içeren aktif bir mikrobiyom içerir. Bununla birlikte, iç ve dış faktörlere cevap olarak ortaya çıkan bu mikrobiyomun zamansal dalgalanmaları, üreme sistemi organlarının fizyolojisini etkileyebilir ve hatta patolojik durumlara yol açabilir ([Moreno ve Simon, 2018](#)). *Laktobasiller* vajinada potansiyel olarak zararlı organizmaların gelişimi için koruyucu bir faktör olan asidik bir vajinal ortam üretir. Daha yüksek pH ve daha fazla anaerobik tür çeşitliliğine sahip bir vajinal mikrobiyom cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların görülme sıklığında artış ve preterm doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili diğer organizmaların büyümesi için ortam oluşturur ([Amabebe ve Anumba, 2018](#); [Dunn, Jordan, Baker ve Carlson, 2017](#)).

Laktobasiller kadın genito-üriner sistem sağlığını korumada ve enfeksiyonları önlemede önemlidir. *Laktobasillerin* azalması üreme çağındaki kadınlarda en yaygın vajinal enfeksiyon olan Bakteriyel Vajinozis (BV) oluşumunu kolaylaştırır ([Gabriella Torcia, 2019](#)). *Laktobasiller* BV ile ilişkili bakterilerin büyümesini; patojenlerin vajina epiteline yapışmasını önleyerek, hidrojen peroksit üreterek ve anaerob bakteriler tarafından üretilen laktik asit ile vajen pH'ını düşürerek engellerler ([Yuvacı ve Çevrioğlu, 2017](#)). BV, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve HPV dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilişkisi nedeniyle bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir ([Di Paola ve diğerleri, 2017](#); [Gao ve diğerleri, 2013](#)). Yapılan çalışmalarda BV, HPV enfeksiyon prevalansı, sürekliliği ve Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN) gelişimi ile ilişkilendirilmiştir ([De Castro-Sobrinho ve diğerleri, 2016](#); [Guo, Qiao, Zhao ve Geng, 2012](#)). HPV

enfeksiyonu olan ve olmayan kadınlarda vajinal mikrobiyotanın karşılaştırıldığı bir çalışmada, HPV pozitif kadınların vajinal mikrobiyotasındaki biyolojik çeşitliliğin anlamlı olarak daha fazla olduğu, Gardnerella vaginalisin HPV pozitif kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunduğu saptanmıştır (Gao ve diğerleri, 2013). Mitra ve diğerleri (2015) farklı derecelerde servikal lezyonları olan 169 kadından oluşan bir kohort çalışmada; servikal lezyonların şiddetinin artmasının, vajinal mikrobiyom çeşitliliğinin artması ve Lactobacillus türlerinin sayısının azalması ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca servikal intraepitelyal neoplazinin (CIN) Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü (LEEP) ile lokal tedavisinin, servikal mikrobiyota üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada LEEP'ten altı ve 12 ay sonra Laktobasillerde artış, Lactobacillus olmayan bakteri türlerinin sayısında, tedaviden öncekilere kıyasla bir azalma olduğu görülmüştür. CIN'li kadınların normal servikal sitolojisi olan kadınlara göre daha çeşitli servikal mikrobiyotaya sahip olduğu saptanmıştır (Wiik ve diğerleri, 2019). Güney Afrika'da kadınların vajinal mikrobiyotaları ile HIV enfeksiyonu edinme riskleri arasındaki bağlantıları tanımlamak için yapılan bir çalışmada vajina mikrobiyomunda Lactobacillus Crispatus baskın olan kadınların, vajenlerinde bakteri çeşitliliği olan kadınlardan dört kat daha düşük bir enfeksiyon riskine sahip olduğu saptanmıştır (Gosmann ve diğerleri, 2017). Aynı zamanda stres durumu vajinal enfeksiyon oranında artışa neden olmaktadır. Stres durumunda ortaya çıkan kortizol, östrojen ile ilişkili vajinal epitel olgunlaşmasını ve glikojen birikimini önler ve sonuçta laktobasillerin baskınlığını azaltırken, noradrenalin sitokinlerinin salınımını güçlendirmek için immün mediatörlerle sinerjistik olarak çalışır. Kortikal hormonlarda strese bağlı artış ve laktobasillerde azalma, vulvovajinal enfeksiyon semptomlarını kötüleştirebilir. Sonuçta, stres vajinal enfeksiyonun duyarlılığını ve ciddiyetini arttırabilmektedir (Amabebe ve Anumba, 2018).

Fertilizasyon, Gebelik ve Mikrobiyota İlişkisi

Uzun zamandır vajinanın mikrobiyom içerdiği bilinmesine rağmen, intrauterin alanın steril olduğu sanılıyordu. Ancak son yıllardaki çalışmalar endometrium, fallop tüpleri ve plasentada mikrobiyom varlığını göstermiştir (Moreno ve diğerleri, 2016). Stout ve diğerleri (2013) termde doğum yapan kadınların %26'sında preterm doğumların %54'ünde plasentanın farklı bölgelerinde gram pozitif ve gram negatif bakterilerin varlığını tanımlamıştır. Moreno ve diğerlerine (2016) göre endometriumda Lactobacillus dışındaki bakterilerin varlığı, üreme fonksiyonu üzerinde implantasyon başarısızlığı ve gebelik kaybının ortaya çıkması gibi olumsuz durumlarla ilişkilidir. Hollanda'da İn Vitro Fertilizasyon (IVF) veya IVF-İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (IVF-ICSI) tedavisi gören 303 kadının dahil edildiği bir çalışmada, embriyo transferi uygulanan 192 kadının vajinal mikrobiyotası analiz edilmiş, vajinal örneklerinde Lactobasil yüzdesi düşük olan kadınların başarılı bir embriyo implantasyonuna sahip olma olasılığı daha düşük (%17.7) bulunmuştur. Ek olarak vajinal örneklerde %60 Lactobacillus crispatus olan kadınların gebelik şansının daha yüksek olduğu ve bu kadınların yarısından fazlasının (95 kişiden 50'si) gebe kaldığı bulunmuştur (Koedooder ve diğerleri, 2019).

Gebelik sırasında Laktobasillerin vajinadaki baskınlığı östrojen seviyelerinin artması ile açıklanmakta, aynı zamanda bu koruyucu mikrobiyomun fetal membranlarda ve plasentada potansiyel patojenlerin büyümesini önlemek için bir engel görevi gördüğü de varsayılmaktadır. Bu nedenle, vajinadaki disbiyotik sapmalar, düşük riski, erken membran rüptürü ve preterm doğum ile sonuçlanabilmektedir (Moreno ve Simon, 2018). Coulam ve diğerlerinin (2018) tekrarlayan implantasyon başarısızlığı yaşayan 30 fertil kadın ve 10 infertil kadın üzerinde yaptıkları çalışmada IVF sonrası tekrarlayan implantasyon başarısızlığı olan kadınların endometrial biyopsilerinde, HPV-6 (%7) saptanmış ve başarısızlığın patojen virüs çeşitliliği ile ilişkili bulunduğu belirtilmiştir (Coulam ve diğerleri, 2018). Bir meta analiz çalışmasında infertil kadınların %39'unda bakteriyel vajinozis ve anormal mikroflora görüldüğü belirtilmiştir. Bakteriyel vajinozisin tubal infertilitesi olan kadınlarda, diğer infertilite nedenleri olan kadınlarla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha yaygın olduğu, ancak düşük gebelik oranlarıyla ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Van Oostrum, De Sutter, Meys ve Verstraelen, 2013). Kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise preterm eylemin ökaryotik DNA virüsü ile ilişkisine bakılmış, 128 kadının %80'inde en az bir virüs tespit edilmiştir. Preterm doğum ile spesifik bir virüs veya virüs grubu ilişkilendirilmemekle birlikte, birinci trimesterde yüksek bakteri ve viral çeşitlilik erken doğum için en yüksek risk olarak belirtilmiştir (Wylie ve diğerleri, 2018). Bununla birlikte preterm doğumu engellemek için kullanılan tedavi yöntemleri de mikrobiyal çeşitliliği etkilemektedir. Örgülü veya monofilament dikişlerle servikal serklaj yapılan kadınlarda bakteri toplulukları ve inflamatuvar sitokinlerin varlığının değerlendirildiği bir çalışmada, örgülü dikişlerin Lactobacillus oranında azalmaya neden olduğu ve bakteriyel vajinozis ile ilişkili çeşitli bakteri (Prevotella) oranlarında artış gözlemlendiği belirtilmiştir (Kindinger ve diğerleri, 2016).

Doğum Şekli ve Mikrobiyota İlişkisi

Yeni doğanda mikrobiyota kolonizasyonu doğumdan önce plasenta, fetal membranlar, amniyotik sıvı ve göbek kordonu aracılığıyla alınan mikroorganizmaların etkisiyle başlamaktadır (Dunn ve diğerleri, 2017). Fetüs doğum sırasında doğum kanalından geçerken annenin vajinal mikrobiyomuna maruz kalmaktadır. Bebeklerde mikrobiyal çeşitlilik yetişkinlere kıyasla daha az olmakla birlikte Bifidobacterium oranı daha yüksektir. Yeni doğanlarda bağırsaktaki mikrobiyal çeşitliliği ve kolonizasyonu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; vajinal muayene sıklığı, doğum ortamı (Dunn ve diğerleri, 2017), doğumun şekli, annedeki vajinal ve cilt mikrobiyotası, gebelik haftası, doğum kilosu, hastanede kalış süresi, doğumdan önce probiyotik ve antibiyotik kullanımı ve bebeğin beslenme şeklidir (Yuvacı ve Çevrioğlu, 2017). Vajinal doğumlarda yeni doğan, anneye ait kolon, deri ve vajinal mikrobiyomu ağız yoluyla alır. Böylece yaşamın ilk saatlerinden itibaren yeni doğanın bağırsağında mikrobiyal kolonizasyon oluşmaya başlar (Çetinbaş, 2017; Erbay, Topal ve Altınkaynak, 2019). Bu dönemde Escherichia coli, streptokok, stafilkok türü bakteriler yeni doğan için risk oluşturabilmektedir. Anne sütünde bulunan karbonhidratlar (galakto-oligosakkaritler), yeni doğanın bağırsağında parçalanarak laktobasillus ve bifidobakterium seviyesinin artmasını sağlar. Böylece doğum sonu erken dönemde anne sütü alan bebekler zararlı mikroorganizmalara karşı korunmuş olur (Erbay ve diğerleri, 2019).

Sezaryen yolla doğan bebeklerde, maternal vajinal ve anal mikrobiyotaya maruziyet olmadığından, bebeklerde laktobasillerin oranı daha düşük olabilmektedir. Bu nedenle sezaryen ile doğmuş bebeklerde bazı önemli laktobasil türlerinin üremesi ve bebek gaitasında bifidobakteri içeriği daha geç dönemlerde ortaya çıkmaktadır (Erbay ve diğerleri, 2019; Demirok, 2014; Yuvacı ve Çevrioğlu, 2017). Ayrıca vajinal doğumla karşılaştırıldığında sezaryen ile doğan bebeklerde bağırsak mikrobiyomu daha çok maternal deri ve oral mikrobiyom ve ameliyathanedeki bakterilerden oluşmaktadır (Backhed ve diğerleri, 2015).

Bu grup bebeklerde normal mikrobiyota bakterilerinin kazanılması güç olduğundan gastrointestinal ve immünolojik bozukluklar daha fazla yaşanmaktadır. Sezaryen ile doğmuş çocuklarda, vajinal doğanlarla karşılaştırıldığında inflamatuvar bağırsak hastalığı, obezite, astım/alerji gibi bağışıklık sistemi ile ilgili hastalıkların gelişme olasılığı daha yüksektir (Dunn ve diğerleri, 2017; Demirok, 2014). Sezaryen doğumunun yeni doğan mikrobiyom kolonizasyonu üzerindeki bir diğer etkisi de antibiyotiklere erken maruziyettir. Sezaryen doğum yapan kadınların neredeyse tamamı ameliyat sonrası enfeksiyon riskini azaltmak için intrapartum antibiyotik alır (Dunn ve diğerleri, 2017). Prematüre bebeklerde ise, sezaryen doğum, anne sütü alamama, yoğun bakım ünitesinde kalma, antibiyotik kullanımı gibi nedenlerle sağlıklı bir mikrobiyota gelişimi gecikir ve patojenlere daha fazla maruziyet görülür (Demirok, 2014). Danimarka'da yapılan bir araştırmada sezaryen doğumdan iki dakika sonra, yeni doğanların ağızları, yüzleri ve vücutları, bir saat boyunca annelerinin vajinasında bırakılmış gazlı bezle silinmiştir. Bu işlemin yapıldığı yeni doğanların bağırsak, ağız ve cilt mikrobiyomlarının standart sezaryenle doğmuş yeni doğanlara kıyasla vajinal olarak doğmuş yeni doğanlara daha benzer olduğu, bu benzerliğin bir ay boyunca devam ettiği belirtilmiştir. Bu çalışmanın bulguları, elektif sezaryen ile doğan çocukların, doğum sırasında annenin vajinal mikrobiyomuna biraz maruz kalmış olan çocuklara kıyasla, astım gibi sağlık sorunları açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermiştir (Kristensen ve Henriksen, 2016). Buna karşın vajinal ve sezaryen doğum yapan 84 kadının bebeklerinde oral, vajinal ve deri mikrobiyotasının karşılaştırıldığı diğer bir çalışmada ise, doğum şeklinin dört haftalıkdan sonraki bebek oral mikrobiyotası üzerinde etkisinin olmadığı ve bebeklerin oral mikrobiyotasının bir yaşına kadar gelişmeye devam ettiği gösterilmiştir (Hurley ve diğerleri, 2019).

Antibiyotik, Probiyotik Kullanımı ve Mikrobiyota İlişkisi

Antibiyotikler yalnız hedef patojene etki edecek seçici toksisiteye sahip olmadığı için artan kullanımla birlikte mikrobiyota üzerinde de etkilere sahiptir (Kılıç ve Altındiş, 2017). Uzun süren tedavi sonrasında mikrobiyota yapısındaki bazı bakteriler tamamen ortadan kalkabilmektedir. Antibiyotik tedavisi sonrasında mikrobiyotanın antibiyotik kullanım öncesindeki durumuna geri dönüşü antibiyotiğin etki spektrumuna, dozuna, türüne, uygulama şekline, direnç oranlarına göre değişiklik göstermektedir. Ayrıca, antibiyotiğin farmakodinamik ve farmakokinetik özellikleri de mikrobiyota üzerinde etkili olabilmektedir. Bu etkileri sebebiyle antibiyotik kullanımı normal mikrobiyal florayı bozarak disbiyozis gelişimine neden olmaktadır (Süzük Yıldız ve Öztaş, 2019). İlk mikrobiyal maruziyetin doğumdan önce ortaya çıkacağı düşünülürse, annelerin ve yeni doğanların mikrobiyomu üzerinde ek etkiler olabileceğinden, doğum öncesi dikkatli antibiyotik kullanımı gerekir (Dunn ve diğerleri, 2017).

Son zamanlarda antibiyotik kullanımının zararlı etkilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak için probiyotik kullanımı artmaktadır. Mikrobiyal bakterilerin büyük bir kısmının bağırsakta yaşaması nedeniyle, araştırmalar oral probiyotik tedavinin gastrointestinal sistem üzerindeki etkisini belirlemeye odaklanmıştır ([García-Velasco ve diğerleri, 2017](#)). Bağırsak mikrobiyomunun restorasyonuna ilk önce HIV ile enfekte bireylere prebiyotiklerin uygulanması yoluyla yaklaşılmıştır. HIV ile enfekte olmuş maymunlardan elde edilen veriler antiretroviraller ve prebiyotiklerin birlikte uygulanmasının, gastrointestinal sistemde lenfositlerin yenilenmesinde ve işlevselliğinde artış sağlayarak enflamatuvar sekelleri azaltabileceğini ve sonuçta prognozu iyileştirebileceğini göstermiştir ([Klatt ve diğerleri, 2013](#)). Hindistan'da probiyotiklerin yeni doğan sepsisi üzerine etkisini araştırmak amacıyla 149 köyden 4.556 bebeğin dahil edildiği çalışmada; araştırmaya alınan bebeklere sindirim sistemine faydalı bakteriler içeren probiyotik *Lactobacillus plantarum*'un oral bir preparatı verilmiş, probiyotiklerin bağırsakta büyümesine ve kolonileşmesine yardımcı olmak için ise prebiyotik fruktooligosakkarit (FOS) takviyesi yapılmıştır. Bebekler yaşamın ilk 60 günü boyunca izlenmiş ve yeni doğan ölümü ve sepsisinde %40'lık bir düşüş gözlemlenmiştir. Ayrıca, solunum yolu enfeksiyonlarında beklenmedik bir azalma görülmüştür ([Keet, 2017](#)). Probiyotik takviyesinin insan sağlığı üzerindeki yararlı etkileri klinisyenler tarafından giderek daha fazla tanınmaktadır. Üreme sisteminde mikroorganizmaların bolluğu ve etkisi göz önüne alındığında, üreme sağlığına olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir ([García-Velasco ve diğerleri, 2017](#)). Probiyotikler, yararlı mikroorganizmaların çoğalmasını teşvik ederek, intravajinal mikrobiyota bileşimini değiştirerek ve vajinal enfeksiyonları önleyerek vajinal mikroflora üzerinde olumlu etkiler gösterir. Probiyotikler ayrıca vajinal enfeksiyonların semptomlarını da azaltır (örn. Vajinal akıntı, koku, vb.). Bu nedenle bakteriyel vajinozis ve vulvovajinal candidiazisin önlenmesi ve tedavisinde kullanımı olumlu sonuçlar doğurabilir (Kim ve Park, 2017).

Kontraseptif Kullanımı ve Mikrobiyota İlişkisi

Vajinal mikrobiyotanın stabilitesinin ve bazı bileşimlerin östrojen döngüsüyle ilişkisi nedeniyle, kontraseptif (oral, enjekte edilen ve implante edilmiş) yöntemlerin mikrobiyota bileşimi üzerindeki etkisi de değerlendirilmiştir ([Kroon ve diğerleri, 2018](#)). Tek bir doğum kontrol yöntemi kullanan 682 kadının vajinal mikrobiyomunun incelendiği bir çalışmada Kombine Oral Kontraseptif (KOK) ve Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) kullanan kadınlarda Levonorgestrel RİA (LNG-IUS) ve prezervatif kullanan kadınlara göre bakteriyel vajinozis ile ilişkili bakteri oranının daha düşük olduğu, ayrıca KOK kullanan kadınlarda prezervatif kullanan kadınlara göre yararlı hidrojen peroksit üreten laktobasil türlerinde daha fazla kolonizasyon gözlemlenmiştir ([Brooks ve diğerleri, 2017](#)). Benzer bir çalışmada bakırlı intrauterin cihazları kullanan kadınlarda BV prevalansı başlangıçta %27'den, 30 günde %35'e, 90 günde %40'a ve 180 günde %49'a kadar artmıştır. Oral kontraseptif kullanan kadınlarda genellikle BV riskinin azaldığı saptanmıştır ([Achilles ve diğerleri, 2018](#)). Levonorgestrel RİA'nın vajinal mikroflora üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla 256 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada RİA takılmadan önceki döneme kıyasla, laktobasillerde geçici bir kötüleşme olduğu ve 3 ay LNG-IUS kullanımından sonra BV ve aerobik vajinit oranlarında artış olduğu belirtilmiştir. Candida enfeksiyonu da, LNG-IUS'un uzun süreli kullanımından sonra, kullanımından önceki döneme göre anlamlı şekilde artmıştır ([Donders Ghislain, Bellen, Ruban ve Bulck, 2018](#)). Bir başka çalışmada, 12 ay DMPA kullanımı, hidrojen peroksit üreten vajinal laktobasil fenotipinde azalma ile ilişkilendirilmiştir ([Mitchell ve diğerleri, 2014](#)).

Anne Sütü ve Mikrobiyota İlişkisi

Gebelik ve doğum döneminde anneden bebeğe geçen immün faktörler, doğum sonu dönemde de emzirme yoluyla varlığını sürdürmekte ve bebeği enfeksiyonlardan korumaktadır ([Erbay ve diğerleri, 2019](#)). Yeni doğanın bağırsağında kolonize olan ilk mikroorganizmalar, annenin vajinal, fekal ve cilt mikrobiyotası ile geçen bakterilerdir. Doğum sırasında vajinal kanaldan geçerken bebek mikrobiyotasına *E. coli*, Stafilokok, Streptokok gibi bakterilerin eklenmesinden bir süre sonra bu bakteriler anaerob bir ortam oluştururlar. Bu ortam yalnız anaerob ortamda üreyen *Bacteroides* ve *Bifido* bakterilerin kolonizasyonunu ve baskın hale gelmesini sağlar ([Güney ve Çınar, 2017](#)). Anne sütü almayan yeni doğanların bağırsaklarında bakteri çeşitliliği daha fazla iken *Bifido* bakteriler daha azdır. Anne sütünün kesilmesi yada ek besinlere başlanması ile birlikte bebeğin bağırsağında bakteri kolonizasyonu değişmekte, *Bifido* bakteri ve *Enterobacteriaceae* türü bakteri oranı azalırken *Bacteroides*, *Clostridium*, *Ruminococcus* bakteri oranında artış gözlemlenmektedir. Hem anne sütü hem de mama ile beslenen bebeklerde ise mama ile beslenen bebeklere benzer bir mikrobiyom oluşmaktadır ([Mutic ve diğerleri, 2017](#)). Boix-Amorós ve diğerleri (2016) doğumdan sonraki ilk bir ay içinde sağlıklı annelerden topladıkları süt örneklerini incelemişler. Anne sütü mikrobiyotasının çoğunlukla Stafilokok, *Pseudomonas*, Streptokok

ve *Acinetobacter*'den oluştuğunu, anneler arasında bakteri kompozisyonu ve sayısı yönünden farklılıklar olduğunu, hatta aynı annenin farklı zamanlardaki sütünde de değişiklikler olduğunu saptamıştır (Boix-Amorós, Collado ve Mira, 2016).

Bebeklerde bağırsak mikrobiyotası 12-30 ay arasında yetişkin bağırsağındaki kolonizasyona benzer bir mikrobiyotaya ulaşırken, yetişkininkine benzer kalıcı bağırsak mikrobiyotası üç yaş civarında oluşur (Güney ve Çınar, 2017). Doğal prebiyotikler ve oligosakkaritler anne sütünde bol miktarda bulunur ve yeni doğanı enfeksiyonlara karşı korurken, aynı zamanda istenmeyen bakterilerin çoğalmasını önler (Alyamaç ve Dizdar, 2017; Mutic ve diğerleri, 2017). Beyin bağırsak etkileşimi göz önüne alındığında, bağırsak mikrobiyom bileşiminin iyileştirilmesi, nörolojik gelişim için gerekli olan vitamin ve amino asitlerin bulunmasını ve metabolize edilmesini sağlar. Beyin bağırsak ekseninin hızlı gelişimi bebeğin yaşam boyu bilişsel, ruhsal ve sosyal davranışlarını etkilemesi açısından da önemlidir (Mutic ve diğerleri, 2017).

SONUÇ

Mikrobiyom ve sağlık sonuçları arasında bir ilişki olduğu, uygun vajinal, bağırsak ve anne sütü mikrobiyotasının enfeksiyonları ve kronik hastalıkları önlemede, olumlu fertilizasyon ve gebelik sonuçları elde etmede etkili olduğu belirtilmektedir. Hemşireler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde annelere ve ailelerine kanıta dayalı destekleyici bakım sağlamalı, potansiyel olarak anne-çocuk arasında ilk etkileşimin sağlıklı olması için gerekli önerilerde bulunmalıdır. Mikrobiyota üzerine erken dönemde yapılacak tüm olumlu müdahaleler öncelikle çocukluk çağında daha sonra erişkinlik döneminde daha sağlıklı bir toplumun oluşmasını sağlayacaktır. Mikrobiyotanın kadın ve çocuk sağlığına etkisi konusunda daha ileri çalışmalar, yeni tanı testlerinin ve zararlı mikrobiyal oluşumların değiştirilmesine dayanan yeni tedavi stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Yazar Katkıları

Seher Durğut; Fikir, tasarım, yazıyı yazma.

Yurdagül Yağmur; Fikir, tasarım, yorum, eleştirel inceleme.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Achilles, S.L., Austin, M.N., Meyn, L.A., Mhlanga, F., Chirenje, ZM., Hillier, S.L.(2018). Impact of contraceptive initiation on vaginal microbiota. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 218 (622), 1- 10. doi: 10.1016 / j.ajog.
- Alyamaç Dizdar, E.(2017). Anne sütünün alerjik hastalıkların gelişimine etkisi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 1000 Gün, Anne Sütü Kursu, 209-217. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/751754>
- Amabebe, E., Anumba, D.O.C.(2018). The vaginal microenvironment: the physiologic role of lactobacilli. *Frontiers in Medicine*, 5(181). doi: 10.3389/fmed.2018.00181
- Bäckhed, F., Roswall, J., Peng, Y., Feng, Q., Jia, H., Kovatcheva-Datchary, P., ...Wang, J. (2015). Dynamics and stabilization of the human gut microbiome during the first year of life. *Cell Host Microbe*, 17(5), 690-703. doi: 10.1016 / j.chom. 2015.04.004
- Boix-Amorós, A., Collado, M. C., Mira, A.(2016). Relationship between milk microbiota, bacterial load, macronutrients, and human cells during lactation. *Frontiersin Microbiology*, 7(492). doi: 10.3389 / fmicb.2016.00492.
- Brooks, J.L., Edwards, D.J., Bliithe, D.L., Fettweis, J.M., Serrano, M.G., Sheth, N.U., ... Jefferson, K.K. (2017). Effects of combined oral contraceptives, depot medroxyprogesterone acetate and the levonorgestrel-releasing intrauterine system on the vaginal microbiome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 405–413. doi: 10.1016 / j.contraception.2016.11.006.
- Coulam, C.B., Bilal, M., Maria, D., Garcia, S., Katukurundage, D., Elazızı, H., ... Dambaeva, S.V.(2018). Prevalence of HHV-6 in endometrium from women with recurrent implantation failure. *American Journal of Reproductive Immunology*. 80(1):e12862. doi: 10.1111 / aji.12862.

- Çetinbaş, A.(2017). Mikrobiyota. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 6(2), 51-56. Erişim adresi: <http://ejfm.trakya.edu.tr/userfiles/2017/August/1-ayca-cetinbas.pdf>.
- De Castro-Sobrinho, J. M., Rabelo-Santos, S. H., Fugueiredo-Alves, R. R., Derchain, S., Sarian, L. O., Pitta, D. R., ... Zeferino L.C. (2016). Bacterial vaginosis and inflammatory response showed association with severity of cervical neoplasia in HPV-Positive women. *Diagnostic Cytopathology*, 44(2), 80– 86. doi: 10.1002 / dc.23388.
- De Freitas, A. S., Thiago Dobbler, P. C., Mai, V., Procianoy, R. S., Silveira, R. C., Corso, A. L., Wurdig Roesch, L. F. (2019). Defining microbial biomarkers for risk of preterm labor. *Brazilian Journal of Microbiology*, 1-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s42770-019-00118-x>.
- Demirok, N. T. (2014). *Bebeklerden izole edilen lactobacillus spp. 'nin fonksiyonel özelliklerinin belirlenmesi*. (Doktora Tezi). Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
- Di Paola, M., Sani, C., Clemente, A. M., Iossa, A., Perissi, E., Castronovo, G., ... Gabriella Torcia, M. (2017). Characterization of cervico-vaginal microbiota in women developing persistent high-risk human papillomavirus infection. *Scientific Reports*, 7, 10200. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-09842-6>
- Donders Ghislain, G. G., Bellen, G., Ruban, K., Bulck, B. V. (2018). Short- and long-term influence of the levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena®) on vaginal microbiota and candida. *Journal of Medical Microbiology*, 67, 308–313. <https://doi.org/10.1099/jmm.0.000657>
- Dunn, A. B., Jordan, S., Baker, B. J., Carlson, N. S. (2017). The maternal infant microbiome: considerations for labor and birth. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 42(6), 318–325. doi: 10.1097 / NMC.0000000000000373.
- Erbay, E., Topal, S., Altınkaynak, S. (2019). Yaşama sağlıklı başlamanın basamakları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 64-70. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/687767>
- Evrensel, A., Ceylan, M. (2015). Bağırsak beyin eksenini: psikiyatrik bozukluklarda bağırsak mikrobiyotasının rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 461-472. doi: 10.5455/cap.20150128123852.
- Flores, R., Shi, J., Fuhrman, B., Xu, X., Veenstra, T. D., Gail, M. H., Gajer, P., ... Goedert, J. J. (2012). Fecal microbial determinants of fecal and systemic estrogens and estrogen metabolites: A cross-sectional study. *Journal of Translational Medicine*, 10, 253. doi: 10.1186 / 1479-5876-10-253.
- Gabriella Torcia, M. (2019). Interplay among vaginal microbiome, immune response and sexually transmitted viral infections. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(2), 266. doi: 10.3390 / ijms20020266
- Gao, W., Weng, J., Gao, Y., Chen, X. (2013). Comparison of the vaginal microbiota diversity of women with and without human papillomavirus infection: a cross-sectional study". *BMC Infectious Diseases*, 13(271), 1-10 . doi: 10.1186 / 1471-2334-13-271.
- García-Velasco, J.A., Menabrito, M., Catalán, I. B. (2017). What fertility specialists should know about the vaginal microbiome: a review. *Reproductive BioMedicine Online*, 1-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.04.005>.
- Gosmann, C., Anahtar, M. N., Handley, S. A., Farcasanu, M., Abu-Ali, G., Bowman, B. A., ... Kwon. D. S. (2017). Lactobacillus-deficient cervicovaginal bacterial communities are associated with increased HIV acquisition in young south african women. *Immunity*, 46(1),29-37. doi: 10.1016 / j.immuni.
- Guo, Y. Y. K., Qiao, J., Zhao, Y., Geng, L. (2012). Bacterial vaginosis is conducive to the persistence of HPV infection. *International Journal of STD and AIDS*, 23, 581–4. doi: 10.1258 / ijasa.2012.011342.
- Güney, R., Çınar, N. (2017). Anne sütü ve mikrobiyota gelişimi. *Journal Biotechnol and Strategic Health Res*, 1, 17-24. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/377371>.
- Huang, B., Fettweis, J. M., Brooks, J. P., Jefferson, K. K., Buck, G. A . (2014). The changing landscape of the vaginal microbiome. *Clinics in Laboratory Medicine*, 34 (4), 747–761. doi: 10.1016 / j.cll.2014.08.006.

- Hurley, E., Mullins, D., Barrett, M. P., O’Shea, C. A., Kinirons M., Ryan, C. A., ... O’Toole, P. W. (2019). The microbiota of the mother at birth and its influence on the emerging infant oral microbiota from birth to 1 year of age: a cohort study. *Journal of Oral Microbiology*, 11 (1). doi: :10.1080/20002297.2019.1599652.
- Keet, E. (2017). Synbiotic treatment significantly reduces infant sepsis deaths in India. *Contagion Live Infectious Diseases Today*. Erişim adresi: <https://www.contagionlive.com/news/synbiotic-treatment-significantly-reduces-infant-sepsis-deaths-in-india>.
- Kılıç, Ü., Altındış, M. (2017). Antibiyotik kullanımı ve mikrobiyota. *Journal Biotechnology and Strategic Health Res*, 1, 39-43. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/377445>.
- Kim, J. M., Park, Y. J. (2017). Probiotics in the prevention and treatment of postmenopausal vaginal infections: review article. *Journal of Menopausal Medicine*, 23, 139-145. doi: 10.6118 / jmm.2017.23.3.139.
- Kindinger, L. M., Macintyre, D. A., Lee, Y. S., Marchesi, J. R., Smith, A., McDonald, J. A. K. (2016). Relationship between vaginal microbial dysbiosis, inflammation and pregnancy outcomes in cervical cerclage. *Science Translational Medicine*, 8(350). doi: <http://dx.doi.org/10.1126/scitranslmed.aag1026>.
- Klatt, N. R., Canary, L. A., Sun, X., Vinton, C. L., Funderburg, N. T., Morcock, D. R., ... Brenchley, J. M. (2013). Probiotic/Prebiotic supplementation of antiretrovirals improves gastrointestinal immunity in SIV-infected macaques. *The Journal of Clinical Investigation*, 123(2), 903-7. doi: 10.1172/JCI66227.
- Koçak, T., Şanlı Er, N. (2017). Mikrobesein öğeleri ve mikrobiyota etkileşimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 290-302. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/32215/370460>
- Koedooder, R., Singer, M., Schoenmakers, S., Savelkoul, P. H. M., Morré, S. A., Jonge, J.D., ... Laven, J. S. E. (2019). The vaginal microbiome as a predictor for outcome of in vitro fertilization with or without intracytoplasmic sperm injection: A prospective study. *Human Reproduction*, 34 (6), 1042–1054. doi: 10.1093 / humrep / dez065.
- Kristensen, K., Henriksen, L. (2016). Cesarean section and disease associated with immune function. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 137(2), 587–590. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2015.07.040>.
- Kroon, S. J., Ravel, J., Huston, W. M. (2018). Cervicovaginal microbiota, women’s health and reproductive outcomes. *Fertility and Sterility*, 110(3), 327–336. doi: 10.1016 / j.fertnstert.2018.06.036.
- Leung, J., Burke, B., Ford, D., Garvin, G., Kom, C., Sulis, C. ve Bhadelia, N. (2013). Possible association between obesity and clostridium difficile. *Emerging Infectious Diseases*, 19, 1791-1796. doi: 10.3201 / eid1911.130618
- Mammadova, G. (2017). *Polikistik Over Sendromlu ve sağlıklı kadınlarda bağırsak mikrobiyota üyelerinden Prevotella Melaninogenica, Ruminococcus Torques ve Clostridium Difficile karşılaştırılması*. (Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- Mitchell, C. M., McLemore, L., Westerberg, K., Astronomo, R., Smythe, K., Gardella, C., ... Eschenbach D. (2014). Long-term effect of depot medroxyprogesterone acetate on vaginal microbiota, epithelial thickness and HIV target cells. *The Journal of Infectious Diseases*, 210, 651–655. doi: 10.1093 / infdis / jiu176.
- Mitra, A., MacIntyre, D. A., Lee, Y. S., Smith, A., Marchesi, J. R., Lehne, B., ... Kyrgiou, M. (2015). Cervical intraepithelial neoplasia disease progression is associated with increased vaginal microbiome diversity. *Scientific Reports*, 5, 16865. doi: 10.1038/srep16865.
- Moreno, I., Codoñer, F. M., Vilella, F., Valbuena, D., Martinez-Blanch, J. F., Jimenez-Almazán, J., ... Simon, C. (2016). Evidence that the endometrial microbiota has an effect on implantation success or failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 215(6), 684-703. doi: 10.1016 / j.ajog.2016.09.075.
- Moreno, I., Simon, C. (2018). Deciphering the effect of reproductive tract microbiota on human reproduction. *Reproductive Medicine and Biology*, 18(1), 40–50. doi: 10.1002 / rmb2.12249.

- Mutic, A. D., Jordan, S., Edwards, S. M., Ferranti, E. P., Thul, T. A., Yang, I. (2017). The *Postpartum Maternal And Newborn Microbiomes*. *Wolters Kluwer Health*, 42(6), 326-330. doi:10.1097/NMC.0000000000000374.
- Örüklü, C., Hotun Şahin, N. (2018). Erken doğum ve mikrobiyota ilişkisi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 383-392. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/461199>.
- Salman, T., Varol, U., Yıldız, İ., Küçükzeybek, Y., Alacacıoğlu, A. (2015). Mikrobiyota ve kanser, *Acta Oncologica Turcica*, 48(2), 73-78. doi: 10.5505/aot.2015.49368 .
- Smith, S. B., Ravel, J. (2017). The vaginal microbiota, host defence and reproductive physiology. *The Journal of Physiology*, 595(2),451–463. doi: 10.1113 / JP271694.
- Stout, M. J., Conlon, B., Landeau, M., Lee, I., Bower, C., Zhao, Q., ... Mysorekar, I. U. (2013). Identification of intracellular bacteria in the basal plate of the human placenta in term and preterm gestations. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 208(3), 226. e1–226.e7.doi: 10.1016 / j.ajog. 2013.01.018
- Süzük-Yıldız, S., Öztaş, D. (2019). Antibiyotik kullanımı ve obezite arasındaki köprü: mikrobiyota mı? *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 76(1), 99-108. doi: 10.5505/TurkHijyen.2018.67689.
- Van Oostrum, N., De Sutter, P., Meys, J., Verstraelen, H. (2013). Risks associated with bacterial vaginosis in infertility patients: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*, 28(7), 1809–1815. doi: 10.1093 / humrep / det096.
- Yuvacı, H. U., Çevrioğlu, A. S. (2017). Kadın üreme sistemi mikrobiyotası. *Journal Biotechnol and Strategic Health Research*, 1, 95-103. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/378336>.
- Wiik, J., Sengpiel, V., Kyrgiou, M., Nilsson, S., Mitra, A., Tanbo, T., ... Sjøborg, K. (2019). Cervical microbiota in women with cervical intra-epithelial neoplasia, prior to and after local excisional treatment, a Norwegian cohort study. *BMC Womens Health*, 19(30), 1-9. doi: 10.1186 / s12905-019-0727-0
- Wylie, K. M., Wylie, T. N., Cahill, A. G., Macones, G. A. Tuuli M. G., Stout, M. J. (2018). The vaginal Eukaryotic DNA virome and preterm birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 219(2), 189.e1–189.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.048

Olgu Sunumu (Case Report)

EGEHFD, 2020, 36 (3): 217-228

Sevda EFİL¹

Orcid: 0000-0002-4988-3743

Gül DEMİR²

Orcid: 0000-0002-3056-7775

¹Dr. Öğr. Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

²Yükseklisans öğrencisi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı.

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Sevda EFİL

E-mail: sevda_efil@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Tip-2 diyabet; gastrik bypass; hemşirelik bakımı; evde bakım; uyum.

Key Words:

Type 2 diabetes mellitus; gastric bypass; nursing care; home care; adherence.

Tip 2 Diyabetli Bireyin Gastrik Bypass Sonrası Evde Bakımının Tedaviye Uyumuna Yansması: 6 Aylık İzlem

Reflection of Home Care of The Post - Gastric - Bypass Individual With Type 2 Diabetes on Treatment Adherence: A 6-Month Follow-Up

Gönderim Tarihi: 17 Nisan 2020

Kabul Tarihi: 27 Eylül 2020

ÖZ

Kronik hastalığı olan bireyin bakım gereksinimlerinin karşılanmasında sunulan hemşirelik hizmetleri önemlidir. Olgunun, 23 yıldır tip 2 diyabeti vardır, komorbiditelerinin artması nedeniyle gastrik bypass ameliyatı yapılmıştır. Hastalığın yönetimini sağlamakta güçlük çeken bireyin ameliyat sonrası evde bakım sürecinde, holistik bir yaklaşımla hemşirelik bakımı gerçekleştirilmelidir. Bu nedenle olgu sunumu bireyin gastrik bypass sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA sınıflamasına göre evde bakım sürecini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Olgu ile ameliyattan sonra ilk izlemin ardından, 3. ve 6. ayda görüşmeler gerçekleştirilmiştir. İzlem sürecinde bireyin tedaviye uyum sağladığı, glisemik kontrolün sağlandığı, kilo verdiği, bel/kalça oranını azaldığı, lipit seviyelerinde iyileşme olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak; hemşire tarafından gerçekleştirilen 6 aylık izlemin bireyin tedaviye uyum sürecine katkı sağladığı ve istendik yaşam davranışlarını sergilemesini kolaylaştırdığı görülmüştür.

ABSTRACT

Nursing services are important in addressing the care needs of individuals with chronic disease. The patient with the 23-year history of type 2 diabetes underwent gastric bypass surgery due to increased comorbidities. The post-operative home care of the patient having difficulty in managing her diabetes should included nursing services with a holistic approach. Thus, this case report is created to evaluate the home care process of the post-gastric-bypass individual as per the Functional Health Patterns Model and the NANDA classification. Following the first follow-up after the surgery, the case was evaluated at the 3rd and 6th months. It was observed in the follow-ups that the case adhered to the treatment plan, with improved glycemec control and lipid levels as well as decreased waist/hip ratio. This study concluded that the 6-month follow-up by a nurse contributes to the patient's adherence to the treatment and encourages the patient to demonstrate the healthy life behaviors targeted by the treatment.

Kaynak Gösterimi: Efil ve Demir (2020). Tip 2 Diyabetli Bireyin Gastrik Bypass Sonrası Evde Bakımının Tedaviye Uyumuna Yansması: 6 Aylık İzlem. EGEHFD, 2020, 36 (3): 217-228.

How to cite: Efil ve Demir (2020). Reflection of Home Care of The Post - Gastric - Bypass Individual With Type 2Diabetes on Treatment Adherence: A 6-Month Follow-Up. EGEHFD, 2020, 36 (3): 217-228.

GİRİŞ

Diabetes Mellitus (DM) günümüzde prevalansı hızla artan önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir ([Coşansu, 2015](#)). Uluslararası Diyabet Federasyonu 2017 verilerine göre; 425 milyon yetişkin diyabetli bireyin olduğu ve 2045 yılında bu değer 629 milyona çıkacağı öngörülmektedir. Sadece diyabete harcanan sağlık ödeneğinin 2017 yılında 727 milyar ABD doları olduğu, yıl içerisinde diyabet komplikasyonları nedeni ile dört milyon insanın hayatını kaybettiği bilinmektedir ([Diabetes Facts and Figures, 2017](#)). Türkiye'deki duruma bakıldığında; Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması II'de (TURDEP-II), TURDEP-I (1998) çalışma sonuçlarına göre, diyabetli birey sayısının %90 oranında arttığı belirlenmiştir ([TURDEP-II, 2013](#)). Artan teknolojiyle birlikte yaygınlaşan sedanter yaşam, kalitesiz besin değeri ve yüksek kalorili gıdaların tüketilmesi sonucu oluşan obezite tablosu bu hızlı artışın önemli sebebi olduğu gibi ([Baykal ve Kapucu, 2015](#)), diyabet yönetimini de zorlaştırmaktadır ([Mingrone ve diğerleri, 2012](#)).

Diyabetli birey istedik yaşam davranışlarını sergileyemediği ve risk faktörlerine maruziyeti devam ettiği sürece hastalığın yönetimi daha güç hale gelmektedir. Birey yaşam tarzında otokontrolünü sağlayamadığında, hastalığın prognozunu etkileyen pek çok komorbiditeyi (hiperozmolar hiperglisemik durum, laktik asidoz, diyabetik ketoasidoz, hipoglisemi, arterioskleroz, kardiyovasküler problemler, nefropati, retinopati, periferik nöropati, otonom nöropati, dislipidemi, hipertansiyon, diyabetik ayak) birlikte getirmektedir ([Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 2018](#)). Bu nedenle tip-2 diyabetli bireylerin aktif yaşam sürmelerini sağlayacak yeni tedavi yaklaşımları önem kazanmaktadır. Obezitenin tedavisinde en etkin yol olarak kabul edilen bariyatrik cerrahi yöntemler, obezite ile birlikte tip-2 diyabeti olan bireylerde de diyabetin yönetimini sağlayabilmek, komplikasyonları azaltabilmek veya önleyebilmek amacıyla da tercih edilmektedir ([Buchwald ve diğerleri, 2009](#)). Aynı zamanda bariyatrik cerrahinin kardiyovasküler hastalık ([Sjostrom ve diğerleri, 2007](#)) ve ölüm oranlarını azalttığı ([Sjostrom ve diğerleri, 2012](#)) bildirilmiştir.

Bariyatrik cerrahi olan gastrik bypass sonrası hastanede optimal düzeyde hemşirelik bakımının sağlanması önemli olduğu gibi evde de bakım süreci devam etmelidir. Taburculuktan tamamen iyileşme dönemine kadar hastaların evde bakım sürecini etkileyebilecek faktörlerin kontrolü sağlanmalıdır. Hastaların evde bakıma yönelik yaşadıkları bilinmeyen korkusu endişe verici olabilir. Bu durum tedavi başarısını olumsuz etkileyebilir. Bu bağlamda hemşire tarafından gerçekleştirilecek ev ziyaretleri ile bakımın devamlılığını sağlamak hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştıracaktır ([Akaltun ve Ersin, 2016](#)). Geçirilen ameliyata bağlı gelişebilecek komplikasyonların tespit edilmesi veya önlenmesi, var olan kronik hastalıkların bu süreçte kontrolünün sağlanması, semptom yönetiminin sağlanması, günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilebilmesi, istedik yaşam davranışlarının sergilenmesi, eğitim gereksinimlerinin karşılanmasında hemşire tarafından evde bakım sürecinin sağlanması önemlidir ([Bilik, 2017](#)). Literatürde bariyatrik prosedürler üzerine yapılan çalışmaların meta-analizi ([Buchwald ve diğerleri, 2009](#)), diyabet hastalığında bariyatrik cerrahi ve öneminin ele alındığı çalışmalar yer almaktadır (Buchwald ve Buchwald, 2019). Bununla birlikte bariyatrik cerrahinin diyabetli bireyde oluşturduğu klinik sonuçları inceleyen araştırmalar da bulunmaktadır ([Courcoulas ve diğerleri, 2015; Dixon ve diğerleri, 2008; Mingrone ve diğerleri, 2012; Schauer ve diğerleri, 2014; Schauer ve diğerleri, 2017](#)). Fakat literatürde tip 2 diyabeti olan bireyin gastrik bypass sonrası evde bakım sürecini ve hemşire müdahalesini ele alan çalışma ile karşılaşmamıştır. Literatürdeki bu boşluktan yola çıkarak gerçekleştirilen olgu sunumunda, tip 2 diyabeti olan bireyin gastrik bypass sonrası hemşire tarafından gerçekleştirilen 6 aylık evde izlem sürecinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Olgu Sunumu

Etkili bir bakım sağlayabilmek için hemşirelik yaklaşımında holistik bir bakış açısı sergilenmelidir. Bakım öncesi hemşirelik sorunlarının sistematik ve kapsamlı bir şekilde ele alınması planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının da sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesine katkı sağlar ([Erdemir, 2012](#)). Bu bağlamda Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli (FSÖ) bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini biyo-psiko-sosyal boyut olmak üzere 11 fonksiyonel alanda kapsamlı değerlendirme imkanı sağlamaktadır. Aynı zamanda elde edilen veriler ışığında kanıta dayalı hemşirelik yaklaşımı sergilemeye imkan sağlayarak hemşirelik girişimlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır ([Gordon, 1987](#)). Literatürde, sağlık bakım gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik tanıları belirlenirken ortak bir dil kullanılmasının önemi vurgulanmaktadır. On üç alandan oluşan Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) bu amaçla sıklıkla kullanılmaktadır ([Wilkinson ve Barcus, 2018](#)). Bu nedenle olgu FSÖ modeli ve 2015-2017

yılları arasında güncellenen NANDA sınıflaması kullanılarak değerlendirildi. Olguya izlem öncesi gerekli açıklamalar yapıldı, yazılı onam alındı. Olgu ile evdeki izlem süreci bireyin uygun olduğu zaman aralıklarında planlanarak ilk izlemin ardından 1., 3. ve 6. ay olmak üzere dört kez gerçekleştirildi. Bu süreçte hemşire tarafından hasta eğitimi ve hemşirelik bakımı gerçekleştirildi. Bununla birlikte telefonda danışmanlık sağlandı.

Sosyodemografik Özellikler: M.D. 51 yaşında, lise mezunu, evli ve 4 çocuğu olan bir ev hanımıdır.

Sağlık Hikâyesi:

Geçmiş Sağlık Hikâyesi: M.D.'nin 23 yıllık Tip-2 DM ve 5 yıllık metabolik sendrom öyküsü bulunmaktadır. Bireyin; babası, annesi ve ablası Tip-2 DM ile başlayan prognoz, böbrek yetersizliği ve devamında kalp yetersizliği ile ilerleyerek vefat ettiği bilinmektedir.

Şimdiki sağlık hikâyesi: Kan şekeri regülasyonunu sağlayamayan hasta polikliniğe başvurdu. Yapılan kan ve idrar tahlili sonucunda kan şekerinin yüksek ve mikroalbuminüri (3.evre) olduğu tespit edildi. Tedavi yönetiminde başarısız olan hasta poliklinik kontrolünden sonra cerrahi hekime başvurdu. Cerrahi hekim bireyin yüksek beden kitle indeksini de (BKİ: 46 kg/m²) göz önüne alarak, bariyatrik cerrahi yöntemi olan Roux-en-Y Gastric Bypass önerdi. Birey ve ailesi mevcut durumu değerlendirdikten sonra ameliyatın yapılmasını onayladı. Hasta 12.06.2019 tarihinde opere edildi. Ameliyat sonrası 0. günde bireyin oral alımının kapalı olduğu, ameliyat sonrası 1. ve 2. günde bariyatrik cerrahi aşamalı diyet programı olan berrak sıvı diyet (şekersiz tortusuz sulandırılmış komposto, su) başlandığı birey tarafından ifade edildi ([Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018](#)).

FSÖ Modeli ve NANDA sınıflamasına göre hemşire tarafından gerçekleştirilen 6 aylık izlem süreci;

1. Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi

M.D.'nin sağlıklı yaşam davranışlarını sergileyemediği, kronik hastalıklarının yönetimini sağlayamadığı bilinmektedir. Bu bağlamda etkisiz sağlık yönetimi nedeni ile obezitesi olan hastanın bu sorunu beslenme-metabolik durum örüntüsünde ele alındı.

2. Beslenme- Metabolik Durum

- Hastanın BKİ 46 kg/m², bel/kalça oranı (BKO) 1.04 cm, kan şekeri 500 mg/dl, trigliserit 316mg/dL, AST 75 U/L, ALT 91 U/L, LDL 154.5 mg/dL, total kolesterol 232 mg/dl, albümin 10.6 mg/dL, potasyum 5.18 mg/dL ve BUN 5 mg/dL olarak değerlendirildi. Ameliyat öncesinde de var olan sağlık sorunlarının yönetiminde sorun yaşayan hasta, ameliyat sonrası tedaviye nasıl uyum sağlayacağı ile ilgili destek almak istediğini ifade etti. Ameliyat sonrası 3. günde (15.06.2019) taburcu edilen hasta ile evde görüşülmeye başlandı.

Hemşirelik Tanısı 1: Bilgi eksikliği ve etkisiz sağlık yönetimi ile ilişkili “**Obezite**” (NANDA Alanı 2: **Beslenme/ Sınıf: 1. Yeme**)

Beklenen Sonuç: Bireyin metabolik gereksinimlerine uygun, kontrollü kilo kaybını oluşturabilecek; proteinden fakir, diyabetik diyetle uyum sağlaması

Girişimler:

* Bireye 15 günlük program belirlendi. İlk 15 gün sıvı diyeti yapması gerektiği anlatıldı. Diyetinde; su, yağsız sulandırılmış et/tavuk suyu, kafeinsiz kahve, açık çay, yağsız laktozsuz sulandırılmış kefir, şekersiz sulandırılmış bir adet meyve kompostosu, tortusuz haşlanmış sebze suyu bireyin tercihine göre 15 gün boyunca tüketebileceği söylendi.

* Dumping sendromunun (yüksek kalorili besinin; intestinal kanalda osmotik etki ile dilatasyonu oluşturarak, intravasküler volümü azaltma tablosu) oluşmaması için; yüksek oranda basit karbonhidrat içeren gıda tüketiminden kaçınması, sıvı besinleri küçük yudumlar olacak şekilde tüketmesi (saat başı 90ml, yudumlar arası iki dakika beklemek koşuluyla bir yudumda 3-4 ml) ve çorba kaşığı yerine tatlı kaşığı kullanması gerektiği açıklandı.

* Tüketilen sıvıların çok sıcak ve çok soğuk olmaması, gaz yapıcı özelliği olan besinleri (süt, hazır meyve suları vb.) tüketmemesi gerektiği anlatıldı. Günde 1,4-1,8 litre su tüketmeye özen göstermesinin önemi vurgulandı.

*Yemek sırasında doyunluk hissinin kısa sürede geleceği ve bu his geldikten sonra yemeği bırakması gerektiği söylendi. Yemeklerle birlikte sıvı tüketiminden kaçınması, sıvıları yemekten en az 30 dk sonra ve yudum yudum içmesi gerektiği belirtildi. Bireye verilen bu eğitimlerin; aşamalı diyet programının, her aşamasında uygulaması gerektiği anlatıldı.

*Altı aylık izlem sürecinde düzenli olarak; tansiyon, kan şekeri ve kilo takibi yapıldı.

* Hastanın tedavisinde pantpas 40 mg ½ tablet (oral yolla) sabahları olacak şekilde devam etti. Gastrik bypass ameliyatı hem restriktif hem de malabsorbif bir işlem olduğu için bireye, ileriki aylarda (genellikle 3. ve 6. aylarda) ihtiyaç halinde hekim istemine göre vitamin ve mineral desteğine başlanabileceği söylendi ([Bariatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018](#)).

* Bariyatrik cerrahi aşamalı diyet programında sıvı diyetine yeterli uyumu sağlayan birey; üç haftalık püre diyeti evresini tamamladıktan sonra, dört hafta sürecek olan yumuşak diyet evresine geçmesi gerekmektedir (Bariatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018). Diyet ve egzersiz programlarına uyum sağlamakta zorlanan birey; kendisine uygun hazırladığımız programla, ameliyattan sonraki süreci daha iyi atlatabildiğini dile getirirken, bundan sonra ki aşamalarda da birlikte hareket etmek istediğini söyledi. Birey ile birlikte iki aylık dönem için program hazırlandı. (30.06.2019 – 18.08.2019)

* Bireye püre diyetinin önemi (gastrik rezidünün ve bağırsağın besine olan tolerasyonuna katkı sağlamak) anlatılarak üç haftalık bu diyeti yapması gerektiği açıklandı. Püre diyeti aşamasında; besinlerin muhallebi kıvamına getirilip, yeterli şekilde sıvılaştırılmış olması gerektiği, omlet, makarna, pirinç, buğday, konserve balık, somon gibi besinlerin tüketilmemesi gerektiği anlatıldı. Püre diyeti döneminde sıvı diyetine ek olarak; probiyotik yoğurt, yağsız peynir, haşlanmış ezilmiş yumurta, yağsız kremasız çorbalar, blenderize edilmiş ya da çatalla ezilmiş haşlanmış sebzeler, şekersiz meyve pürelere tercihinin göre üç hafta boyunca tüketebileceği belirtildi. (18.08.2019 – 08.09.2019)

* Püre diyeti aşamasından sonra bireye beş haftalık yumuşak diyet dönemi aşamasına geçeceği konusunda bilgilendirme yapıldı. Yumuşak diyet aşamasında, besinlerin iyi pişmiş olması ve çok çiğnenmesi gerektiği anlatıldı. Bu dönemde; kuru sert gıdalar, ağır yağlı etler, kızartmalar, beyaz ekmekek, soda, konserve balık ve somon gibi besinlerin tüketilmemesi gerektiği söylendi. (08.09.2019 – 13.10.2019)

* Bireye yumuşak diyet döneminde sıvı ve püre döneme ek olarak; yağsız sade yoğurt, haşlanmış et, tavuk, fırında yağsız hamsi, levrek, haşlanmış sebzeler, haşlanmış patates, şeker oranı düşük meyveler bireyin tercihinin göre beş hafta boyunca tüketebileceği belirtildi (Bariatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018).

* Bariyatrik cerrahi aşamalı diyet programının son aşamasına gelen bireye, standart (katı) diyeti ömür boyu idame ettirmesi gerektiği açıklandı (Bariatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018). Bu süreçte bireyin; beslenme yönetimini sağlayabilmesi için üç aylık bir program hazırlandı. (13.10.2019 – 05.01.2020)

Girişimler: Bireye standart diyetin önemi (kontrollü kilo verip, yaşam şeklini değiştirebilmek) anlatıldı. Standart diyetle bireye; diğer aşamalara ek olarak önemli ölçüde besinleri çiğneyerek tüketmesi ve yüksek kalorili gıdalardan kaçınması gerektiği vurgulanırken, genel olarak sebze ve meyve ağırlıklı tüm besinleri tüketmesinde bir sakınca olmadığı söylendi (Bariatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018).

- Standart diyetin devamını sağlayan bireyde saç dökülmesinin ciddi oranda arttığı gözlemlendi.

Girişimler: Saç dökülmeleri çinko eksikliğinden kaynaklanabileceği için kanda çinko düzey tarama testi yapılması gerektiği bireye anlatılarak hekimine yönlendirildi ([Mechanick ve diğerleri, 2013](#)). Bundan sonraki süreçlerde altı ayda bir B12, folik asit, çinko, bakır, demir, D vitamini, kalsiyum düzeyi ve tam kan sayımı takibi yaptırmasının önemli olduğu belirtildi (Bariatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018).

“Obezite” Tanısına Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirme: Bireyin her aşamada diyetine uyum sağladığı gözlemlendi. Evde bakım sürecindeki ilk 20 gün, beslenme programına adaptasyondan kaynaklı bireyde, birden fazla bulantı hissi olduğu kayıt altına alındı.

* Püre döneminde bir kez dumping sendromu yaşayan bireyin durumu, hemşire tarafından kontrol altına alındı. Vitamin ve mineral değerleri normal olduğu için ilk beş ay takviyelere başlanmadı. Hekim tarafından da değerlendirilen bireyde aşırı yorgunluk, inatçı diyare, kardiyomiyopati gibi sorunlar gözlenmedi (Bariyatrik cerrahi ameliyatlarından sonra selenyum eksikliğini düşündürür.) (Mechanick ve diğerleri, 2013).

* Glisemik kontrolün sağlandığı, kilo verdiği, BKO'nun azaldığı, lipit seviyelerinde iyileşme olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. 6 Aylık İzlem Sürecinde Hastanın Laboratuvar Sonuçları

	Ameliyattan Önce	İlk 15 Gün (Post-op 3- 18. Gün)	Ameliyattan Sonra 1. Ay	Ameliyattan Sonra 3. Ay	Ameliyattan Sonra 6. Ay
BKİ (kg/m²)	46 kg/m ²	38 kg/m ²	34 kg/m ²	31 kg/m ²	30 kg/m ²
BKO (cm)	1.04 cm	0.93 cm	0.89 cm	0.84 cm	0.81 cm
Kan Şekeri (mg/dL)	500 mg/dL	235 mg/dL	157 mg/dL	102 mg/dL	87 mg/dL
Tansiyon (mmHg)		110/70 mmHg	110/70 mmHg	110/70 mmHg	110/70 mmHg
Nabız/dk		75/dk	80/dk	80/dk	80/dk
Ateş/°C		36.7°C	36.2°C	36.2°C	36.2°C
Albümin (mg/dL)	10.61 mg/dL	5.9 mg/dL	5.2 mg/dL	3.9 mg/dL	3.5 mg/dL
Trigliserit (mg/dL)	316mg/dL	206mg/dL	195mg/dL	145 mg/dL	138 mg/dL
AST(U/L)	75 U/L	51 U/L	49 U/L	35 U/L	31 U/L
ALT(U/L)	91 U/L	83 U/L	77 U/L	54 U/L	51 U/L
LDL-Kolesterol (Direkt) (mg/dL)	154.5 mg/dL	140.2 mg/dL	137 mg/dL	129 mg/dL	128 mg/dL
Total Kolesterol (mg/dL)	232 mg/dL	207 mg/dL	198 mg/dL	184 mg/dL	170 mg/dL
Potasyum (mg/dL)	5.18 mg/dL	5.9 mg/dL	5.01 mg/dL	4.9 mg/dL	4.9 mg/dL
BUN (mg/dL)	5 mg/dL	5.6 mg/dL	7.5 mg/dL	9.8 mg/dL	10 mg/dL

* Bireyde 6. ayda B12 vitamin değeri 179 pg/mL olarak saptandığı için hekim tarafından 3 ayda bir doz olmak üzere dodek amp. intramüsküler (IM) enjeksiyon yapılması önerildi. Çinko değeri 14 mg olan bireye hekim önerisiyle çinko tedavisinin yanında bakır takviye edildi (Çinko replasmanı, bakır eksikliğine neden olmaktadır.) ([Mechanick ve diğerleri, 2013](#)).

Hemşirelik Tanısı 2: Bireyin ameliyattan önce kan şekerinin regüle olmaması (oral antidiyabetik tedaviye ek olarak insülin uygulaması) ve gastrik bypasstan sonra diyabet remisyonunun 5 yıl sürmesi ile ilişkili **“Kan Şekeri Seviyesinde Dalgalanma Riski”** (NANDA Alanı 2: Beslenme/Sınıf: 4. Parçalanma)

Beklenen Sonuç: Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması ve bireyin insülin ya da oral anti diyabetik kullanım gereksinimi olmadan kan glikoz seviyesinin dengede (70-110 mg/dL) tutulması

Girişimler:

* Birey hipoglisemi (baş ağrısı, açlık hissi, soğuk terleme, çarpıntı, taşikardi, bulanık görme, mental durumda değişiklik, tremor, konfüzyon) ve hiperglisemi (poliüri, polidipsi, polifaji, letarji, huzursuzluk, görmede bulanıklık, baş ağrısı, tedavi ihtiyacının artması) belirti ve bulguları yönünden izlendi. Bireye bu belirti ve bulguları bilmesi, neden olan durumların kontrolünü sağlamanın önemli olduğu vurgulandı.

* Dumping sendromuyla ilişkili yemeklerden 2-3 saat sonra vazomotor belirtilerle birlikte hipogliseminin oluşabileceği, öğün atlamaması gerektiği anlatıldı. Bariyatrik cerrahi ameliyatları sonrası, Glukagon Benzeri Peptid-1 (GLP-1) düzeyinin artarak pankreastaki beta hücrelerinin aşırı uyarılmasına, böylelikle insülinin salınımının artmasına neden olduğu anlatıldı.

* Diyete uyum ve düzenli egzersizin kan şekeri regülasyonunu sağlamada önemli olduğu vurgulandı. Fiziksel aktivitesini haftada en az 150 dakika tempolu yürüyüş şeklinde yaparak aşırı efordan kaçınması gerektiği açıklandı. Kan şekeri 80 mg/dL'nin altında ve 250 mg/dL'nin üzerinde olduğu zaman egzersiz yapmaması gerektiği söylendi. Bireye hiperglisemiye neden olabilecek durumlardan (aşırı beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, kalorisi yüksek gıda tüketimi) kaçınması gerektiği belirtildi. Sabah ve akşam olmak üzere düzenli kan şekeri takibi yapıldı.

* Günlük kilo takibi yapıldı (Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 2019).

“Kan şekeri seviyesinde dalgalanma riski” Tanısına Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirme: Haftanın beş günü her gün 30 dakika tempolu yürüyüş yapan bireyin altı ayda 33 kilo verdiği, kan şekerinin normal aralıkta olduğu (500 mg/dl'den 87 mg/dl'ye) saptandı (Tablo 1). Ameliyattan sonra kan şekeri regüle seyreden hastanın tedavisinde oral antidiyabetik ve insülin kullanılmadı.

Hemşirelik Tanısı 3: Metabolik sendrom varlığına ilişkin **“Karaciğer Fonksiyonlarında Bozulma Riski” (NANDA Alanı 2: Beslenme/Sınıf 4: Parçalanma)**

Beklenen Sonuç: Metabolik durumun kötüye gitmesini önleyerek, karaciğer fonksiyon testlerinin normal aralıkta olmasının sağlanması

Girişimler:

* Hastada istendik yaşam şekli davranışlarının gelişmesi önemlidir. Bu doğrultuda; egzersiz yaparak fazla kiloları verebileceği, dengeli ve düzenli beslenerek LDL-Kolesterol ve trigliseriti düşürülebileceği anlatıldı.

* İzlem sürecinde bireyin diyet ve egzersiz programına uyumu kontrol edildi. Tansiyon ve kan şekeri takibi yapıldı. Günlük kilo takibi yapıldı.

“Karaciğer fonksiyonlarında bozulma riski” Tanısına Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirme: Glisemik kontrolün sağlandığı, kilo verdiği, BKO'nın azaldığı, karaciğer fonksiyon testleri ve lipit seviyelerinde iyileşme olduğu görüldü (Tablo 1).

- MD'nin 23 yıllık diyabet öyküsü, obezitenin varlığı, restriktif ve malabsorbtif işlem geçirmiş olması, postoperatif dönem ve insizyon bölgelerinin pansuman takibi sebebiyle ilk 15 günlük evde bakım sürecinde; bireyi travmalardan ve enfeksiyonlardan koruyarak, doku iyileşmesini hızlandırabilmek için program hazırlandı.

Hemşirelik Tanısı 4: Ameliyat sonrası dönemde, evde insizyon takibi ile ilişkili **“Enfeksiyon Riski” (NANDA Alanı: 11. Güvenlik-Koruma/ Sınıf 1: Enfeksiyon)**

Beklenen Sonuç: Enfeksiyon oluşumunu engelleyerek, doku iyileşmesinin sağlanması

Girişimler: Bireye ameliyat sonrası 3. günde insizyon bölgelerine pansuman yapıldı. Su geçirmez betafix yapıştırılarak kolaylıkla duşa girmesi sağlandı. Bir sonraki pansumanının üç gün sonra yenileneceğinin bilgisi verildi. Abdominal bölgede; insizyonel olmayan ağrı ile birlikte sertlik olup olmadığı değerlendirildi (Aygün ve Açıl, 2015). Bu üç günlük süreçte insizyon bölgesinden herhangi bir sızıntı, kanama, bölge sıcaklığında artış, kötü koku, ağrı mevcut ise iletişime geçilmesi gerektiği söylendi.

Günlük ateş takibi yapıldı. Üç gün sonra pansuman yenilendi. Bireye vitamin ve minerallerden yararlanabilmesi için sıvı diyetine uyum sağlayabilecek kaynatılmış tortusuz brokoli suyu, elma hoşafı, kaynatılmış havuç suyu içmesi önerildi. Genel (ateş, iştahsızlık, halsizlik, kas ve eklem ağrıları) ve lokal (eritem, sıcaklık, ağrı, ödem, pürülan drenaj) enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden takip edildi. Bireyin sabah akşam olmak üzere kan şekeri takibi yapıldı.

“Enfeksiyon riski” Tanısına Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirme: Bireyin evde; ameliyat sonrası 3. günde insizyon bölgesine yapılan pansuman sırasında; kötü koku, akıntı, kanama, lokal ısı artışı, ağrı gözlemlenmedi. Pansuman sonunda duş alan hasta rahatladığını ve mutlu olduğunu ifade etti. Üç gün sonra hemşire tarafından yenilenen pansumanda; dokuda iyileşmelerin olduğu değerlendirilerek insizyon bölgesi açık bırakıldı. Enfeksiyon belirti ve bulguları saptanmadı. (15.06.2019-30.06.2019)

3. Boşaltım

- Abdomenden opere edilmesi ile birlikte birey; dışkısının önceki gibi katı kıvamlı olmadığını ve daha önceleri günde iki kez olan bağırsak alışkanlığının şimdi günaşırı olduğunu ifade etti.

Hemşirelik Tanısı 5: Geçirdiği ameliyat ve ameliyat sonrası beslenme şekli ile ilişkili “**Gastrointestinal Motilite İşlevinde Bozulma Riski**” (NANDA Alanı: 3. Boşaltım ve Gaz Değişim/Sınıf: 2. Gastrointestinal Fonksiyon)

Beklenen Sonuç: Ameliyattan sonra oluşabilecek riskleri ortadan kaldırarak, bireyin düzenli bağırsak peristaltizminin sağlanması

Girişimler: Bireyin 15 günlük süreçte; gaitasının rengi, kokusu, kıvamı kayıt altına alındı. Bağırsak sesleri dinlendi. Bireye gastrik bypass ameliyatlarından sonra gaitanın gevşek gaita, kötü kokulu flatusun ömür boyu olacağı ve bu durumun nedeninin malabsorpsiyondan kaynaklandığı anlatıldı.

* Bireye abdomende ağrı ve şişlik, konstipasyon, diyare, geçmeyen bulantı ve beraberinde kusma, flatusun olamaması, gaita renginde anormal değişiklikleri saptadığı an sağlık kurumuna başvurması gerektiği söylendi (Mechanick ve diğerleri, 2013).

“Gastrointestinal motilite işlevinde bozulma riski” Tanısına Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirme: Bireyin abdomen yumuşak, gaita; kıvamı gevşek, renginde anormal bir renk olmadığı belirlendi. Bağırsak sesleri normaldi (11/dk). (15.06.2019-30.06.2019)

4. Aktivite- Egzersiz

- Uzun yıllar diyabetin varlığı ve kontrol altına alınamayan kan glikoz seviyesi sonucunda; bireyde ameliyat olmadan önceki son üç ayda proteinüri görülmeye başlamıştır. Proteinüri görülmesi diyabetik nefropati gibi önemli bir komplikasyonun göstergesidir (Atasoy ve diğerleri, 2014). Birey diyabetik nefropati gelişim evrelerinden mikroalbuminüri gelişiminde (3.evre) dir.

Hemşirelik Tanısı 6: Diyabetik nefropatinin ortaya çıkışı ve bireyin mikralbuminüriyi destekleyen laboratuvar sonuçlarına ilişkin “**Etkisiz Renal Perfüzyon Riski**” (NANDA Alanı: 4. Aktivite-Dinlenme/ Sınıf: 4. Kardiyovasküler/ Pulmoner Yanıtlar)

Beklenen Sonuç: Proteinden kısıtlayıcı diyet ile bireyin dengeli beslenmesine uyumunu ve etkisiz renal perfüzyon riskini ortadan kaldırarak, genel tablonun iyileştirilmesinin sağlanması

Girişimler:

* Bariyatrik cerrahi sonrası hastalarda proteinden zengin olan beslenmenin ona uygun olmadığını, bu yüzden protein içerikli besinlerin miktarlarını azaltılarak, sulandırılması bireye anlatıldı. Diyetinde protein açısından haftada iki kez; iki su bardağı yağsız sulandırılmış et/tavuk suyu ya da iki su bardağı yağsız laktosuz sulandırılmış kefir tüketilmesi bireyin tercihi bırakıldı ([Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018](#)). Kan basıncı takibin önemi anlatıldı. Kan glikoz seviyesi açlık ve tokluk olacak şekilde sabah akşam takip edildi.

“Etkisiz renal perfüzyon riski” Tanısına Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirme: Bireyin diyabetik, proteinden ve doymuş yağlardan kısıtlayıcı, sıvı diyetine uyumu sağlandı. Albümin seviyesi 10.61 mg/dl’den 3.5mg/dl’ye düştüğü belirlendi. Kan basıncı normal aralıkta seyretti (Tablo 1).

- Ameliyat sonrası erken dönemde (48 saat içinde) ve geç dönemde (bir ay içinde) kanama karşılaşılabilecek komplikasyonlardandır (Güven, 2019).

Hemşirelik Tanısı 7: Postoperatif dönem ve bunu takiben on günlük süreçte antikoagülan kullanımı ile ilişkili “**Kanama Riski**” (NANDA Alanı: 11. Güvenlik-Koruma/ Sınıf 2: Fiziksel Yaralanma)

Beklenen Sonuç: Kanama belirti ve bulgularının erkenden saptanarak, olası komplikasyonların önlenmesi

Girişimler: Kanama belirti ve bulguları (peteşi, hematoma, ekimoz, hematüri, hematemez, melena, mental durum değişiklikleri) anlatıldı.

* Cilt rengi solukluk, soğukluk açısından değerlendirildi.

* İnsizyon bölgesi; kanama, akıntı, şişlik ve kızarıklık yönünden takip edildi. Bireye öksürürken ya da hapsirirken karnını destekleyip, zorlamaması gerektiği anlatıldı. Yaşam bulguları takip edildi.

* Hekimin order ettiği 0.4 mg clexane tedavisinin on gün boyunca subkutan yolla uygulanmasının gerekliliği anlatıldı. Antikoagülan kullanımında dikkat edilecek noktalar (kesici aletlerden uzak durmalı, yumuşak diş fırçası seçimi, ıkınmaktan ve konstipasyondan kaçınması gerektiği) anlatıldı ([Mercan ve Enç, 2011](#)).

“Kanama riski” Tanısına Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirme: Kanama belirti ve bulguları görülmedi. (15.06.2019-15.07.2019)

Bariyatrik cerrahi sonrası mortalitenin önemli nedeni olan komplikasyonlar (venöz tromboembolizm, derin ven trombozu, pulmoner emboli) ([Woo ve Kim, 2013](#)) hastada gelişmedi.

5. Uyku-Dinlenme

M.D. dinlenmiş uyandığını, uyku düzeninde bir sorun olmadığını ifade etti.

6. Bilişsel-algısal durum

- Malabsorbif ve restriktif kombine operasyon geçiren bireyde; besin intoleransı ve besinin tüketiminde değişiklikler (çok iyi çiğnenmesi, sıvı ve katı besinin bir arada tüketilmemesi, çok sıcak ve çok soğuk besinlerin tüketilmemesi, tüketilen sıvıların yudum yudum içilerek beklenmesi) meydana gelmiştir ([Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018](#)). Ameliyattan sonra ilk 20 gün periumblikal ağrı ile birlikte sık sık bulantı ve kusması olduğu gözlenmiştir.

Hemşirelik Tanısı 8: Bireyin restriktif kapasitesine uyum sağlayamaması ile ilişkili **“Bulantı” (NANDA Alanı: 12. Konfor/Sınıf 1: Fiziksel Konfor)**

Beklenen Sonuç: Sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılmasında; bireyin adaptasyon sürecini kolaylaştırarak, bulantı ve kusma tablosunun önüne geçilmesi

Girişimler: Bireyin bu duruma adaptasyon süreci hızlandırılarak, var olan bulantı hissini azaltmak ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması için evde bakım sürecinde; bireyi destekleyecek ilk 15 günlük bir program oluşturuldu.

* Bireye doyduğu an yemeyi bırakmasını, eskisi gibi midesinin geniş hacimli olmadığını, bu yüzden epigastrik rahatsızlık, bulantı gibi şikâyetlerin ortaya çıkabileceği anlatıldı. Birey periumblikal ağrı ile birlikte bulantının gerçekleştiğini ifade etti.

* Kusma şikâyetinin bariyatrik cerrahi ameliyatlarında sıklıkla karşılaşıldığını ve ameliyat sonrası 1-2 ay sürmesinin normal olduğu söylendi. 1-2 ay sonra geçmezse eğer komplikasyonların (obstrüksiyon, reflü, stromal erozyon, stenoz gastrik dismotilite) başlangıcı olan periumblikal ağrı yeri tarif edilerek dikkat etmesini, böyle bir durum mevcutsa acilen iletişime geçmesinin önemi anlatıldı ([Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018](#)).

* Kusma devam ediyorsa tiamin eksikliğinden şüphe edilerek hekimle birlikte önerilen dozda tiamin takviyesine başlanabileceği söylendi ([Mechanick ve diğerleri, 2013](#)). Bulantının sebebi; kalorisi yüksek gıda tüketimi ile gelişip devamında karın ağrısı, taşikardi, flushing ve senkop görülüyorsa bu durum dumping sendromundan kaynaklı olduğu anlatıldı ([Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018](#)). Bu yüzden sık sık ve azar azar öğün yapılıp, kalorisi düşük besinler ile beslenmesi gerektiği vurgulandı.

“Bulantı” Tanısına Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirme: Bireyin beslenme ile ilgili yanlışları ya da uygulamadaki eksiklikleri tespit edilerek eğitim yenilendi. 20 günün sonunda bulantısının olmadığını ifade etti. Bireyin bir kez dumping sendromu yaşadığı kayıt altına alındı. Dumping sendromu sebebi; püre döneminde haşlanmış brokoliyi muhallebi kıvamına getirilmeden tükettiği için gerçekleşmiştir. Belirti olarak; dumping, karın ağrısı, taşikardi ortaya çıkmıştır. Birey ile iletişime geçilerek nefes egzersizleriyle durum stabilize edildi. Bireye beslenme konusunda yeniden eğitimler verildi. Bireyin adaptasyon süreci tamamlanana kadar bu durumun devam edeceği söylendi. İkinci kez dumping sendromu yaşanmadı. (15.06.2019-13.10.2019)

7. Kendini algılama- Benlik kavramı

M.D. evde bakım sürecinde hemşire desteğinin olmasının mutlu ettiğini ve iyi bir sağlık düzeyine sahip olmak istediğini ifade etti.

8. Rol- ilişki

M.D. rol ve ilişkilerinde sorun yaşamadığını, aile ilişkilerinin iyi olduğunu, obezite nedeni ile aktif yaşam sergileyemediğini ifade etmişti. Verilen kilo ile birlikte artan benlik saygısının sosyal, fiziksel ve aile içindeki rollerinde daha aktif olmasını sağladığını ifade etti.

9. Cinsellik- üreme

M.D. cinsel yaşamında herhangi bir değişiklik olmadığını ifade etti.

10. Başetme- stres toleransı

Hemşire tarafından destek almasının kaygı ve stres düzeyini azalttığını ifade etti.

11. Değer- inanç

M.D. değer ve inançlarını yaşamayı etkileyen bir durum olmadığını ifade etti.

TARTIŞMA

Diyabet yönetimini sağlayamayan, obeziteyi, metabolik sendromu ve devamında diyabetik nefropati gelişim evrelerinden 3. evrede olduğunu göz önüne aldığımız bu olgumuzda, yeni tedavi süreci ile hastalığın yönetimi daha güç hale gelmiştir. Aynı zamanda sağlıklı yaşam davranışlarını sergilemekte güçlük çekmesinin sonucu olan bu tablolar, hastalığın yönetimini daha karmaşık hale getirmiştir. Var olan tabloya ek olarak oluşabilecek komplikasyonlar hastayı fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan da olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle yeni tedavi sürecinde hastanın adaptasyon sürecini kolaylaştırmak ve oluşabilecek olumsuz tabloların erken dönemde belirleyerek önüne geçebilmek önemlidir. Bu bağlamda hemşire tarafından, ev ziyaretleri sırasında; bireye ve ailesine hemşirelik bakım hizmetleri sağlanmalıdır ([Akaltun ve Ersin, 2016](#)).

Literatürde gastrik bypass sonrası evde bakım sürecinin değerlendirildiği çalışma bulunmamaktadır. Buchwald ve diğerleri, (2009) bariyatrik cerrahinin tip 2 diyabet üzerindeki etkisini incelemek amacı ile yaptıkları meta analiz çalışmasında bariyatrik cerrahi sonrası; tip 2 diyabetin klinik tablosunun ve laboratuvar bulgularının iyileştiğini (%78.1), hastaların çoğunun iyileşme gösterdiğini, verilen kilonun ve elde edilen diyabet parametrelerinin iki yıl veya daha uzun süre korunabildiğini saptamışlardır. Başka bir çalışmada tip 2 diyabetli ciddi obez hastalarda bariyatrik cerrahinin, tıbbi tedaviye göre daha iyi glikoz kontrolünü sağladığı tespit edilmiştir ([Mingrone ve diğerleri, 2012](#)). Schauer ve diğerleri, (2014) çalışmasında kontrolsüz tip 2 diyabetli obez hastalar arasında bariyatrik cerrahinin tıbbi tedaviden çok daha fazla hastada glisemik kontrol sağladığını saptamışlardır. Aynı çalışmada tıbbi tedavi alan gruba kıyasla üç yılda vücut ağırlığı, diyabet ilaçlarının kullanımı ve yaşam kalitesinde olumlu sonuçlar olduğunu belirlemişlerdir. Beş yıllık izlem gerçekleştiren başka bir çalışmada da, bariyatrik cerrahinin glisemik kontrol, kilo verme, diyabet ilaçlarının kullanımında azalma, lipit seviyelerinde iyileşme ve yaşam kalitesi açısından yoğun tıbbi tedaviden daha iyi sonuçlar sağladığı gösterilmiştir ([Schauer ve diğerleri, 2017](#)). Bariyatrik cerrahi geçiren hastaların sadece tıbbi tedavi alan hastalardan daha iyi glisemik kontrole sahip olduğu ve yaşam kalitesinde iyileşmelerin olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir ([Courcoulas ve diğerleri, 2015](#); [Dixon ve diğerleri, 2008](#); [Kashyap ve diğerleri, 2013](#); [Mingrone ve diğerleri, 2015](#); [Schauer ve diğerleri, 2012](#)). Uzun dönemde izlemin gerçekleştirildiği bu çalışmalarda hemşirelik bakımının önemine değinilmemiştir. Çalışmamızda olgunun evde bakım süreci hasta güvenliğine dikkat edilerek, belirlenen gereksinimler doğrultusunda planlanmış, uygulama ve değerlendirme aşamaları gerçekleştirilmiştir. Bireyden istenilen davranış değişikliği aşamalı olarak meydana gelen bir süreçtir ([Ulupınar ve Sarıkaya, 2009](#)). Bu doğrultuda hemşire tarafından gerçekleştirilen 6 aylık izlem sürecinde yapılan çalışmaların sonuçları ile benzer şekilde ameliyat sonrası olgunun BKİ ve BKO'nun azaldığı, karaciğer fonksiyon testleri ve lipit seviyelerinin iyileşmesine olumlu katkı sağladığı, kan şekerinin regüle seyrettiği görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİ

Sonuç olarak; hemşire tarafından gerçekleştirilen 6 aylık izlemin bireyin tedaviye uyum sürecini kolaylaştırarak sağlığa ilişkin parametrelerinde iyileşme sağladığı ve istendik yaşam davranışlarını sergilemesini kolaylaştırdığı görülmüştür. Bu konu ile ilgili geniş bir örneklem üzerinde hemşire müdahalesinin çalışılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bilgilendirilmiş Onam: Çalışmaya katılan birey M.D.'den yazılı onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını açıklamıştır.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını açıklamıştır.

Yazar Katkıları:

S.E. çalışma konusunun belirlenmesi, tasarımı, analiz ve yorumu gerçekleştirdi.

S.E., G.D. veri toplama, kaynak taraması ve makaleyi hazırlama ile ilgili katkıda bulundular. S.E. makaleyi eleştirel olarak inceledi ve tüm çalışma süreci boyunca danışmanlık yaptı. Tüm yazarlar makalenin son halini okudu ve onayladı.

KAYNAKLAR

- Akaltun, H., Ersin, F. (2016). Evde bakım hizmeti alan diyabetli hastaların diyabet tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 126-133. Erişim Adresi: <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/242/198>
- Atasoy, A., Atay, A., Ahabab, S., Hanedar, M., Yenigün, M. (2014). Diyabetik nefropatiye genel bakış. *Haseki Tıp Bülteni*, 16-19. doi: 10.4274/haseki.1913
- Aygin, D., Açıl, H. (2015). Morbid obezlerde bariyatrik cerrahi sonrası erken dönem hemşirelik bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 604-613. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/220081>
- Baykal, A., Kapucu, S. (2015). Tip 2 Diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 44-58. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88663>
- Bilik, Ö. (2017). Klinikten eve uzanan yolculuk: ameliyat olan hastaların evde bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 114-127.
- Buchwald, H., Buchwald, JN. (2019). Metabolic (bariatric and nonbariatric) surgery for type 2 diabetes: a personal perspective review. *Diabetes Care*, 42(2), 331-340. doi: 10.2337/dc17-2654.
- Buchwald, H., Estok, R., Fahrenbach, K., Banel, D., Jensen, MD., Pories, WJ., Bantle JF., Sledge, I. (2009). Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: Systematic review and meta-analysis. *The American Journal Of Medicine*, 122(3), 248-256. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.09.041.
- Coşansu, G. (2015). Diyabet: Küresel bir salgın hastalık. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 1-6. doi:10.5222/otd.2015.001
- Courcoulas, A.P., Belle, S.H., Neiberg, R.H., Pierson, S.K., Eagleton, J.K., Kalarchian, M.A., Jakicic, J.M. (2015). Three-year outcomes of bariatric surgery vs lifestyle intervention for type 2 diabetes mellitus treatment: a randomized clinical trial. *JAMA Surg*, 150(10), 931-940. doi: 10.1001/jamasurg.2015.1534.
- Diabetes Facts & Figures*. (2017). International Diabetes Federation: Erişim Adresi: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>
- Dixon, J.B., O'Brien, P.E., Playfair, J., Chapman, L., Schachter, L.M., Skinner, S., Anderson, M. (2008). Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA*, 299(3), 316-323. doi: 10.1001/jama.299.3.316.

- Erdemir, F. (2012). *Hemşirelik tanıları el kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. (s., 447-455)
- Güven B (2019). Bariatrik cerrahi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 16(2): 139-143. |doi:10.5222/HEAD.2019.139
- Gordon, M. (1987). *Nursing diagnosis: process and application*. (Second edition). New York: McGraw-hill book company. (p. 81).
- Kashyap, S.R., Bhatt, D.L., Wolski, K., Watanabe, R.M., Abdul-Ghani, M., Abood, B., Schauer, P.R. (2013). Metabolic effects of bariatric surgery in patients with moderate obesity and type 2 diabetes: analysis of a randomized control trial comparing surgery with intensive medical treatment. *Diabetes Care*, 36(8), 2175-2182. doi: 10.2337/dc12-1596.
- Mechanick, J.I., Youdim, A., Jones, D.B., Garvey, W.T., Hurley, D.L., McMahon, M., Brethauer, S. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Obesity*, 21 (Supply 1), 1-27. doi: 10.1002/oby.20461
- Mercan, S., Enç, N. (2011). Warfarin Kullanan Bireylerin Eğitim Gereksinimleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2(2),12-17. doi: 10.5543/khd.2011.003
- Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Leccesi, L., Rubino, F. (2012). Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl J Med*, 366(17), 1577-1585. doi: 10.1056/NEJMoa1200111.
- Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Nanni, G., Rubino, F. (2015). Bariatric-metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *Lancet*, 386(9997), 964-973. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00075-6.
- Schauer, P.R., Bhatt, D.L., Kirwan, J.P., Wolski, K., Aminian, A., Brethauer, S.A., STAMPEDE Investigators. (2017). Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes - 5-year outcomes. *N Engl J Med*, 376(7), 641-651. doi: 10.1056/NEJMoa1600869.
- Schauer, P.R., Bhatt, D.L., Kirwan, J.P., Wolski, K., Brethauer, S.A., Navaneethan, S.D., Kashyap, S.R.; STAMPEDE Investigators. (2014). Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes--3-year outcomes. *N Engl J Med*, 370(21), 2002-2013. doi: 10.1056/NEJMoa1401329.
- Schauer, P.R., Kashyap, S.R., Wolski, K., Brethauer, S.A., Kirwan, J.P., Pothier, C.E., Bhatt D.L. (2012). Bariatric surgery versus intensive medical therapy in obese patients with diabetes. *N Engl J Med*, 366(17), 1567-1576. doi: 10.1056/NEJMoa1200225.
- Sjostrom, L., Narbrook, K., Sjostrom, C.D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Swedish Obese Subjects Study. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med*, 357(8), 741-752. doi: 10.1056/NEJMoa066254.
- Sjostrom, L., Peltonen, M., Jacobson, P., Sjostrom, C.D., Karason, K., Wedel, H., Carlsson, L.M. (2012). Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA*, 307(1), 56-65. doi: 10.1001/jama.2011.1914.
- Türkiye Diyabet Cemiyeti. (2013). *TURDEP-II Sonuçlarının Özeti*. (2013, Kasım 5). Erişim Adresi: <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti>
- Türkiye Diyabet Vakfı Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. (2019). *Diyabette Risk Faktörleri*. İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı. Erişim Adresi: https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. (2018). *Diyabette komplikasyonlar*. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Erişim Adresi: http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180814161019-2018tbl_kilavuz6c373c6010.pdf
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Bariatrik Cerrahi Kılavuzu. (2018). *Bariatrik cerrahi kılavuzu*. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Erişim Adresi: http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180618095001-2018tbl_gruplar1b2cd981a1.pdf

- Ulupınar Alıcı, S., Sarıkaya, Ö. (2009). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde yaşantılayarak öğrenme uygulaması. *DEUHYO ED* 2(3),95-101. Erişim Adresi: <https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12397/4529>
- Uslu, A. Hisar, F. (2020) Metastatik meme kanseri olan hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 59-69.
- Wilkinson, J., Barcus, L. (2018). *Person hemşirelik tanıları kitabı*. Ankara: Pelikan Yayınevi. Erişim Adresi: <https://www.hipokratkitabevi.com/u/hipokratkitabevi/docs/0/0/00-hemsirelik-tanilari-el-kitabi-1522844925.pdf>
- Woo, H. D., Kim, Y. J. (2013). Prevention of venous thromboembolism with enoxaparin in bariatric surgery. *Journal of the Korean Surgical Society*, 84(5), 298–303. <https://doi.org/10.4174/jkss.2013.84.5.298>.

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

DERGİ HAKKINDA

Derginin Tanımı

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (EGEHFD) 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik” bağlamında yayımlanmaktadır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından açık erişimli, Nisan, Ağustos ve Aralık olmak üzere yılda üç sayı/bir cilt hakemli bilimsel bir dergi olarak yayımlanır. Dergi bilimsel yayın hayatına 1985 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi adıyla başlayarak, ulusal alanda yayımlanan ilk hemşirelik dergileri arasında yer almaktadır. Hemşirelik Yüksekokulu’nun fakülteye dönüştürülmesi sonrası, 2011 yılında yayın adı “Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi” olarak değiştirilmiştir. Hakemli dergiler içerisinde yer alan dergi yayın kurulu, sorumlu bir baş editör, yardımcı editörler ve dokuz alan editöründen oluşmaktadır.

Dergi, Türkiye Atıf Dizini (Diğer İndeksler) ve Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBİAD) kapsamında taranmaktadır.

Dergi Künyesi

Önceki Başlığı: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi

Önceki Adıyla Yayımlandığı Yıl Aralığı: 1985-2011

ISSN: 2147-3463

e-ISSN:2667-6648

Amaç ve Kapsam

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi;

- Bilimsel araştırma ve yayın okuryazarlığını arttırma,
- Bilimsel normlara ve bilim etiğine uygun, nitelikli ve özgün araştırma sonuçlarının meslektaşlar ve ilgili disiplinlerle paylaşılmasında aracı olma,
- Bilimsel platformda iletişimi geliştirme ve güçlendirme amacı ve idealleriyle yayın hayatını sürdürmektedir.

Hemşirelik bilim alanı ve uzmanlıkları ile ilgili olmak üzere bakım etkileşimindeki disiplinleri kapsayan özgün araştırma raporları, derlemeler, ileri çözümlenme derlemeleri (sistemik derlemeler ve meta analizler) ve olgu sunumları derginin kapsamındadır. Derginin hedef kitlesi farklı uygulama alanı ve uzmanlık düzeyindeki hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve sağlık ekibinin diğer üyeleridir.

Yayın Politikası

EGEHFD’ye açık erişimli ve tam metin kayıt edilebilir şekilde, internet aracılığıyla Dergipark Dizini üzerinden ücretsiz olarak ulaşılmaktadır.

Açık Erişim Politikası

EGEHFD Açık Erişim politikası kapsamında yayımlanmaktadır. Açık Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire>

Genel İlkeler

EGEHFD’de yayımlanmak üzere gönderilen makalelerde tüm değerlendirme süreci çift-körleme ile hakemler ve yazarların kimlik bilgileri gizli tutularak sürdürülür. Süreç tamamlandıktan sonra yazının kabul edilip edilmediği sorumlu yazara bildirilir.

Değerlendirme Süreci

Makalelerin değerlendirilmesi internet üzerinden makale gönderim sistemine başvuru süreciyle başlar. Yazar ekibi, araştırmanın başlığı, araştırmacılara ait bilgiler ve araştırmayla ilgili önceki akademik geçmiş bilgisini içeren bir *Başlık Sayfası dosyasını*, Türkçe ve İngilizce başlık ve özetlerin yer aldığı yazar ve kurum bilgilerinin gizli tutulduğu bir *Ana Metin dosyasını*, özgün araştırmalar için *Etik Kurul Onay Formunu* ve *Telif Hakkı Yazar Onay Formunu* sisteme yükler. Yazar ekibinin başvuru koşullarının uygun şekilde yerine getirildiğini teyit ettikleri *Son Kontrol Listesinin* sisteme yüklenmesi ile başvuru süreci tamamlanır.

Yazar Sorumluluğu

EGEHFD’de ifade edilen beyanlar ve görüşler, yazar(lar)ın sorumluluğundadır. Yayımlanacak metnin bilimsel dili ve yürütülen araştırmanın etik gereklilikleri karşılama sorumluluğu yazarlara aittir. Yazar ekibinin araştırma yöntemlerine uygun şekilde standart uygulama kılavuzlarını dikkate alması ve metnin buna uygun bir akışla sunulması gerekmektedir (Randomize kontrollü çalışmalar için CONSORT, sistematik derleme ve meta-analiz araştırmaları için PRISMA gibi). Düzenlenmiş ana metin ilk başvuru sırasında gerekli gösterilen tüm koşulları sağlamalı ve derginin yazım kuralları çerçevesinde makale için gerekli bölümler, başlıklar ve kaynaklarda yer alan bilgiler metnin anonimlik ilkesini ihlal etmeyecek şekilde yazar ve kurum isimlerine yer verilmeden sunulmalıdır.

Yazar(lar), dergi yayın sürecine başvuru ile birlikte EGEHFD Yayın Kurulu’nun gerekli gördüğü değişikliklerin yapılacağını veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişikliklerin yapılabileceğini onaylamış olur. Değerlendirme sonucu metnlerinde düzenleme talep edilen yazar(lar), tüm hakemlere ait düzenlemeleri içerecek şekilde **kırmızı renk** ve **altı çizili** olarak vurgulanarak gerekli düzenlemenin yapıldığı tek bir Microsoft Word dokümanını **iki hafta** içerisinde sisteme yüklemekle sorumludur. Hakem değerlendirmeleri sonucu düzenlenmiş metnin sisteme yüklenmesi sırasında düzenlemelere ilişkin ayrıntılı bilginin yer aldığı *«Editör ve Hakemlere Bilgilendirme»* adlı bir notun da ayrıca sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Editör ve Hakem Sorumluluğu

Başvuruların tamamlanmasının ardından ön kontrol basamağında, derginin yardımcı editörleri aracılığıyla metnin intihal ve teknik uygunluk açısından hakem değerlendirmesine uygunluğu değerlendirilir. Özgünlüğü intihal programı aracılığıyla raporlanan ve başvuru koşullarını karşılayan metinler alan editörlerine yönlendirilerek bilimsel değerlendirme süreci başlatılır.

Bilimsel değerlendirmeye ilişkin ilk değerlendirmeyi alan editörü yaptıktan sonra hakem değerlendirmelerine sunar ve gelen değerlendirme sonuçlarını Dergipark sistemi aracılığıyla başvuruyu takip eden on iki haftalık süre içerisinde yazara bildirir. Düzenleme talebinin yerine getirilmesine ilişkin yazardan kaynaklı gecikmeler makalenin reddi için bir neden olarak kabul edilir. Her bir makale metni, alanında uzman üç bağımsız hakem tarafından incelenip yayımlanması uygun bulunan metinler alan editörünün onayının alınmasının ardından, baş editöre yönlendirilir. Makalenin yayımlanmasında son karar EGEHFD Baş Editörüne aittir.

Yayın Etiği ve Bilimsel Sorumluluk

EGEHFD, yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır ve Committee on Publication Ethics (COPE) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) tarafından geliştirilen ilkeleri benimser; konuyla ilgili aşağıdaki kılavuzların izlenmesini tavsiye eder (<http://www.icmje.org/recommendations>, <https://publicationethics.org/resources/guidelines>).

Yayımlanmak üzere gönderilen makaleler özgün, yayımlanmamış ve aynı anda farklı bir dergiye değerlendirmek amacı ile gönderilmiş olmamalıdır. Etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayımdan çıkarılır. İntihal programıyla taranan metnin, kaynaklar hariç benzeşim oranının %20’in üzerinde olmaması gerekmektedir.

EGEHFD, 1975 Helsinki Deklarasyonu’nun 2013 yılında revize edilen İnsan Deneyleri Komitesi’nin etik standartlarına uymayı ilke edinmiş bir dergidir. Bu doğrultuda EGEHFD’de yayımlanmak üzere gönderilen özgün araştırma makalelerinin yerel ya da ulusal etik kurul onay yazılarının sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması

Makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya maddi destek veren kurum varsa yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), başlık sayfasında bildirmelidir. Ayrıca yazar, çıkar çatışması söz konusu ise bu durum açıklanmalıdır. Açıklanması öngörülen çıkar çatışması tipleri içinde akademik taahhütler, kişisel ilişkiler, politik, finansal veya kurumsal bağlantılar yer almaktadır.

Dil

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi’nin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

YAZARLARA BİLGİ

MAKALENİN HAZIRLANMASINA YÖNELİK GENEL KURALLAR

MAKALENİN BİÇİMSEL ÖZELLİKLERİ

- Yayın dili, Türkçe ve İngilizcedir.
- Sözcük sayısı: Özgün Araştırma Makaleleri, Meta Analiz ve Sistemik Derlemelerde 6000-8000, Derleme ve Olgu Sunumlarında 3000-5000 kelime ile sınırlandırılmalıdır.
- Kaynak sayısı, tüm makalelerde en fazla 50 ile sınırlandırılmalıdır.
- Sayfanın kenar boşlukları sağdan, soldan, üstten ve alttan 2,5 cm olacak biçimde düzenlenmelidir.
- Başlık ve paragraf girişleri sola yaslı, makalenin tamamı ise iki yana yaslı olacak şekilde biçimlendirilmelidir.
- Ana metin 12 punto, öz, kaynaklar, tablolar ve şekiller 10 punto, çift satır aralıklı ve Times New Roman yazı tipinde yazılmalıdır.
- Ana başlıklar; tüm harfler büyük ve koyu olmalıdır. Ana başlıkların altında yer alan alt başlıklar; sola yaslı, koyu ve ilk harfleri büyük olacak biçimde, alt başlıkların altındaki diğer başlıklar; bir tab içeride, koyu ve ilk harfi büyük diğer harfler küçük olacak biçimde yazılmalıdır.
- Başlık sayfası ve ana metin ayrı iki Microsoft Word dosyası olarak sunulmalıdır. Ana metin; başlık, öz, abstract ve anahtar kelimeler ile başlamalı, metin, kaynakça, tablolar, şekiller ve varsa ekler olarak sunulmalıdır.
- Başlık sayfasından başlanarak tüm sayfalar numaralandırılmalıdır. Sayfa numarası sayfanın sağ alt köşesinde verilmelidir.
- Tablolar metinde kullanılış sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tablo numarasından sonra nokta ve bir karakter boşluk bırakılmalı, kelimelerin ilk harfi büyük olacak biçimde ismi tablonun üzerine yazılmalıdır.
- Tüm makalelerde tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş olmalıdır.
- Şekil ve grafik başlıkları yazılırken ilk harf büyük diğer harfler küçük olacak biçimde şekil ve grafiklerin altında yer almalıdır.
- Şekiller dijital formatlı, 300 DPI çözünürlüğünde ve .jpeg kayıtlı olmalıdır. Tablo, şekil ve grafikler, her biri ayrı sayfada ve kaynaklardan sonra yer almalıdır. Her bir tablo, şekil ve grafiğe metin içerisinde atıfta bulunulmalıdır.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise kaynak belirtilmelidir.
- Virgül ve noktadan önce boşluk bırakılmamalıdır.
- () ve “ ” gibi işaretlerle belirtilen cümle ya da kelimelerden önce ve sonra boşluk bırakılmamalıdır.
- Ondalıklı sayılar yazılırken nokta kullanılmalıdır.
- Yüzde (%) ile ifade edilen rakamlarda % ile rakam arasında boşluk bırakılmamalıdır.
- Çeşitli istatistik veriler simgeleriyle gösterilmelidir. Varyans analizi değerleri (F), istatistiksel değerler (n, %) gibi.
- Kısaltmalar Başlıkta ve Öz’de kullanılmamalı, metin içinde açıklamaları ilk kullanıldıkları yerde verilmeli ve parantez içinde kısaltması yazılmalıdır. Kısaltma sayısı mümkün olduğunca az olmalıdır.
- Yazılar “.doc” şeklinde kaydedilmeli Word belgesi olarak gönderilmelidir. “PDF” formatında gönderilmemelidir.

MAKALENİN BÖLÜMLERİ:

Başlık Sayfası

Metnin **Türkçe ve İngilizce** tam adı yalnızca ilk harfleri büyük, koyu ve ortaya hizalanmış olarak, bir alt satıra da **yazarların ismi** aynı biçimde yazılır. Yazarların, unvanları, çalıştığı kurum adı ve adresi, iletişim bilgileri (tel, fax ve e-posta adresleri ve ORCID bilgileri), tüm yazarların makaleye katkısı ve varsa çıkar çatışması hakkındaki bilgi alt satıra geçildikten sonra sola yaslı biçimde yazılmalıdır. Gönderilen makale hakkındaki bilgi (bilimsel toplantıda sunulması, fon desteği alınması veya tez çalışmasından üretilmesi gibi) yazar bilgilerinin altında yer almalıdır.

Öz/Abstract

- Tüm yayın tiplerinde ilk sayfa, en fazla 250-300 kelimedenden oluşan öz, abstract ve anahtar kelimelerden oluşur.
- Araştırma yazılarında öz “Amaç, Yöntem, Bulgular, Sonuç ve Anahtar Kelimeler”; abstract “Objective, Methods, Results, Conclusion ve Key Words” alt başlıklarından oluşmalıdır.
- Derleme makalelerinin öz ve abstract bölümü; giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır.
- Olgu Sunumunun Öz ve Abstract bölümü; olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik bakımına yönelik süreçleri içermelidir.
- Türkçe ve İngilizce olarak en az üç en fazla beş tane anahtar kelime verilmelidir. İlk anahtar kelime büyük harfle başlamalı, diğer kelimelerin ilk harfi küçük yazılmalı, kelimeler arasında noktalı virgül (;) olmalı ve son kelimenin bitimine nokta konulmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler “Türkiye Bilim Terimleri”ne uygun olarak verilmelidir (<http://www.bilimterimleri.com>). İngilizce anahtar kelimeler “Index Medicus: Medikal Subject Heading (MeSH)” standartlarına uygun olmalıdır (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

Ana Metin

Özgün Araştırma Makalesi

Özgün araştırma makaleleri dergi kapsamına uygun konularda, özgün ve önemli bilimsel sonuçlar sunan, bilimsel araştırma sürecini tamamlamış, raporlandırılmış çalışmalardır. Özgün Araştırma makaleleri aşağıdaki bölümlerden oluşur:

*Giriş: Bu bölümde konunun önemi ve dayandığı bilimsel düşünceler anlaşılır ve net olarak ifade edilmeli; ortaya konulan araştırma problemi güncel çalışmalar doğrultusunda açıklanmalı; probleme yönelik bilgi açığı ayrıntılı olarak belirtilmelidir. Ardından araştırmanın amacı, hipotez(ler)i ya da araştırma soru(lar)ına yer verilmelidir.

*Yöntem: Bu bölümde, araştırmanın tipi, yapıldığı yer, evren ve örnekleme, veri toplama tekniği ve araçları, verilerin değerlendirilmesi ve etik yönü yer almalıdır.

*Bulgular: Bulgular, istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak araştırma hipotezlerini test edecek ya da sorularına yanıt verecek şekilde ve sistematik bir biçimde sunulmalıdır. Şekil ve tablolarda verilen bilgiler, gerekmedikçe tekrarlanmamalıdır. Bu kısımda sadece analiz sonuçları yer almalıdır.

*Tartışma: Bu bölümde bulgular değerlendirilmeli ve sistematik biçimde sunulmalıdır. Elde edilen veriler ile araştırma soruları veya hipotezlerin hangilerinin doğrulandığı ya da doğrulanmadığı gerekçeler ile açıklanmalıdır. Çalışmanın sınırlılıklarından, eksik yönlerinden söz edilmelidir.

*Sonuç: Bu bölümde konunun önemi kısaca vurgulanmalı; tekrara yer vermeden bulgulardan elde edilen sonuçların alana sağlamış olduğu yeni bilgi ya da katkısı özetlenerek gelecek çalışmalara öneriler sunulmalıdır.

*Kaynaklar: Kullanılan tüm kaynaklar American Psychological Association (APA) 6 (http://www.tk.org.tr/APA/apa_2.pdf) kurallarına göre hazırlanmalı ve metnin sonunda ayrı bir sayfada alfabetik sıraya göre verilmelidir.

Tablolar: Tablolar çift satır aralıklı olmalı ve dikey çizgiler sütunları ayırmak için kullanılmamalıdır. Tüm kısaltmalar p değeri için (, **) ve diğer semboller dipnotlarda tanımlanmalıdır. Her bir tablo kaynaklardan sonra ayrı bir sayfada yer almalıdır.

Meta Analiz ve Sistematik Derleme

Meta-analiz ve sistematik derleme makaleleri PRISMA Bildirimi (PRISMA Statement: Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis) (www.prisma-statement.org) kontrol listesine göre hazırlanmalı, Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Kaynaklar bölümlerinden oluşmalıdır.

Derleme

Alanında birikimi ve çalışmaları olan uzman kişiler tarafından yazılması tercih edilen derleme makaleleri; güncel ve gereksinimlere yönelik konularda, ulusal ve uluslararası güncel kaynaklar doğrultusunda konuyla ilgili tartışmaların ve yazar görüşlerinin ortaya koyulduğu çalışmalardır. Bölümleri; Giriş, Konu Başlıkları ve Kaynaklar olarak sıralanmaktadır.

Olgu sunumu

Alana bilimsel katkı sağlayan ve önemli klinik deneyimleri içeren olguların yer aldığı çalışmalardır. Olgu sunumu yazıları; Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Kaynaklar ve gerekirse tablolardan oluşur. Yazılı bilgilendirilmiş onam alınmalı ve ana metinde belirtilmelidir.

Teşekkür

Yazının hazırlanmasında veya araştırmada katkısı bulunan kişi ya da kurumlara teşekkür edilebilir.

Kaynaklar

Referans Stili ve Formatı

Yazarlar, metin içinde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA 6 kurallarına (http://www.tk.org.tr/APA/apa_2.pdf) uygun olarak yazmalıdır. Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur.

Kaynakçada bulunan tüm kaynaklar metin içinde belirtilmelidir. Metindeki yazar adı ve tarih bilgisi, kaynakçadaki yazar adı ve tarih bilgisi ile birebir aynı olmalıdır.

Kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir. Alfabetik sıralama yalnızca soyadın ilk harfine göre yapılmaz, aynı ilk harfe sahip kaynakların da kendi içerisinde harfe göre alfabetik olmaları gerekir. Tek yazarlı aynı yazarın yayınları yıllara göre geçmişten günümüze doğru sıralanır.

Yayın türlerine göre kaynak gösterme örnekleri aşağıda verilmiştir.

a) Türkçe Kitap

Karasar, N. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemi*. (28. Baskı) Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

b) Editörlü Kitap

Ören, T., Üney, T., Çölkesen, R. (Ed.). (2006). *Türkiye bilişim ansiklopedisi*. İstanbul: Papatya Yayıncılık.

c) İngilizce Kitap

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.

d) İngilizce Kitap İçerisinde Bölüm

Bassett, C. (2006). Cultural studies and new media. In G. Hall & C. Birchall (Eds.), *New cultural studies: Adventures theory* (pp. 220–237). Edinburgh, UK: Edinburgh University Press.

e) Türkçe Kitap İçerisinde Bölüm

Erkmen, T. (2012). Örgüt kültürü: Fonksiyonları, öğeleri, işletme yönetimi ve liderlikteki önemi. M. Zencirkıran (Ed.), *Örgüt sosyolojisi kitabı* içinde (s. 233–263). Bursa: Dora Basım Yayın.

f) Türkçe Makale

Yavuz Van Giersbergen, M., Geçit, S. (2017). Son gün ve saatlerdeki yaşam sonu bakımında kanıta dayalı uygulama önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 171-181.

g) İngilizce Makale

Ter, N., Yavuz, M., Aydoğdu, S., Kaya Biçer, E. (2015). The effect of 2 adhesive products on skin integrity used for fixation of hip and knee surgical dressings: a randomized controlled trial. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 42(2), 145-150.

h) Sekizden Fazla Yazarlı Makale

Unsal Atan, Ş., Oztürk, R., Gülec Satır, D., İldan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K. ... Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 18, 13-18. doi: 10.1016/j.srhc.2018.08.001

i) DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

Düzgün, G., Karadakovan, A. (2018). Palyatif bakımda kanser rehabilitasyonu ve hemşirelik yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3), 103-118. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/602453>

i) Türkçe Tezler

Yavuz, M. (1998). *Günübirlik cerrahi hastalarının bakımı için hemşire bakım formu geliştirilmesi ve formun kalite güvenliğinin izlemi*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

j) Kongre Bildirisi

Yavuz Van Giersbergen, M., Şahin Köze, B. (2018, Nisan). *Hemşirelik öğrencilerinin Operating Room Nursing Dersinde video ile konu anlatımı ve Kahoot kullanımına ilişkin görüşleri*. 21. Ulusal Cerrahi Kongresi 16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi'nde sunulan bildiri, Antalya.

k) Web sayfası, makale başlığı, bölüm başlığı

Hacettepe Üniversitesi Bilgi Okuryazarlığı Programı. (2010). Erişim adresi: <http://hubo.hacettepe.edu.tr/>

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
SON KONTROL LİSTESİ

1.Makalenin Türü

- Özgün Araştırma
- Derleme
- İleri Çözümleme Derlemeleri (Sistemik derleme, meta analiz)
- Olgu sunumu

Başlık Sayfası

- 2.Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı ve başlıkta kısaltma kullanılmadı.
- 3.Tüm yazarların akademik unvanları, kurumları, yazışma adresleri, iş telefonları, cep telefonları, e-posta adresleri ve ORCID bilgileri belirtildi.
- 4.Tüm yazarı(lar)ın makaleye katkıları (fikir, tasarım, veri toplama ve/veya işleme, analiz ve/veya yorum, yazıyı yazma, eleştirel inceleme veya revizyon) listelendi.
- 5.Makale bilimsel bir toplantıda sunulmuş ise sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi.
- 6. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden üretildi ise Üniversite, varsa Enstitü ve yılı belirtildi.
- 7. Makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum(lar) mevcut ise; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkinin olduğu (konsültan, diğer anlaşmalar) belirtildi.

Ana Metin

- 8.Türkçe ve İngilizce ile öz /abstract yazıldı ve özlere kısaltma kullanılmadı.
- 9. Araştırma makaleleri, meta analizi ve sistemik derlemelerde; sözcük sayısı 6000-8000 sözcük, derleme ve olgu sunumlarında 3000-5000 sözcük ve kaynak sayıları 50 kaynak ile sınırlandırıldı.
- 10.Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler öz/abstract sayfasının sonuna ilgili yere yazıldı.
- 11.Özetler ana metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı. Ana metinde yazarlara ait herhangi bilgi verilmedi.
- 12.Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eş anlamlılarına yer verildi.
- 13.Kısaltmalar kullanılmışsa metin içindeki ilk açık kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi.
- 14.Makalelerde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı.
- 15. Makale türleri için uluslararası geçerliliği olan standart kılavuzlarca sunulmuş yönergeler kullanıldı.
- 16.Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul iznine ilişkin geçerli evrak numarası eklendi.

Kaynaklar

- 17.Kaynak gösterimi metin içinde ve kaynakçada belirtilen kurallara (APA6) uygun olarak yapıldı.
- 18.Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi.

Tablo, Şekil/Grafik ve Resimler

- 19.Tablo, şekil, grafikler ve resimler kaynaklardan sonra ve her biri ayrı bir sayfada yer alacak şekilde verildi ve metin içinde atıfta bulunuldu.
- 20.Tablo başlıkları tablonun üzerinde verildi ve kelimelerin ilk harfi büyük yazıldı. Metinde kullanılış sırasına göre numaralandırıldı.
- 21. Şekil, grafik başlıkları şekil, grafiklerin altında verildi ve kelimeler küçük harfle başladı.
- 22. Tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş tane olacak şekilde sınırlandırıldı.
- 23. Şekil, grafik ve resimler dijital formatlı, .jpeg kayıtlı ve 300 DPI çözünürlükte olacak şekilde kullanıldı.

Tüm Makale

- 24. Metin dosyaları Microsoft Word dokümanı olarak sisteme yüklendi.
 - 25. Özgün araştırma makaleleri için Etik Kurul Onay Formu sisteme yüklendi.
 - 26. Telif Hakkı Yazar Onay Formu sisteme yüklendi.
 - 27. Son Kontrol Listesi kontrol edildikten sonra çıktı alınarak işaretlendi. Yayın başvurusu sürecinde taranarak sisteme yüklendi.
-

**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

YAZAR İNDEKSİ

<u>Yazar</u>	<u>Sayı-Sayfa</u>	<u>Yazar</u>	<u>Sayı-Sayfa</u>
Ayşenur TURAN	1: 1-10	İlknur YEŞİLÇINAR	2:109-116
Gülçin BOZKURT	1: 1-10	Sevinç TAŞTAN	2:109-116
Merve AKPINAR YILMAZ	1:11-22	Emine İYİĞÜN	2:109-116
Yeliz CİĞER	1:11-22	Aslıhan AKSU	2: 117-125
Zekiye KARAÇAM	1:23-33, 3:133-144	Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ	2: 117-125
Döndü ARSLAN KURNAZ	1:23-33	Hatice ÖNER CENGİZ	2: 127-132
Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK	1:23-33, 3:133-144	Fatma Nur YAĞIZ	2: 127-132
Esra GARLI	1:35-44	Zeynep BALACAN	3:133-144
Nursan ÇINAR	1:35-44	Sinem GEÇİT	3:145-151, 3:163-173
Ayça DEMİR YILDIRIM	1:45-52	Türkan ÖZBAYIR	3:145-151, 3:163-173
Ümran OSKAY	1:45-52	Papatya KARAKURT	3:153-161
Özlem DOĞU KÖKCÜ	1:53-59	Ayla ÜNSAL	3:153-161
Özcan KUTLU	1:53-59	Serhat YILDIRIM	3:153-161
Gülsüm ÇONOĞLU	1: 61-65	Özgür BAHADIR	3:175-188
Nilay ÖZKÜTÜK	1: 61-65	Meltem KÜRTÜNCÜ	3:175-188
Fatma ORGUN	1: 61-65	Tuba KIZILKAYA	3:189-198
Tuğba DÜNDAR	1:67-72	Selma HANCIOĞLU AYTAÇ	3:189-198
Emine GERÇEK	1:67-72	Saadet YAZICI	3:189-198
İlayda TEKTAŞ SOY	2:73-86	Ayşe ÇELİK YILMAZ	3:199-206
Semra KOCATAŞ	2:73-86	Dilek AYGİN	3:199-206
Hediye UTLİ	2: 87-95	Seher DURĞUT	3:207-216
Mensure TURAN	2: 87-95	Yurdagül YAĞMUR	3:207-216
Asiye ÖZDİŞÇİ	2: 97-107	Sevda EFİL	3:217-228
Gülbu TANRIVERDİ	2: 97-107	Gül DEMİR	3:217-22
Gamze ACAVUT	2:109-116		

KONU İNDEKSİ

Primipar Annelerin Doğum Şekli ve Emzirmeye İlişkin Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterlilik Düzeyleri
36 (1): 1-10, 2020

Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Steroid Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi
36 (1): 11-22, 2020

Doğum Eyleminde Lavman Uygulamasının Anne-Bebek Sağlığına Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma
36 (1): 23-33, 2020

Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri
36 (1): 35-44, 2020

Dünyada ve Türkiyede Optimal Perinatal Bakıma Yönelik Programlar
36 (1): 45-52, 2020

Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarında Spiritüel Bakım
36 (1): 53-59, 2020

Hemşirelik Eğitiminde Yenilikçi Eğitim Paradigması: Öğretim Teknolojileriyle Duyuşsal Alanı Harekete Geçirmek
36 (1): 61-65, 2020

Hemşirelikte Etkileşim Kuramının Postpartum Dönemde Kullanımı: Bir Olgu Sunumu
36 (1): 67-72, 2020

Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Bireylerde Benlik Saygısı ve Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişki
36 (2): 73-86, 2020

0-12 Yaş Arası Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi
36 (2): 87-95, 2020

Hemşirelik Öğrencilerinde Çalıştay Yoluyla Kültürel Duyarlılığın Geliştirilmesi
36 (2): 97-107, 2020

Hemşirelikte Enformasyon: Kavram Analizi
36 (2): 109-116, 2020

Suriyeli Göçmen Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri
36 (2): 117-125, 2020

Hemşirelik Uygulamalarının Önemli Bir Bileşeni: Sezgi
36 (2): 127-132, 2020

Ebeveynlerin Prematüre Bebeğe Sahip Olmaya İlişkin Deneyim ve Gereksinimleri
36 (3): 133-144, 2020

Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi
36 (3): 145-151, 2020

Hemşirelerin Hemşirelik Tanılarına Yönelik Algılarının Bazı Değişkenler Yönünden İncelenmesi: Bir Şehir Hastanesi Örneği
36 (3): 153-161, 2020

Hemşire ve Hekimlerin İzolasyon Önlemlerine Uyumunu
36 (3): 163-173, 2020

Müzik Terapinin 6-12 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete ve Ağrı Yönetimine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma
36 (3): 175-188, 2020

COVID-19 Pandemisinde Gebelik Dönemi ve Telesağlık
36 (3): 189-198, 2020

Elektif Cerrahi Süreçte Yaşanan ve Göz Ardı Edilen Bir Sorun: Ameliyatın Gecikmesi ve İptali
36 (3): 199-206, 2020

Mikrobiyotanın Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi
36 (3): 207-216, 2020

Tip 2 Diyabetli Bireyin Gastrik Bypass Sonrası Evde Bakımının Tedaviye Uyumuna Yansıması: 6 Aylık İzlem
36 (3): 217-228, 2020

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

- Ebeveynlerin Prematüre Bebeğe Sahip Olmaya İlişkin Deneyim ve Gereksinimleri
Parents' Experience and Needs Regarding Having a Premature Baby
Zeynep BALACAN, Zekiye KARAÇAM, Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK..... 133-144
- Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi
Determination of the Operating Room Nurses' Professional Values
Sinem GEÇİT, Türkan ÖZBAYIR..... 145-151
- Hemşirelerin Hemşirelik Tanılarına Yönelik Algılarının Bazı Değişkenler
Yönünden İncelenmesi: Bir Şehir Hastanesi Örneği
*Assessing Nurses' Perceptions towards Nursing Diagnosis in Some Variables:
An Example of City Hospital*
Papatya KARAKURT, Ayla ÜNSAL, Serhat YILDIRIM..... 153-161
- Hemşire ve Hekimlerin İzolasyon Önlemlerine Uyumu
Compliance of Nursing and Physicians to Isolation Precautions
Sinem GEÇİT, Türkan ÖZBAYIR..... 163-173
- Müzik Terapinin 6-12 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete ve Ağrı Yönetimine Etkisi:
Randomize Kontrollü Bir Çalışma
*The Effect of Music on Anxiety and Pain Management in Turkish School-Aged
Children Who Underwent Surgery: A Randomized Controlled Trial*
Özgür BAHADIR, Meltem KÜRTÜNCÜ..... 175-188

Derlemeler / Reviews

- COVID-19 Pandemisinde Gebelik Dönemi ve Telesaglık
Perinatal Period and Telehealth in COVID-19 Pandemia
Tuba KIZILKAYA,, Selma HANCIOGLU AYTAÇ, Saadet YAZICI..... 189-198
- Elektif Cerrahi Süreçte Yaşanan ve Göz Ardı Edilen Bir Sorun:
Ameliyatın Gecikmesi ve İptali
A Neglected Problem During Elective Surgery: Delay and Cancellation of Surgery
Ayşe ÇELİK YILMAZ, Dilek AYGİN..... 199-206
- Mikrobiyotanın Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi
The Effect Of Microbiota On Women's And Children's Health
Seher DURĞUT, Yurdağül YAĞMUR 207-216

Olgu Sunumu/ Case Report

- Tip 2 Diyabetli Bireyin Gastrik Bypass Sonrası Evde Bakımının Tedaviye
Uyumuna Yansımaları: 6 Aylık İzlem
*Reflection of Home Care of The Post-Gastric-Bypass Individual With Type 2
Diabetes on Treatment Adherence: A 6-Month Follow-Up*
Sevda EFİL, Gül DEMİR..... 217-228

