



# GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

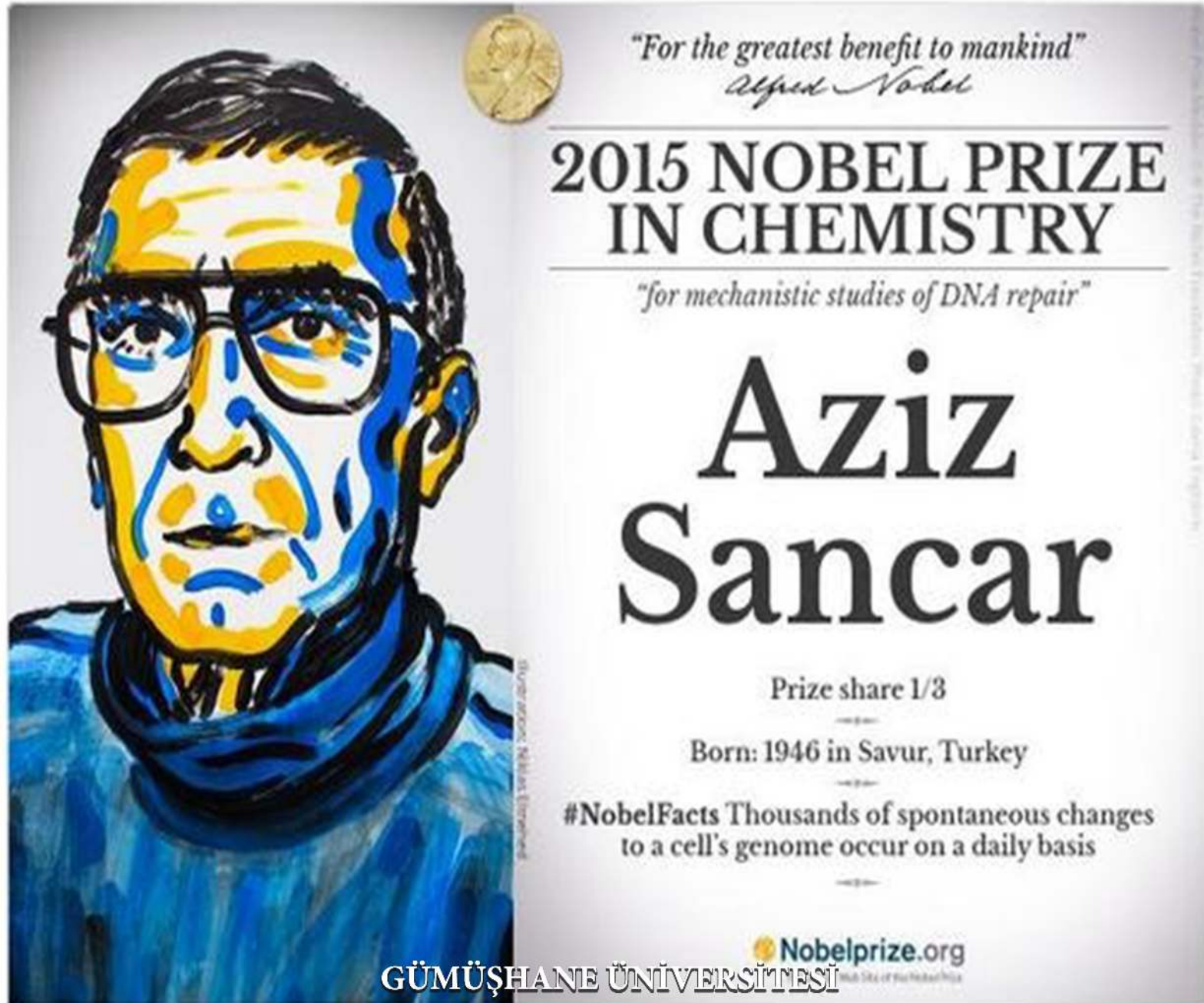


CİLT : 4 / SAYI : 4

ISSN 2146 - 9954

2015

## GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



*"For the greatest benefit to mankind"*  
*Alfred Nobel*

**2015 NOBEL PRIZE  
IN CHEMISTRY**

*"for mechanistic studies of DNA repair"*

**Aziz  
Sancar**

Prize share 1/3

Born: 1946 in Savur, Turkey

#NobelFacts Thousands of spontaneous changes to a cell's genome occur on a daily basis

Nobelprize.org

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

### SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 7425 - 248 Fax: 0 456 233 7604

sbd@gumushane.edu.tr

Türkiye Atıf Dizini (Turkiye Citation Index)'ne kayıtlıdır.

## İÇİNDEKİLER

<b>Cerrahi Hekimlerin Ameliyathanedeki Gergin Davranışlarının Hemşireler Üzerindeki Etkileri (Araştırma Makalesi)</b>	502
Kezban KORAŞ, Dilek ÖCALAN, Okan SOLAK	
<b>Türkiye’de Hemşirelik Araştırmalarındaki Eğilimler: Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri Üzerine Bir Çalışma (Araştırma Makalesi)</b>	516
Melek ARDAHAN, Süheyla ÖZSOY	
<b>Doğum Öncesi Ev Ziyareti Hizmeti Verilen Gebelerin Memnuniyet Düzeyleri (Araştırma Makalesi)</b>	535
Gülseren DAĞLAR, Tuba UÇAR, Funda EVCİLİ, Dilek BİLGİÇ	
<b>Triyaj Karar Verme Envanteri’nin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması (Araştırma Makalesi)</b>	547
Dilek KÜÇÜK ALEMDAR, Funda KARDAŞ ÖZDEMİR, Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ	
<b>Sağlık Öğrencilerinin Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Görüşleri (Araştırma Makalesi)</b>	563
Havva KAÇAN SOFTA, Hülya UÇUKOĞLU, Ayşenur ORAL	
<b>Hemşirelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki (Araştırma Makalesi)</b>	574
Nurgül KARAKURT, Mine EKİNCİ	
<b>Huzurevinde Kalan Yaşlılarda İdrar Kaçırma Problemi Ve Mobilite İle İlişkisi (Araştırma Makalesi)</b>	594
Feyzan CANKURTARAN, Ferhan SOYUER, Sibel AKIN	
<b>Morbid Obezlerde Bariyatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı (Derleme)</b>	604
Dilek AYGİN, Hande AÇIL	
<b>Evcil Hayvanların Lizozomal Depo Hastalıklarında Patogenez Ve Patolojik Bulgular (Derleme)</b>	614
Güngör Çağdaş DİNÇEL, Oguz KUL	
<b>Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum ( Derleme)</b>	638
Gülbahtiyar DEMİREL, Zehra GÖLBAŞI	
<b>65 Yaş Ve Üzeri Yaşlılarda Düşme Risk Ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (Derleme)</b>	660
Tuğba ÇINARLI, Zeliha KOÇ	



**Sahibi (Owner)**

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**

(Editorial Manager)

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

**Editörler (Editors)**

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

**Dergi Sekreteryası**

Yrd. Doç. Dr. Çağla YİĞİTBAŞ

Yrd. Doç. Dr. Nesibe BURNAZ

Arş. Gör. Uğur YAYLA

Öğr. Gör. Beliz YEKELER

Öğr. Gör. Meltem DEMİR

**Dil Danışmanı**

Fevzi PEK

**Teknik Kurul**

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ

Grafiker Ayşe YALÇINKAYA

Niyazi POYRAZ

**İletişim Adresi**

Sağlık Bilimleri Dergisi

Gümüşhane Üniversitesi

Bağlarbaşı Mah.

29100 / GÜMÜŞHANE

Tel: 0 456 233 11 72

Fax: 0 456 233 11 79

<http://sbd.gumushane.edu.tr>

**Yayın Türü:**

Yılda dört kez yayınlanan hakemli,  
süreli yayın

Dergimize Makale Göndermek  
İçin:

[sbd@gumushane.edu.tr](mailto:sbd@gumushane.edu.tr)

EDITÖRDEN...

Merhaba Değerli Bilim İnsanları,

Geçtiğimiz günlerde hem sevinçli hem de üzücü pek çok olay yaşadık. Önce sevinçli haberdan başlayacak olursak 2015 Nobel Kimya Ödülü'nü "DNA onarımı" hakkındaki bilimsel çalışmasıyla Prof. Dr. Aziz Sancar kazandı. Sancar ödülünü aynı dalda Tomas Lindahl ve Paul Modrich ile paylaştı. İsveç Kraliyet Bilim Akademisi, düzenlediği basın toplantısında, Lindahl, Modrich ve Sancar'ın "Hücrelerin hasar gören DNA'yı nasıl onardığını ve genetik bilgiyi nasıl koruma altına aldığını" ortaya çıkardıkları için Nobel Kimya Ödülü'ne layık görüldüklerini bildirdi. Açıklamada, "Üç bilim adamının çalışmaları, hücrelerin nasıl işlediğine yönelik son derece önemli bilgi sağlayarak yeni kanser tedavilerinin geliştirilmesine yol açtı. 2015 Nobel Kimya Ödülü, bu onarım sistemlerinin nasıl işlediğini moleküler düzeyde gözler önüne seren çalışmalarıyla alanlarında çığır açan üç bilim adamına verilmiştir" ifadesi kullanıldı. Sancar İstanbul Üniversitesi'nde hocasının "Tıp diploması almış herkes uzmanlıktan önce birkaç yıl hasta bakmalı" dediği için, iki yılını Savur yakınlarında köy doktoru olarak geçirdi. Mardin'in Savur ilçesinde, okuma yazma bilmeyen 8 çocuklu bir anne-babanın 7'ncisi olarak dünyaya geldi. İ.Ü. Tıp Fakültesi'ni 1971'de bitirip ABD'ye gitti. Çalışmalarıyla Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi'ne kabul edilen 3 Türk'ten biri oldu. 1997'den bugüne ABD'de North Carolina Üniversitesi Biyokimya ve Biyofizik Bölümü'nde görev yapıyor. Üzücü olan olaylar ise hepimizin malumu olan terör saldırıları. Bu tür olayların en kısa sürede son bulması en büyük dileğimiz.

Dergimizin bu sayısında 7 orijinal araştırma makalesi, 4 derleme yer almaktadır. Birinci araştırma makalemiz Kezban KORAŞ ve arkadaşlarının "Cerrahi Hekimlerin Ameliyathanedeki Gergin Davranışlarının Hemşireler Üzerindeki Etkileri " adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Melek ARDAHAN ve Süheyla ÖZSOY'un "Türkiye'de Hemşirelik Araştırmalarındaki Eğilimler: Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri Üzerine Bir Çalışma" isimli araştırma makalesi takip etmektedir. Üçüncü makalemiz Gülseren DAĞLAR ve arkadaşlarının "Doğum Öncesi Ev Ziyareti Hizmeti Verilen Gebelerin Memnuniyet Düzeyleri" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Dilek KÜÇÜK ALEMDAR ve arkadaşlarının "Triyaj Karar Verme Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlilik Çalışması" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Sonraki makale Havva KAÇAN SOFTA ve arkadaşlarının "Sağlık Öğrencilerinin Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Görüşleri" isimli araştırma makalesidir. Altıncı makalemiz Nurgül KARAKURT ve Mine EKİNCİ' in "Hemşirelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Feyzan CANKURTARAN ve arkadaşlarının "Huzurevinde Kalan Yaşlılarda İdrar Kaçırma Problemi Ve Mobilite İle İlişkisi" isimli araştırma makalesi izlemektedir. İlk derlememiz Dilek AYĞIN ve Hande AÇIL 'ın "Morbid Obezlerde Bariyatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı" isimli derlemesidir. Bunu Güngör Çağdaş DİNÇEL ve Oguz KUL 'un "Evcil Hayvanların Lizozomal Depo Hastalıklarında Patogenez Ve Patolojik Bulgular " isimli derlemesi izlemektedir. Sonraki derlememiz ise Gülbahiyar DEMİREL ve Zehra GÖLBAŞI' nın "Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum" isimli derlemedir. Son derlememiz ise Tuğba ÇINARLI, Zeliha KOÇ'un "65 Yaş Ve Üzeri Yaşlılarda Düşme Risk Ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi " adlı olgu sunumudur.

Bir sonraki sayımızda buluşmak üzere sağlıklı kalın.

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ





## DERGİMİZ HAKKINDA

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ; Temel Tıp Bilimleri , Cerrahi Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri , Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik , Sağlık Yönetimi , Ebelik, Çocuk Gelişimi, İlk ve Acil Yardım (Paramedik) ,Tıbbi Laboratuvar, Sporcu Sağlığı, Acil Yardım ve Afet Yönetimi, Sosyal Hizmetler, Diş Hekimliği ve Veterinerlik gibi bütün sağlık alanlarındaki bilimsel yazıları yayımlayan hakemli bir dergidir. Dergide önceden yayımlanmış, yayımlanmak üzere kabul edilmiş ve yayımlanmak için değerlendirilmekte olan yazılar değerlendirmeye alınmaz. Yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lara) aittir. Yazardan düzeltme istenilmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içinde yapılarak Sağlık Bilimleri Dergisi sekreterliğine ulaştırılması gerekmektedir. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan yazılar yayımlanabilir:

**Derleme:** Belli bir konuda yakın zamana kadar yapılmış bilimsel çalışmaların kapsamlı derlemesi.

**Araştırma Makalesi:** Özgün araştırmaları tanıtan ve sonuçlarını sunan bilimsel formatta yazılmış makale.

**Teorik ve Kuramsal Makaleler:** İlgili bilim dalına katkı yapacak teorik düzlemde hazırlanmış makale

## Kitap Tanıtımı

## YAZIM KURALLARI

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri e-dergisi yılda dört kez (Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim) yayınlanan hakemli bir dergidir. Dergide ; klinik ve deneysel çalışmalar , ilginç olgu bildirimleri, editör tarafından davet edilmiş derlemeler, ve editöre mektuplar yayınlanır.

Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimiz e-posta adresine ([sbd@gumushane.edu.tr](mailto:sbd@gumushane.edu.tr)) gönderilmesi gerekmektedir. Yayımlanmak üzere dergimize gönderilen çalışmaların tüm sorumlulukları yazarlara aittir.

Dergi kurallarına uygunluğuna karar verilen yazılar Hakem Danışma Kurulundan konu ile ilgili en az iki hakeme gönderilir ve bu üyelerden yayına uygun olup olmadığı konusunda görüşleri alınır. Bu incelemeden geçen yazılar, Yayın Kurulu tarafından tekrar değerlendirilir ve basılacağı yer ve sayı kararlaştırılır. Danışma ve Yayın Kurulları, düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yapmak yetkisine sahiptir.

Yazarlardan istenen değişiklik ve düzeltmeler için verilen süre en fazla 1 aydır ve düzeltmeler yapıldıkça kadar, söz konusu yazılar yayın programına alınmaz.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayımlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayımlansın yayımlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

## MAKALE YAZIM KURALLARI

1. Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş olmalıdır. Söz konusu araştırma bilimsel bir toplantıda bildiri (sözlü ya da poster) olarak sunulmuşsa yazının başlık sayfasının altında tarihi ve yeri ile birlikte dipnot şeklinde belirtilmelidir.

2. Dergimizde Türkçe, İngilizce ve Almanca dillerinden herhangi biri ile yazılmış yazılar yayınlanır. Yazılar MS Word 2003 veya üzeri sürümlerde, A4 kağıdı boyutunda, "Times New Roman" yazı stili, 12 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır. Paragraflarda ilk satır girintisi 1 cm olmalıdır. Paragraf geçişlerinde satır atlanmamalıdır. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.

3. Yazılarda Türkçe ve İngilizce özet verilmelidir. Özetler 10 punto ile yazılmış ve 250 kelimeyi aşmayacak şekilde olmalıdır. "ÖZET" başlığı (10 punto) ortalanarak "kalın" yazılmalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar yer almamalıdır. Özetlerden sonra çalışmanın alanını tanımlayabilecek en az üç, en fazla beş adet "anahtar kelime" (keywords) bulunmalıdır. Anahtar kelimeler (Index Medicus: Medical Subject Headings ve Türkiye Bilim Terimleri sözlüğü ile uyumlu olmalıdır. Index Medicus MeSH dağarcığına uygun anahtar sözcükler dizgi aşamasında dergimiz tarafından da eklenmektedir. Olgu sunumlarının özetleri kısa ve tek paragraflık olmalıdır. Olgu sunumu özetleri ağırlıklı olarak mutlaka olgu

hakkındaki bilgileri içermelidir.

4. Yazılar, Giriş bölümü ile ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

5. Araştırma yazıları TÜRKÇE ÖZET, İNGİLİZCE ÖZET, GİRİŞ, MATERYAL ve METOT, BULGULAR ve TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER (Tartışma içinde yer alabilir) ve KAYNAKÇA bölümlerinden oluşmalıdır. Başlıklarına numara verilmemeli ve paragraf ile hizalı bir şekilde tamamen büyük harflerle



**kalın** yazılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

6. Yazıların ana başlığı ortada olacak şekilde, büyük harflerle “**kalın**” ve 12 punto ile yazılmalıdır. Yazarın adı başlığın sağ alt kenarına konulmalı; yazar birden fazla ise adları yan yana yazılmalıdır. Unvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalıdır. Yazarların akademik ünvanı, bağlı olduğu kurumu ve e-posta adresi dipnot şeklinde ilk sayfada yer almalıdır. İlk sayfada ayrıca, dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile çalışmayı destekleyen kuruluşlar ve diğer gerekli bilgiler belirtilmelidir.

7. Yazı, çizim veya grafiklerin yazım alanı içinde olmalarına dikkat edilmelidir. Yazılarda sayfa kenar boşlukları ; üstbilgi ve altbilgi 2 cm olmalıdır.

8. Yazılar, şekil ve tablolar dahil 25 sayfayı geçmemelidir.

9. Yazılardaki resim, şekil ve grafikler "Şekil" adı altında gösterilmeli; şekil ve grafikler bilgisayar ortamında çizilmelidir. Tablo, şekil ve denklemlere sıra numarası verilmeli, başlıklar tabloların üzerine, şekillerin ise altına her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde ve ortalanarak “kalın” karakterler ile yazılmalıdır. Ayrıca tablo ve şekillere ait kaynaklar hemen altına 8 punto ile verilmelidir. Tablolar her sayfaya bir tablo olacak şekilde yerleştirilmelidir. Yazılardaki tablolar dikey çiziyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5’i geçmemelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmesi gerekmektedir. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.

10. Yazıda yer alan birinci derece başlıklar (I,II, III gibi) Romen rakamlarıyla sınıflandırılmalı, tamamen büyük koyu harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. İkinci derece başlıklar (A,B,C gibi) büyük harflerle sınıflandırılmalıdır. Bu başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde kalın harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. Üçüncü derece başlıklar (1, 2, 3 gibi) rakamlarla sınıflandırılmalıdır. Bu tür başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak

şekilde, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır. Dördüncü derece başlıklar ise (a, b, c gibi) küçük harflerle sınıflandırılmalıdır. Dördüncü derece alt başlıklar küçük harflerle, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır.

#### 11. Kaynaklar

Yazarlar yalnızca doğrudan yararlandıkları kaynakları yazılarında gösterebilirler. Dergimiz, başka çalışmalarda bildirilen kaynakların aktarma şeklinde kullanılmasını kesinlikle uygun görmez. Bir kaynağın aslından yararlanılmamış olduğu düşünüldüğünde, yazarından söz konusu kaynak ya dakaynakların ilk sayfalarının fotokopilerini göndermesi istenir. Yazarlar tarafından doğrulanmayan kaynaklar dizgi aşamasında yazıdan ayıklanmaktadır.

Kaynaklar bölümünde, yayınlanmamış ve sayfa numaralarıyla verilemeyecek kaynak (yayınlanmamış kongre, sempozyum, toplantı, vb. belgeleri) kullanılamaz.

Kaynaklar yazıda kullanılış sırasına göre sıralanmalıdır. Noktalamalara birden çok yazarlı bir çalışmayı tek yazar adıyla kısaltmamaya ve kaynak sayfalarının başlangıç ve bitimlerinin belirtilmesine dikkat edilmelidir. Kullanılacak kısaltmalar Index Medicus'a uygun olmalıdır. Yazar sayısı altıdan fazla ise “ve ark. ya da et al” şeklinde kısaltılabilir.

#### Aşağıda kaynak gösterim örnekleri sunulmuştur:

##### Makale:

1. Şahinöz T, Şahinöz S ve ark. Yurтта Kalan Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 23 (4): 159-166.

##### Kongre Bildirileri:

2. Şahinöz S, Şahinöz T, Çolak A, Cengiz S. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Zararlı Alışkanlıkları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 4-7 Ekim 2011, Trabzon. 2011. p 374

##### Kitap:

3. Şahinöz S (ed.), Şahinöz T (ed.), Eker H.H, Kıvanç A, Bodur A.F, Çolak, A. Hasta Bakımı: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Kadın Girişimcilik ve Eğitim Merkezi Eğitim Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-87853-0-4 Gümüşhane - 2011. ss: 4-7

##### Tezler:

4. ŞAHİNÖZ T. Uzmanlık Tezi; “Kayseri’de 1985 – 1998 Yılları Arasında Sağlık Durumu ve Demografik Göstergelerdeki Değişim” Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Yusuf Öztürk. Kayseri – 1999.



Kaynaklara yapılan atıflar, dipnotlar yerine metnin içinde parantez içinde yazıda kullanım sırasına göre rakamlarla yapılmalıdır. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli değil ise, parantez içerisindeki ifadeler şu şekilde sıralanmalıdır; internet sitesinin kurumu, erişim yılı.

.....(www.die.gov.tr, 2007) : internet adresine atıf

.....(Devlet Planlama Teşkilatı, 2005) : kuruma atıf

Yukarıdaki atıf gösterimleri metin dili Türkçe olan makaleler içindir. Yabancı dilde yazılan makalelerdeki atıflarda kullanılan bağlaçlar, metin dili ile uyumlu olmalıdır. Kaynağa yapılan atıf dışında, yapılacak açıklamalar, "Notlar" başlığı altında yazının sonunda ayrı bir sayfada verilmelidir. Kaynakçada yer alan eserler kitap, makale vb. şekilde sınıflandırılmamalıdır.

Yukarıdaki gösterimler metin dili Türkçe olan kaynaklar içindir. Yabancı dilde yayınlanacak çalışmalarda bağlaçlar ve kısaltmalar metin dili ile uyumlu olmalıdır. Örneğin, metin dili İngilizce olan bir çalışmada 've' bağlacı yerine 'and', 'ss.' kısaltması yerine 'pp.' kullanılmalıdır.

## 12. Etik

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedürlerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve ilgili Etik Kuruldan aldıkları onayı göndermelidir.

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı; yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir. Hasta kimliğini tanıttak fotoğraf kullanıldığında, hastanın yazılı onayı alınmalı ve hastanın gözleri bantla kapalı olmalıdır.

**Yukarıdaki formata uygun olmayan çalışmalar içerik açısından değerlendirilmeye alınmayacak ve editör tarafından yazara iade edilecektir.**

İletişim	Sağlık Bilimleri Dergisi
Adres	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
Tel	0 456 233 11 72 0 505 3476206
Faks	0 456 233 11 79
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr



# Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

## GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

### BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülgani TATAR Atatürk Üniversitesi	Burhan ÇAKICI Gümüşhane Üniversitesi
Aclan ÖZDER Afyon Kocatepe Üniversitesi	Cavit KART Karadeniz Teknik Üniversitesi
Adem KUŞGÖZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Cemalettin BALTACI Gümüşhane Üniversitesi
Ahmet Afşin KAYA Gümüşhane Üniversitesi	Cemil ŞAHİN Gümüşhane Üniversitesi
Ahmet ALVER Karadeniz Teknik Üniversitesi	Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet EROĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Çağla YİĞİTBAŞ Gümüşhane Üniversitesi
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Çetin AKAR Hacettepe Üniversitesi
Ahmet KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet MENTEŞE Karadeniz Teknik Üniversitesi	E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet TİRYAKİ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Elif ÇELENK KAYA Gümüşhane Üniversitesi
Ahmet YILMAZ Gümüşhane Üniversitesi	Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali Fuat BODUR Gümüşhane Üniversitesi	Erdem DUMAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali ÜNAL Gümüşhane Üniversitesi	Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali GÜNDOĞDU Gümüşhane Üniversitesi	Ersan ODACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aliye ÖZENOĞLU 19 Mayıs Üniversitesi	Ersan KALAY Karadeniz Teknik Üniversitesi
Asım ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi	Esra ERCAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aydın KIVANÇ Gümüşhane Üniversitesi	Ersagun KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Ü.
Ayhan KANAT Rize Üniversitesi	Ethem ALHAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşe KARADAĞ Gazi Üniversitesi	Evrin AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayla GÜRSOY Karadeniz Teknik Üniversitesi	Evrin ÖZKORUMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aynur BÜTÜN AYHAN Ankara Üniversitesi	Fahri UÇAR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aysel KÖKSAL AKYOL Ankara Üniversitesi	Fatma DEMİR KORKMAZ Ege Üniversitesi
Ayşe METİN Ankara Çocuk Sağ.ve Has.	Fatma TAŞ ARSLAN Selçuk Üniversitesi
Ayşe ÇOLAK Gümüşhane Üniversitesi	Fehmi Volan AKYÖN 18 Mart Üniversitesi
Ayşe OKANLI Atatürk Üniversitesi	Ferdi BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayşe Özfer ÖZÇELİK Ankara Üniversitesi	Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi
Ayşegül BİLGE Ege Üniversitesi	Feyyaz ÖZDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşegül İŞLER Akdeniz Üniversitesi	Figen ÇELEP Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşenur ÖKTEN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Fisun ŞENUZUN Ege Üniversitesi
Ayten DEMİR Ankara Üniversitesi	Gamze ÇAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bayram KAYMAK Hacettepe Üniversitesi	Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bayram ŞAHİNÖZ Hacettepe Üniversitesi	Gökşin ŞENGÜL Atatürk Üniversitesi
Belgin YILDIRIM Adnan Menderes Ü.	Gülşay YEĞİNOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Beyazıt YEMEZ Dokuz Eylül Üniversitesi	Gülbahtiyar DEMİREL Cumhuriyet Üniversitesi
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gülhan ERDEM 18 Mart Üniversitesi
Bora CENGİZ Bahçeci Sağlık Grubu	Gülgün ERSOY Hacettepe Üniversitesi





# Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

## GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gülşah YILDIZ DENİZ Gümüşhane Üniversitesi  
Güngör Çağdaş DİNÇEL Gümüşhane Üniversitesi  
Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Hafız AYDIN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Halil KAVGACI Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Haluk DUMAN Aksaray Üniversitesi  
Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi  
Hasan BOZKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Hasan EFE Rize Üniversitesi  
Hasan Hüseyin EKER Gümüşhane Üniversitesi  
Havva ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Havva TEL Cumhuriyet Üniversitesi  
Hayri AYDOĞAN Gümüşhane Üniversitesi  
Hayriye ÜNLÜ Başkent Üniversitesi  
Hilal YILDIRAN Gazi Üniversitesi  
Huri İLYASOĞLU Gümüşhane Üniversitesi  
Hüseyin DAŞ Gümüşhane Üniversitesi  
İbrahim İKİZCELİ İstanbul Üniversitesi  
İbrahim TURAN Gümüşhane Üniversitesi  
İbrahim YILDIRAN Gazi Üniversitesi  
İclal ÇAKICI Yeditepe Üniversitesi  
İhsan KALYONCU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İknur TOSUN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İmdat AYGÜL Gümüşhane Üniversitesi  
İrfan NUHOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İsmet DURMUŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Kaan KILINÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Kurtuluş BURUK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Lale TAŞKIN Hacettepe Üniversitesi  
Levent TÜMKAYA Rize Üniversitesi  
Makbule Gezmen KARADAĞ Gazi Üniversitesi  
Mehmet GÜNAY Gazi Üniversitesi  
Melike DEMİR DOĞAN Gümüşhane Üniversitesi  
Meltem UÇAR Lefke Avrupa Üniversitesi  
Merih KUTLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mevlit İKBAL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mine BEKAR Cumhuriyet Üniversitesi  
Mine EKİNCİ Atatürk Üniversitesi  
Mualla AYKUT Erciyes Üniversitesi

Muammer AK Gümüşhane Üniversitesi  
Muazzez GARİPAĞAOĞLU Medipol Üniversitesi  
Muhammed KIZILTUNÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Murat BAŞ Başkent Üniversitesi  
Murat ERSEL Ege Üniversitesi  
Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Murat TOPBAŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi  
Musa KARAALP Gümüşhane Üniversitesi  
Mustafa GÖKÇE Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi  
Nazan KARAHAN Karabük Üniversitesi  
Nazlı HACIALİOĞLU Atatürk Üniversitesi  
Nesibe Arslan BURNAZ Gümüşhane Üniversitesi  
Nesrin ERCİYES Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Neşe KAKLIKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Nezihe GÖKHAN Gümüşhane Üniversitesi  
Nilgün ULUTAŞDEMİR Zirve Üniversitesi  
Nurcan ÇALIŞKAN Gazi Üniversitesi  
Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi  
Nurçin KÜÇÜK Gümüşhane Üniversitesi  
Nuri GÜLEŞÇİ Gümüşhane Üniversitesi  
Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Orhan BAŞ Rize Üniversitesi  
Osman AYNACI Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Özgül KARAKURT Dokuz Eylül Üniversitesi  
Özgür ALPARSLAN Gaziosmanpaşa Üniversitesi  
Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi  
Özlem BİLİK Dokuz Eylül Üniversitesi  
Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi  
Özlem ŞAHİN ALTUN Atatürk Üniversitesi  
Pelin BAĞCI Rize Üniversitesi  
Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi  
Rasin ÖZYAVUZ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Recep BEDİR Rize Üniversitesi  
Recep DEMİRHAN Kartal Eğitim Araştırma H.  
Reci MESERİ Ege Üniversitesi





# *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*

## **GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi  
Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi  
Seher S. KARABUDAK Adnan Menderes Ü.  
Selahattin KIYAN Ege Üniversitesi  
Selma T. HESAPÇIOĞLU Karadeniz Teknik Ü.  
Sema KANDİL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Sevil CENGİZ Gümüşhane Üniversitesi  
Sevilay HİNDİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Sezer KISA Gazi Üniversitesi  
Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi  
Süha TÜRKMEN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Süleyman Erhan DEVECİ Fırat Üniversitesi  
Süleyman GÜVEN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Süleyman TÜREDİ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Şükran ÖZKAHRAMAN Süleyman Demirel Ü.  
Tahsin YILDIRIM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Tamer TAŞDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Taşkın KILIÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Tevfik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Turhan ARAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Turgut ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi  
Vildan A. ÇAKMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yakup ASLAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yasemin K. YILDIRIM Ege Üniversitesi  
Yıldıray KALKAN Rize Üniversitesi  
Yılmaz BÜLBÜL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yunus KARACA Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yusuf ÇELİK Hacettepe Üniversitesi  
Yüksel ALİYAZICIOĞLU KTÜ  
Zahit PAKSOY Gümüşhane Üniversitesi  
Zeliha BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi  
Zeynep B.TAKAOĞLU Gümüşhane Üniversitesi

## CERRAHİ HEKİMLERİN AMELİYATHANEDEKİ GERGIN DAVRANIŞLARININ HEMŞİRELER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ\*

Kezban KORAŞ<sup>1</sup>, Dilek ÖCALAN<sup>2</sup>,  
Okan SOLAK<sup>3</sup>

### ÖZET

Bu çalışmada cerrahi branştaki hekimlerle ameliyathane hemşirelerinin arasında gerginliğe neden olan olayların tespiti ve bu durumun hemşireler üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlandı.

Araştırmanın evrenini, Afyon, Ankara, Bursa, İstanbul, Karaman, Konya illerindeki üniversite, eğitim-araştırma, devlet ve özel hastanelerinin ameliyathanesinde çalışan 550 hemşire oluşturdu. Olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemiyle gönüllü 100 hemşire araştırmaya katıldı. Veri toplama aracı olarak; Sosyo- demografik Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Envanteri (MTE), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖTÖ) uygulandı. Analizlerde, t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis ve ANOVA testleri kullanıldı.

Cerrahların ameliyathanedeki gergin davranışlarına hemşirelerin %96'sının maruz kaldığı, %49'unun bu durumdan olumsuz yönde etkilendikleri ve bu davranışlar karşısında öfkelenedikleri; hemşirelerin %52'sinin ise öfkelerini belli etmedikleri belirlendi. Katılımcıların %46'sı tarafından cerrahları ameliyathanede sınırlandıran olayların genellikle çevresel faktörlerden kaynaklandığı belirtildi. Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile MTE ve SÖTÖ puanları arasında anlamlı fark saptandı. Üniversite ve eğitim-araştırma hastanesi hemşirelerinin MTE ve SÖTÖ puan ortalamaları, devlet ve özel hastane hemşirelerinin puan ortalamalarından fazla bulundu.

Cerrahların gösterdikleri negatif tepkilerden hemşirelerin çoğunun olumsuz etkilendiği, performanslarının düştüğü, gerginliklerin en sık üniversite veya eğitim-araştırma hastanelerinde yaşandığı, bu davranışlara maruz kalan hemşirelerin tükenmişlik ve öfke ölçeği puanları yüksek olduğu bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire-Doktor İlişkileri; Hemşirelik; Cerrahi.

\* Bu çalışma 28-30 Ağustos 2014 tarihleri arasında Atina/Yunanistan'da düzenlenen "The 9th Athens Congress on Women's Health and Disease" kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur

<sup>1</sup>Öğr. Gör. Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü.

<sup>2</sup>Arş. Gör. Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü.

<sup>3</sup>Prof. Dr. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı.

**İletişim / Corresponding Author:** Kezban KORAŞ  
**Tel:** 03882112867 **e-posta:** kezban\_koras@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received:** 25.05.2014  
**Kabul Tarihi / Accepted:** 30.06.2015

## **SURGEONS IN THE OPERATING ROOM EFFECTS ON NERVOUS BEHAVIORS IN NURSES\***

### **ABSTRACT**

This study were planned to detection of events causing tension in communication between surgeons and surgical nurses. The reflection of this on nurses' working motivation.

Population of our research consists of 550 nurses working in university, government, private, training research hospitals in Afyon, Ankara, Bursa, İstanbul, Karaman, Konya. With convenient sampling method 100 nurses participated. Tools of data collection're; Socio- demographic form, Maslach Burnout Inventory (MBI), State-trait AngerScale (STAS). In analyses; t-test, ANOVA, Kruskal Wallis, ANOVA, Man Whitney U-Tests were used.

%96 of nurses encounter with nervous behaviours of surgeons in operating room, %49 of them' re negatively affected, get angry. %52 of them don't response. %46 of participants indicate; many events causing surgeons' nervosity arise from environmental factors. Significant difference between nurses' education level and MBI, STAS points were found. Averages of MBI and STAS values in university and training research hospital nurses were higher than the government, private hospital nurses.

It's seen that; most of the nurses're negatively affected by surgeons' negative reactions, their working performance decreases, this agitation's often encountered in university, training research hospitals. Burnout and STAS values of nurses undergoing negative behaviour of surgeons were high.

**Key words:** Nurse- Physician relations, Nursing, Surgical.



## GİRİŞ

Sağlık hizmeti, farklı eğitim ve branşlarda sağlık çalışanlarının bir arada ekip çalışmasını gerektirir. Başarılı ve uyumlu bir ekip çalışması sunulan hizmetin etkinliğini ve sürecin çıktılarını olumlu yönde etkiler, kalitesini yükseltir (1). Sağlık ekibinin vazgeçilmez üyeleri olan hemşire ve hekimler arasındaki ilişkinin çok önemli olduğu, bu ilişki rahatsız edici boyuta ulaştığında iş ortamındaki stresin arttığı, hemşirenin moralinin, iş memnuniyetinin ve kuruma bağlılığının olumsuz etkilendiği literatür bilgileri arasında yer almaktadır (2-4)

Hekimlerin hemşirelerle olan ilişkilerini ekip birlikteliğinden çok ast- üst ilişkisi şeklinde düşünmeleri, profesyoneller arası ilişkilerde gerginlik yaratır (5). Hekimlerin hasta bakımı konusunda hemşireleri pasif pozisyonda tutmalarına karşın hemşireler aktif olmak isterler ve hekimlerin kendileri için düşünmüş oldukları bu geleneksel role karşı çıkarlar (6). Hekim- hemşire ilişkisini etkileyen etmenler arasında kişisel güçler, geçmiş deneyim, bireysel ve mesleki değerler, bilgi, bakım, beklentiler, sosyal destek, yasal yaptırımlar ve çevresel etkenler yer almaktadır (7).

Hastane birimleri içerisinde ameliyathane ortamı, majör işlemlerin gerçekleştirildiği, sağlık bilgi, birikim, işlevsellik ve zamanı iyi kullanabilme becerileri gerektiren bir birimdir. Bu nedenle çalışma alanında stres ve gerilimin artması cerrah ve ameliyathane hemşiresinin iletişimini etkilemektedir. İletişim yetersizliğine ve kaynak yokluğuna bağlı ortaya çıkan uygulama hataları hastanın yaşamını tehlikeye sokabilir. Cerrahi ortamdaki kaynakların yetersizliği insan ve malzeme boyutunda olabilir. Belirli bir malzemeye aynı anda iki cerrah tarafından gereksinim duyulabilir. Alet kullanılıyor ise ve diğer ameliyat odasında acil gereksinim varsa çelişki yaşanabilir. Hastanın yaşamı tehlikede olduğu zaman, kaynak kullanımının düzenlenmesi cerrah ve hemşire arasında gerginliğe zemin hazırlayabilir. Akılcı kaynak kullanım yöntemleri bu zorlukları hafifletebilir. Sağlık kuruluşlarında malzeme yetersizliği dışında, güvenli bakım vermek için yeterli hemşire bulunmayabilir. Hemşire yetersizliğinden kaynaklanan olumsuz sonuçların kaydedilmesi, hasta bakımında hemşire kaynağı azlığının etkilerini göstermek için gereklidir. Doğru planlama ile çelişkiler yaşanmadan olası tehlikeler önlenir (8). Bu nedenle hekimlerle hemşireler arasında etkin ve sağlıklı bir iletişim sisteminin kurulması ve iletişim kanallarının artırılması önem kazanmaktadır (9,10). Hekimler ile hemşireler arasında ilişkilerin hiyerarşiye odaklanması hasta bakımına yönelik hekim- hemşire işbirliği oluşmasında ciddi engellere neden olur (10).

Çalışmamızın amacı; cerrahi branştaki hekimlerle beraber çalışan ameliyathane hemşirelerinin arasında gerginliğe neden olan olayların tespiti ve bu durumun hemşireleri nasıl etkilediğinin belirlenmesidir.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

Kesitsel olarak planlanan bu araştırmanın evrenini, Afyon, Ankara, Bursa, İstanbul, Karaman, Konya illerindeki üniversite, eğitim- araştırma, devlet ve özel hastanelerinin ameliyathanesinde çalışan 550 ameliyathane hemşiresi oluşturmaktadır. Olasılıksız rastlantısal örneklem yöntemiyle 1 Şubat- 1 Nisan 2011 tarihleri arasında belirtilen kurumlarda çalışan 100 ameliyathane hemşiresi gönüllü olarak çalışmaya katılmıştır.

Bu araştırma ile cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarının hemşireler üzerindeki etkileri; duygu ve düşüncelerine yansıtışı; yapılan işi nasıl etkilediği ile ilgili olarak hemşirelerin görüşleri alınmıştır.

Araştırmanın şekli görüşlerin belirlenmesine yönelik tarama modelinde betimsel bir çalışmadır. Araştırma verileri yaş, cinsiyet, mezun olunan okul, ameliyat hemşiresi olarak çalışma süresi ve görev alınan cerrahi bölümler, çalışma ortamından memnuniyet durumu, gergin davranışlara neden olan durumlar ve bu davranışlara tepkileri belirleyici 29 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Ayrıca 22 maddeden oluşan Maslach Tükenmişlik Envanteri ile 34 maddeden oluşan sürekli öfke ve ifade tarzı ölçeği uygulanmıştır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Maslach ve Jackson tarafından tükenmişlik düzeyini belirlemek amacı ile geliştirilen MTÖ, 22 maddeden oluşmaktadır. Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları; Ergin (doktor ve hemşirelerde) tarafından yapılmıştır. Ölçekte tükenmişlik, “duygusal tükenme (DT)”, “duyarsızlaşma (D)” ve “kişisel başarı (KB)” olmak üzere üç boyutta değerlendirilmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları, her bir madde için hiçbir zaman (0), çok nadir (1), bazen (2), çoğu zaman (3), her zaman (4) olarak, kişisel başarı alt ölçek puanı ise, bunun tersi şekilde değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Maslach tükenmişlik ölçeğinden genel tükenmişlik puanı ve alt ölçek puanları olmak üzere dört ayrı değerlendirme puanı elde edilmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puan, kişisel başarıdaki düşük puan tükenmişliği yansıtmaktadır. Ölçeğin orijinalinde güvenilirlik katsayıları; DT.90, D.79, KB.71, Ergin’in çalışmasında güvenilirlik katsayıları; DT.83, D.65,

KB.72 olarak bildirilmiştir (11,12).

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖTÖ): Öfke duygusu ve ifadesini ölçen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Spielberger tarafından 1983 yılında geliştirilmiş, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Özer tarafından yapılmıştır. Ölçek, içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke, öfke kontrol ve sürekli öfke olmak üzere 4 alt ölçekten ve 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde “Hiç tanımlamıyor” yanıtına 1 puan, “Biraz tanımlıyor” yanıtına 2 puan, “Oldukça tanımlıyor” yanıtına 3 puan, “Tümüyle tanımlıyor” yanıtına 4 puan verilir. İçe yönelik öfke, dışa yönelik öfke ve öfke kontrol alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32; sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40’tır. Ölçeğin genel toplam puanı olmayıp, dört alt ölçeğin maddeleri o alt ölçeğin toplam puanını oluşturmaktadır. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, öfke kontrol alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, dışa yönelik öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edildiğini, içe yönelik öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu gösterir (13-15).

100 ameliyat hemşiresinden elde edilen veriler istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde araştırma sorularına, katılımcı sayısına ve verilerin yapılacak olan istatistiksel analizin sayıltılarını karşılayıp karşılamaması durumuna göre t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis ve ANOVA testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise  $p < 0.05$  ile tanımlanmıştır.

Anket formunda ekli bilgilendirme ile katılımcıların çalışmanın içerik ve amacından haberdar edilmesi sağlanmış olup, çalışma gönüllülük esasına göre yürütülmüştür.

## **BULGULAR**

Hemşirelerin yaş ortalaması  $32,8 \pm 7,13$  olup (min:21 – max:48), %51 önlisans mezunu olduğu ve %56’sının devlet, %22’sini üniversite, %13’ünün eğitim araştırma hastanelerinde çalıştığı saptandı. Hemşirelerin çalışma alanlarında memnuniyet durumlarına bakıldığında, %76’sının “Gergin davranışlara maruz kaldığımda memnun olmuyorum (Bazen)” yanıtını verdikleri görüldü.

Katılımcıların %96’sının ameliyatta cerrahın tepkisine maruz kaldıkları, cerrahi ameliyatta sinirlendiren olayların %36,2’sinin cerrahi el aletlerinin kalitesizliği, %34,5’inin ise olguda cerrahi işlerin yolunda gitmemesine bağlı olduğu saptandı. Ameliyatta yaşanan bir



problem karşısında cerrahların %40'ının yüksek sesle bağırarak, %27,8'inin normal ses tonuyla uyararak ve %20,7'sinin ise ameliyat aletlerini fırlatarak hemşirelere tepki verdikleri belirlendi. Cerrahın sinirli- gergin davranışı karşısında hemşirelerin %52'sinin öfkelenedikleri ama belli etmedikleri tespit edildi.

Katılımcıların %45,7'i tarafından cerrahın bu davranışlarının amacı, “ başka bir olaya kızgınlığından dolayı (şahsi hayatındaki sosyal sıkıntıları vs.) ameliyat ekibine yansıtması” olarak ifade edildi. Cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışları karşısında hemşirelerin %70'inin performansının olumsuz etkilendiği ve hemşirelerin %97'sinin bu tür davranışları doğru bulmadığı saptandı. Hemşirelerin %36,5'si cerrahların ameliyatlardaki bu davranışlarının kişisel problemlerinden kaynaklandığını, engellenemeyeceğini belirtirken, bu sorunların en aza indirgenmesi için katılımcıların %27,7'si branş hemşiresi yetiştirilmesini, %20,7'i çalışılacak branşta hizmet içi eğitim alınmasını, %15'i ameliyathanede gönüllü hemşirelerin çalıştırılmasını çözüm olarak belirtti. Katılımcıların %65'i bu tür davranışların doktor-hemşire ilişkisini olumsuz etkilediğini ifade etti ( Tablo 1 ).

Ayrıca hemşirelerin ameliyathanede sık karşılaştıkları sorunun %46,5 ile ameliyathanedeki malzeme yetersizliği olduğu, katılımcıların gergin davranışlara maruz kaldıkları bölümlerin başında %21,6 ile Genel Cerrahi bölümünün geldiği görüldü. Katılımcıların %59'u tarafından cerrahların en fazla büyük girişimli ve uzun süreli operasyonlarda sinirli ve gergin oldukları belirtildi (Tablo 2).

MTE ve SÖTÖ puanlarının hemşirelerin medeni durumuna ve aylık gelirine göre değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Ancak eğitim düzeyi açısından incelendiğinde ön Lisans mezunu hemşirelerin MTE' den aldıkları puanlar lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerden anlamlı düzeyde farklı çıkmış olup, bu farkın ön Lisans mezunu hemşirelerin aleyhine olduğu bulundu. Yüksek lisans mezunlarının ise SÖTÖ' den elde ettikleri puanların diğer tüm gruplarından daha fazla olduğu sonucuna ulaşıldı ( Tablo 3).

**Tablo 1:** Cerrahların Ameliyatlardaki Gergin/ Sınırlı Davranışlarının Nedenleri, Bu Davranışların Karşısında Katılımcıların Tepkileri ve Bu Davranışlarından Sonra Cerrah-Hemşire İlişkilerinde Değişikliklerin Dağılımı

	Frekans	%
<b>Cerrahın Amacı</b>		
Cerrahın başka bir olaya kızgınlığını ameliyat ekibine yansıtması	64	45,7
Cerrahın kendi otoritesini sağlama şekli	49	35,0
Kendini iyi hissetme	9	6,4
Hiçbiri	9	6,4
Hızının arttırılmasını ve el aletlerini daha doğru bir şekilde verilmesini sağlama	5	3,6
Ameliyattaki dikkat yoğunluğunun artmasını sağlamak	4	2,9
<b>Hemşirenin Tepkisi</b>		
Doğru bildiklerimi de karıştırırım, performansımı olumsuz etkiler.	70	70
İş düzenimi etkilemez.	23	23
Ameliyata odaklanmamı sağlar, daha hızlı ve dikkatli olurum	7	7
<b>Cerrah- Hemşire İlişkisindeki Değişim</b>		
Olumsuz anlamda bir değişiklik oluyor	65	65
Bir değişiklik olmuyor	35	35
Olumlu anlamda bir değişiklik oluyor	0	0
<b>Toplam</b>	100	100

**Tablo 2:** Katılımcıların Gergin Davranışlara Maruz Kaldıkları Bölümler

Cerrahi Bölümler*	Frekans	%
Genel Cerrahi	38	21,6
Kadın Hastalıkları ve Doğum	32	18,2
Ortopedi ve Travmatoloji	26	14,8
Çocuk Cerrahisi	20	11,4
Kalp ve Damar Cerrahisi	19	10,8
Beyin Cerrahisi	17	9,6
Plastik Cerrahi	9	5,1
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	6	3,4
Üroloji	5	2,8
Göğüs Cerrahisi	4	2,3

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Tablo 3:** Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre MTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Durumu	n	Ort±Ss	p
Sağlık Meslek Lisesi	18	48,22±3	0,035
Ön Lisans	51	42,83±3	0,035
Lisans	27	56,73±3	0,035
Yüksek Lisans	4	77,88±3	0,035

Kurumlar arası farka bakıldığında, üniversite ve eğitim-araştırma hastanesi hemşirelerinin MTE puan ortalamaları, devlet ve özel hastane hemşirelerinin puan ortalamalarında fazla olduğu saptandı ( Tablo 4).

**Tablo 4:** Katılımcıların Çalıştığı Kurumlara Göre MTE Puan Ortalamalarının Dağılımı

MTE	n	Ort±Ss	p
Üniversite	22	69,10±3	0,00
Eğitim ve araştırma hastanesi	13	72,58±3	0,00
Devlet hastanesi	56	38,69±3	0,00
Özel hastane	9	33,67±3	0,00

## TARTIŞMA

Hastanelerde yer alan sağlık ekibinin ortak amacı tedavi etmek ve en iyi bakımı vermektir. İyi bir ekip çalışması için ekip üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının açık, anlaşılır ve birbirleriyle çatışmayacak şekilde belirtilmesi gerekir. Hemşirelerin sağlık bakımının etkin bir üyesi olabilmesi için diğer sağlık ekibi içindeki tüm üyelerle işbirliği içinde olması gereklidir (16).

Türkiye’de literatür bilgileri incelendiğinde; hemşirelerde tükenmişlik sendromu ve tükenmişliğe yol açan sosyo-demografik faktörler, hekim- hemşire ilişkisi ve yaşanan sorunlar, depresyon, iş doyumu, anksiyete düzeyi gibi konuların hizmet verilen birimlere göre değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur (17,18).

Çalışmaya katılan 100 katılımcının demografik bilgileri, eğitim bilgileri, iş yeri çalışma süreleri ve koşullarının yanı sıra cerrahların davranış biçimleri ve bunların hemşireler tarafından nasıl yorumlandığı incelenmiştir. Katılımcıların %66’sı 2 yıl ve üzerinde ameliyathane hemşireliği yapmış, %77’si gece- gündüz vardiyalı sistemde çalışan, yaş



ortalaması  $32,8 \pm 7,13$  (min:21- max:48) ve meslekte çalışma süreleri ortalama 12 yıl olan hemşirelerdir.

70 hemşirenin evli olduğu katılımcı grubumuzda medeni duruma bağlı bir gerginlik de söz konusu değildir. Medeni durumun, literatürdeki diğer çalışmalara paralel olarak, hekim hemşire arasında yaşanan mesleki gerginlikle herhangi bir anlamlı ilişkisi olduğu söylenemez (19).

İncelenen grupta hemşirelerin yaş ortalaması  $32,8 \pm 7,13$  (min:21; max:48) bulunmuştur. Yapılan analiz sonuçları bu çalışmada yaş faktörünün anlamlı bir etkisinin olmadığını gösterse de Bölükbaş ve arkadaşlarının çalışmasında 20 yaş altı ve 40 yaş üstü hemşirelerde gerginlik yaşama durumunun daha fazla olduğunu göstermektedir. 20 yaşın altındakilerde mevcut olan gençlik ve tecrübesizlik bu duruma sebep olabileceken, 46 yaş üstündeki hemşirelerde olası bıkkınlık, otoriteyi kabul edememe gibi sebepler dikkate alınmalıdır (17).

Bu çalışmada ameliyathane hemşirelerinin nadiren tükenmişlik ve öfke yaşadığı, tükenmişlik ve öfke ölçeği puanlarında medeni durum ve aylık gelir faktörünün etkili olmadığı saptanmıştır. Ancak eğitim düzeyine göre tükenmişlik puanları incelendiğinde, ön lisans mezunu hemşirelerin tükenmişlik ölçeği puanları, lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelere göre anlamlı bulunmuştur. Bu fark ön lisans mezunu hemşireler aleyhinedir. Yüksek lisans mezunu hemşirelerin öfke ölçeği puanları ise diğer gruplardan daha fazladır.

Çalışma süreleri incelendiğinde katılımcıların % 66'sı 2 yıl ve üzeri; %20'si 1-2 yıl arası; %9'u 6-12 ay arası ve %5'i 0-6 ay arası ameliyat hemşiresi olarak çalıştığını belirtmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun ameliyathane deneyimlerinin olduğu söylemek mümkündür.

Demir ve arkadaşları 333 hemşirede, meslekte geçirilen süre ile alt ölçeklerden sadece kişisel başarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu, diğer alt ölçeklerle anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirmişlerdir (20). Literatürde hem hemşirelerle, hem de farklı meslek grupları ile yapılmış benzer sonuçların bildirildiği çalışmalar bulunmaktadır (12,21,22).

Bu araştırmada MTE ve SÖTÖ çalışılan kurumlar açısından incelendiğinde, üniversite hastaneleri ve eğitim- araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve öfke ölçeği puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucuna paralel olarak, Brezilya'da yapılan bir araştırmada, hasta sayısının ve hastane birimlerinin fazla olduğu geniş ölçekli hastanelerde çalışan hemşirelerin daha fazla tükenmişlik içinde olduğu görülmektedir (23). Bu

sonuç, üniversite hastaneleri ve eğitim- araştırma hastanelerinde hemşirelerin fazla sayıda hasta bakmaları, hasta profilinin daha kompleks olması, takip ve tedavilerinin daha yoğun olması, fazla mesai yaparak çalışmak, yeterli izin kullanamamak, hemşire sayısının azlığı gibi faktörlerle açıklanmaktadır.

Araştırmada “çalışma alanından memnun musunuz?” sorusuna hemşirelerin %76’sı gergin davranışlara maruz kaldıklarında memnun olmadıklarını bu nedenle çalışma alanlarından bazen memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %96’sı ameliyathanede cerrahların sinirli- gergin olma, yüksek sesle bağırma ve cerrahi alet fırlatma gibi davranışlarına maruz kaldıklarını, hemşirelerin %49’u bu durumdan biraz etkilendiğini, %26’sı orta düzeyde ve %17’si çok etkilendiğini belirtmiştir. Bu çalışmada ameliyat sırasında oluşan bir problem karşısında birlikte çalışılan cerrahın hemşirelere tepkileri, %40 yüksek sesle bağırma, %27 normal ses tonuyla uyarma, %20 alet fırlatma olarak belirlenmiştir. Literatür çalışmalarında ise, hekimler tarafından bağırma/ sesini yükseltme, özel bir şekilde, meslektaşlarının önünde ve hastaların/ diğerlerinin yanında azarlama, incitici/ zarar verici kırgınlık, saygısızlık, aşağılama gibi yıkıcı davranışların ekip üyelerinin morali, ekibin başarısı, verimlilik, hasta bakımının kalitesi, hemşirelerin memnuniyeti ve işe devam etme durumları üzerinde olumsuz etkileri olduğu yer almaktadır (24,25). Bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada ise, hemşirelerin %84’ünün hekimlerin yıkıcı davranışları ile karşılaştıklarını ve bu davranışlar nedeni ile olumlu bir çalışma ortamının olmadığını, hemşirelerin işten ayrılma niyetlerinin olduğunu ve işten ayrılanların sayısının azımsanmayacak kadar çok olduğunu saptamıştır (26). Benzer şekilde, hekim- hemşire ilişkilerini ve bu ilişkinin hemşirelerin iş doyumunu üzerine etkisinin incelediği bir araştırmaya katılan hekimler, hemşireler ve hastane yöneticileri, hekim- hemşire ilişkisinin hizmet sunumunda önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte, hekimlerin hemşireleri küçük düşürücü tavırlarının ve davranışlarının olduğu, bunun da hemşirelerin iş doyumunun azalmasına ve işten ayrılmalarına sebep olduğu tespit edilmiştir (26). Bu çalışmada da, hemşirelerin %65’i cerrahların ameliyattaki olumsuz davranışlarının hekim- hemşire ilişkilerinde olumsuz değişikliğe neden olduğunu belirtmişlerdir.

Bu araştırmada ameliyathanede en sık karşılaşılan sorunun %46 malzeme yetersizliği, %37 personel eksikliği, %16 normal mesai saatinden fazla çalışmak olarak saptanmıştır. Cerrahların sinirli- gergin olma nedenleri, %36 aletlerin kalitesizliği, %34 olguda cerrahi işlerin yolunda gitmemesi, %21 steril saha dışında ameliyathane personelinin yetersizliği

olarak belirlenmiştir.

Kişisel iletişim ve birlikte çalışma etkenleri dışında çalışılan ortam da gerginlik üzerinde belirleyicidir. Yapılan bir çalışmada incelenen hastane bölümleri arasında ameliyathanelerin dahili birimlere oranla daha gergin iletişimlere sahip olduğunu görülmüştür (24). Buradan yola çıkarak ameliyathanede çalışan doktor ve hemşirelerin görevli oldukları tıbbi birimin iş yükü ve ciddiyetiyle orantılı olarak daha çok gerginlik yaşadıkları söylenebilir. Bu çalışmada ise bu sonuçlara paralel olarak, hemşirelerin %59'u cerrahların sinirli ve gergin oldukları ameliyat türlerini büyük girişimli ve uzun süreli operasyonlar olarak tanımlamışlardır. Ayrıca cerrahi birimler arasında da farklılıklar saptanmıştır. Cerrahların sinirli ve gergin davranışlarına maruz kalma durumu cerrahi birimlerin dağılımına göre en fazla %21,6 genel cerrahi bölümünde görülmektedir.

Çalışmada ameliyat sırasında cerrahın sinirli ve gergin davranışı karşısında hemşirelerin %52'si öfkelenediklerini ama belli etmediklerini, %25'i ise tepki vermediklerini ama telaşlandıklarını ifade etmişlerdir. Yine ameliyatta cerrahların gergin davranışları karşısında hemşirelerin %70'i doğru bildiklerini de karıştırdıklarını ve bu durumun performanslarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Çalışma sonuçlarına göre, cerrahların gösterdikleri negatif tepkilerden hemşirelerin çoğunun olumsuz etkilendiği, bu durumun performanslarına kötü yansıdığı, aynı zamanda doktor- hemşire ilişkilerinin yine bu sebeple zedelendiği fakat çoğunlukla da hemşirenin öfkesini dışarı belli etmeyip çalışmaya devam ettiği gözlenmiştir. En çok ameliyatın yolunda gitmemesi, olumsuz çevre koşulları ve yetersizlik gibi sebeplerle gerginlik yaşayan cerrahların, bu durumu yüksek sesle bağırma olarak dışarı vurdukları belirtilmiştir. Cerrahları ameliyathanede sinirlendiren olayların çoğunluğunun hemşirelerin bireysel eksikliklerinden kaynaklanmadığı çoğunlukla çevresel faktörlerden kaynaklandığı söylenebilir.

## **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Araştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin çoğunluğun ameliyatta cerrahın tepkisine maruz kaldıkları, bu davranışları doğru bulmadıkları ve performanslarını olumsuz etkilediği, ameliyatta sıklıkla cerrahi el aletlerinin kalitesizliği ve olguda cerrahi işlerin yolunda gitmemesine bağlı cerrahların sinirlendiği belirlenmiştir. Ameliyatta yaşanan bir problem karşısında cerrahların genelde yüksek sesle bağırarak, normal ses tonuyla uyararak ve ameliyat aletlerini fırlatarak tepki verdikleri ve cerrahın sinirli- gergin davranışı karşısında



hemşirelerin çoğunun öfkelenedikleri ama belli etmedikleri, bu davranışların hekim- hemşire ilişkisini olumsuz etkilediği görüşüne varılmıştır.

Cerrahların ameliyatlardaki bu davranışlarının genellikle kişisel problemlerinden kaynaklandığı görüşü belirirken, bu sorunların en aza indirgenmesi için katılımcılar branş hemşiresi yetiştirilmesi, branşta hizmet içi eğitim alınması ve ameliyathanede gönüllü hemşirelerin çalıştırılması çözüm olarak belirtilmiştir. Bu nedenle hemşirelik eğitiminde standart sağlanmalı; branş hemşiresi yetiştirilerek hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyleri yükseltilmelidir.

Kaliteli hizmeti verebilmesi ve ekip içi çatışmanın en aza indirilebilmesi için, kuruma ve ekibe uyumu sağlayıcı oryantasyon programları planlı ve sistemli bir şekilde uygulanmalı, sağlık meslek gruplarına yönelik etkili iletişim teknikleri konusunda eğitimler yapılmalıdır. Hemşirelerin ameliyathanede en sık karşılaştıkları sorunların sırasıyla ameliyathanedeki malzeme yetersizliği, personel eksikliği ve fazla mesai yapmak olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle hastanelerimize yeterli sayıda hemşire istihdam edilmeli, uygun kalitede ve yeterli sayıda malzemeler alınmalı, teknik yetersizlikler ortadan kaldırılmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

1. İlhan O, Akçay G. İyileştirme Ekipleri Kalite Ve Hasta Güvenliği. Kırılmaz H. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Baskı. Ankara: Turunç Matbaacılık, 2009; 389-397.
2. Cangelosi JD. Factors Related To Nurse Retention And Turnover:An Updated Study. Health MarkQ1998; 15(3): 25-43.
3. Greenfield LJ. Doctors And Nurses A Troubled Partnership. AnnSurg1999; 230(3): 279-288.
4. Patrick S. Managers Shoulder Burden Of Retaining Staff. Dallas Business Journal 2000; 14(7): 11.
5. Bates B. Doctor and Nurse: Changing Roles and Relations. N Engl J Med 1970; 203 (3): 129-134.
6. Stevens J B. Nurse/ Physician Relations: A Perspective From Nursing. Bull N Y Acad Med 1984; 60 (8): 799-806.
7. Öz F. Sorgulanması Gereken Bir İlişki: Hekim-Hemşire İlişkisi. Turk Hemsire Derg. 2003; 55(3-4): 9-14.

8. Karaöz S. Cerrahi hemşireliği ve etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4 (1): 1-8.
9. Kalisch B, Kalisch P. An Analysis of the Sources of Physician Nurse Conflict. Journal of Nursing Administration 1977; 7(1): 51-7.
10. Katzman M E, Roberts J. Nurse-Physician Conflicts as Barriers to the Enactment of Nursing Roles. Western Journal of Nursing Research 1988; 10 (5): 576-579.
11. Dizer B, İyigün E, Kılıç S. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Determining the Burnout Levels of Intensive Care Nurses Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008; 12(1-2): 1-11.
12. Ergin C. Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları; 1993, Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayını; s. 143-54.
13. Spielberger C D, Jacobs G, Russel F. Assessment Of Anger: The State Trait Anger Scale: Advances in Personality Assessment; 1983: 159-187.
14. Özer A K. Sürekli Öfke (SL-Öfke) Ve Öfke İfade Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçekleri Ön Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9: 26-35.
15. Whittington R, Wykes T. An Evaluation Of Staff Training In Psychological Techniques For The Management Of Patient Aggression. J Clin Nurs 1996; 5: 257-261.
16. Oktay, S. (1990). Etkin Sağlık Hizmetleri için Disiplinler Arası Ekip Yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni 1990; 15 (4): 27-32.
17. Bölükbaş N, Karabulut N, Özer H. Ameliyathane Ortamının Çalışan Ekip Üzerinde Yarattığı Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 1998; 11(1): 27-31.
18. Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu Ve Denizli'de Yapılan Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 2008; 8(2): 541-561.
19. Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N. Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(2).

20. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy M F. Investigation Of Factors Influencing Burnout Levels İn Theprofessional And Private Lives Of Nurses. Int J Nurs Stud 2003; 40: 807-827.
21. Dolunay A B. (2002). Keçiören İlçesi “Genel Liseler Ve Teknik-Ticaret-Meslek Liselerinde Görevli Öğretmenlerde Tükenmişlik Durumu” Araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55: 51-62.
22. Bryant E. When The Going Gets Tough. The Canadian Nurse 1994; 90: 36-39.
23. Moreira D S, and et al. Prevalence Of Burnout Syndrome İn Nursing Staff İn A Large Hospital İn South Of Brazil. Cadernos de Saude Publica 2009; 25(7): 1559-1568.
24. Kisson N, Lapenta S, Armstrong G. Diagnosis And Theraphy For The Disruptive Physician. Physician Exec 2002; 28(1): 54-58.
25. Rosenstein A H. Nurse- Physician Relationships. Impact On Nurse Satisfaction And Retention. Am J Nurs. 2002; 102(6): 26-34.
26. Akyürek B, Özer S, Argon G, Conk Z. Hekim Davranışlarının Hemşire Memnuniyeti Ve Hemşirelerin İşine Devam Etme Durumu Üzerine Etkisi. Ege Tıp Dergisi 2005; 44(3): 167-172.

## TÜRKİYE’DE HEMŞİRELİK ARAŞTIRMALARINDAKİ EĞİLİMLER: YÜKSEK LİSANS VE DOKTORA TEZLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Melek ARDAHAN<sup>1</sup>, Süheyla ÖZSOY<sup>2</sup>

### ÖZET

Araştırma, hemşirelik yüksek lisans ve doktora tez adlarını inceleyerek konu eğilimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Yükseköğretim Kurumu (YÖK) arşivinde kayıtlı olan hemşirelik tez adlarının incelendiği araştırmada, 1984–2007 yıllarına ait, 1098 yüksek lisans ve 226 doktora tezi (n=1324) araştırma kapsamına alınmıştır. Tezlere, YÖK sayfasına girilerek, “hemşirelik” anahtar kelimesi yazılarak online ulaşılmıştır. Verilerin analizinde, içerik analizi ve sayısal analiz tekniği kullanılmıştır. İçerik analizinde, her bir yüksek lisans ve doktora tezinin adının yer aldığı cümleler analiz birimi olarak seçilmiştir. Verilerden çıkarılan kavramlara göre hazırlanan kod listesi (13 soru) kullanılarak veriler toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan tezlerin %82,9’u yüksek lisans, %17,1’i doktora tezidir. Yüksek lisans tezlerinde konu eğilimi olarak ilk üç sırada bilgi düzeyini belirleme çalışmaları, ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar, temel hemşirelik girişimleri yer almaktadır. Doktora tezlerindeki konu eğilimleri ise ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar, kalite çalışmaları, bilgi düzeyini belirleme çalışmalarıdır. İncelenen tezler arasında yüksek lisans tezleri daha fazladır. Yüksek lisans tezlerinde konu eğilimi olarak bilgi düzeyini belirleme çalışmaları, doktora tezlerinde ise ölçek çalışmaları ön plana çıkmaktadır. Türkiye’de hemşirelik araştırma önceliklerini belirlemede planlı bir çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışma, yürütülmüş tezlerin konu eğilimleri hakkında bir fikir vermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik; Tez; Konu Eğilimleri; Doktora Tezi; Yüksek Lisans Tezi.

\*Bu araştırma 20-24 Ekim 2009 tarihinde Sivas’ta düzenlenen Uluslararası katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur

<sup>1</sup>Doç.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

**İletişim/Corresponding Author:** Melek ARDAHAN  
**Tel:** 0232 3115568 **e-posta:** melekardahan@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received:** 18.12.2014  
**Kabul Tarihi / Accepted:** 01.07.2015

## **NURSING RESEARCH TRENDS IN TURKEY: A STUDY ON POSTGRADUATE AND DOCTORATE THESES**

### **ABSTRACT**

This study aims to determine topic trends of nursing by examining the titles of postgraduate and doctorate theses. Postgraduate (1098) and doctorate (226) theses between 1984 and 2007 were surveyed in the qualitative research that covers the nursing theses registered in the archives of the Council of Higher Education (CoHE). Dissertations were obtained online from the website of the Council of Higher Education (CoHE) using the keyword “nursing”. Content analysis and quantific analysis techniques were used in data analysis. In the content analysis, each sentence that includes the name of the graduate and doctoral thesis was selected as the unit of analysis. The code list (13 questions) prepared in accordance with the concept derived from the data was used in collecting the data. 82.9% of the theses used in this study were postgraduate and 17.1% were doctorate theses. Most used topic trends in postgraduate theses cover studies determining the level of knowledge, studies conducted using the scale and basic nursing interventions. For doctorate theses, those were studies conducted using the scale, quality studies and studies determining the level of knowledge. Theses examined were mostly postgraduate. Studies determining the level of knowledge come to the fore as topic trends in postgraduate theses and scale studies for doctorate theses. There is no planned study in Turkey in determining the priorities of nursing researches. This study offers information on topic trends in theses.

**Key Words:** Nursing, Thesis, Topic Trends, Doctorate Thesis, Postgraduate Thesis.



## GİRİŞ

Üniversitelerde yüksek lisans ve doktora eğitimi gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Hemşirelik bölümlerinin olduğu üniversitelerde, hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde verilmesi hemşireliğe özgü araştırmanın önemini daha da arttırmaktadır (1-3). Yüksek lisans eğitimi, bireyin bir bilim alanında bilgi ve beceri edinmesini, gerekli bilgiye ulaşmasını, etik kurallar çerçevesinde bu bilgiyi uygulayabilmesini, yorumlamasını, başkalarıyla paylaşmasını, bilimsel araştırma yapmasını sağlar (4-6). Doktora eğitimi ise kişinin bağımsız araştırma yapmasını, bilimsel olayları eleştirel bakış açısıyla irdeleyebilmesini, kanıtları kullanmasını, kuram ve modellere dayalı uygulamalar yapmasını amaçlar (5,7).

Ülkemizde 1955 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ile hemşirelikte yükseköğrenim, lisansüstü eğitim ise 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde hemşirelikte bilim uzmanlığı ve 1972 yılında bilim doktorası programlarının açılması ile başlamıştır. Ülkemizde 2014 yılı itibariyle hemşirelik yüksek lisans programlarının sayısı 46'sı devlet, 12'si vakıf olmak üzere 58'e, doktora programlarının sayısı 18'i devlet, 3'ü vakıf olmak üzere 21'e ulaşmıştır (8-13).

Hemşirelik yüksek lisans programları, öğrenciyi doktora eğitimine hazırlayan, araştırma bilgi ve becerisi kazandıran programlardır (10). Dünyada hemşirelik yüksek lisans programlarının önceliği, lisans mezunu hemşireleri ileri hemşirelik uygulamalarına hazırlamak olmuştur. Ülkemizde de hemşirelik yüksek lisans programları bu önceliğe yönelik eğitim programları başlatmıştır. Üniversitelerin temel görevleri eğitim, araştırma ve hizmettir. Diğer disiplinlerde olduğu gibi hemşirelik bilgi ve becerisini geliştirmek, hemşirelik uygulamalarını bilimsel bilgiye dayandırmak ve hemşirelikte araştırmacı yetiştirmek kaliteli doktora programlarının geliştirilmesi ile mümkündür (14). Öztürk'ün çalışmasında da, araştırma görevlileri lisansüstü eğitim alma nedenlerini "bilimsel bilgiyi artırma" ve "araştırma yapma becerisini geliştirme" olarak belirtmişlerdir (15).

Hemşirelik doktora programları araştırma düzeylerine göre hemşirelik felsefe doktorası (Doctor of Philosophy (PhD)), hemşirelik bilim doktorası (Doctor of Nursing Science (DNS/ DNSc) ve eğitim doktorasıdır (Doctor of Education (EdD)). Hemşirelik felsefe doktorası, mezunlarını araştırmacı olmak üzere yetiştirir, özgün araştırmaların yapılması önemlidir ve felsefe temellidir. Hemşirelik bilim doktorası, araştırmalar uygulamaya yöneliktir ve uygulama alanları odaklıdır. Eğitim doktora programları ise eğitim, öğretim ve yönetim alanlarında çalışan hemşireleri kapsar (10,14). Kocaman ülkemizdeki hemşirelik doktora

programlarının, mesleki doktora programı ile eğitim doktora programının karması bir yapıya sahip olduğu görüşündedir (10).

Amerika'da 79, Türkiye'de 21, Avustralya'da 15 ve Kore'de 12 hemşirelik doktora programı bulunmaktadır (2,13,16,17). Ülkemizde hemşirelikte yüksek lisans ve doktora eğitimi başlangıçta hemşirelik olarak tek program altında iken, günümüzde hemşirelik esasları, iç hastalıkları hemşireliği, cerrahi hemşireliği, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, hemşirelikte eğitim ve hemşirelikte yönetim olmak üzere dokuz anabilim dalında ya da ilk yıllarda olduğu gibi hemşirelikte yüksek lisans ve doktora programı olarak yürütülmektedir (8,11,18,19,20).

Tüm dünyada ülkeler, hemşirelik araştırmalarındaki önceliklerin belirlenmesine 1980'li yıllarda ilgi göstermeye başlamış, 1990'lı yıllarda konu üzerinde çok yoğun çalışılmış ve günümüzde de konu önemini korumaktadır (21-23). Bu bağlamda, hemşirelikte yüksek lisans ve doktora programları olan pek çok ülkede, kendi ülkelerindeki hemşirelik araştırma önceliklerini de belirlemişlerdir (21,24,25). Öncelikleri belirlemenin yararları vardır. Bu yararlardan biri hükümetler, araştırmayı destekleyen kurumlar, liderler ile iletişimi artırmasıdır. Böylece multidisipliner araştırmalar, diğer araştırmacıları da anlamayı kolaylaştırır (25). Ülkelerin çoğunda hemşirelikte araştırma öncelikleri, hemşire araştırmacılar tarafından belirlenmiştir. Önceliklerin belirlenmesi, ülkenin en önemli sağlık sorunlarının saptanmasına ve mesleğin bilimsel gelişimine katkı sağlar (21,24,25).

Ülkemizdeki hemşirelik araştırmalarının çoğunu, üniversitede çalışan öğretim elemanlarının yaptığı araştırmalar ve öğrencilerin lisans, yüksek lisans ve doktora döneminde yaptıkları tezler oluşturmaktadır. Hemşirelik araştırmalarını öğretim elemanları akademik çalışmalarının gereği olarak yapmaktadır. Öğrenciler ise yaptıkları tezlerle, elde ettikleri bilgi ve becerileri uygulamaya dönüştürme fırsatı bulmaktadırlar (26).

Bu araştırma, hemşirelik yüksek lisans ve doktora tez adlarını inceleyerek konu eğilimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Geleceği tahmin etmek amacıyla kullanılan eğilimleri değerlendirme tekniği ile bir konunun zaman içinde nasıl değiştiği belirlenebilmektedir (27, 28).

## **MATERYAL ve METHOD**

Nitel ve nicel olarak planlanmış bu tanımlayıcı araştırmada, Yükseköğretim Kurumu (YÖK) arşivinde kayıtlı olan, 1984-2007 yıllarına ait, hemşirelik yüksek lisans (1098) ve doktora tezleri (226) incelenmiştir (n=1324). Tezlere, YÖK sayfasına girilerek, “hemşirelik” anahtar kelimesi yazılarak online ulaşılmıştır.

Verileri toplamak amacıyla, araştırmacılar tarafından alan yazı incelenerek geliştirilen 9 sorudan oluşan kod listesi kullanılmıştır. Kod listesinde, tezin türü, tezin yılı, tezin yapıldığı anabilim dalı, çalışılan bireyin cinsiyeti, çalışılan bireyin özelliği (sağlıklı/hasta birey), çalışmanın türü, çalışmanın amacı, tezlerin başlığının kelime sayısı, kullanılan fiiller, bağlaçlar, nesnelere, hemşirelikte kullanılan temel kavramlar, konuların dağılımı yer almaktadır. Verilerin toplanması dokuz ay sürmüştür, bir tezin incelenmesi ise araştırmacının ortalama 20 dakikasını almıştır. Verilerin analizinde, içerik analizi ve sayısal analiz tekniği kullanılmıştır. İçerik analizinde, analiz birimi olarak cümleler seçilmiştir. Her bir yüksek lisans ve doktora tezinin adı alınmıştır. Verilerden çıkarılan kavramlara göre hazırlanan kod listesi kullanılmıştır. Toplanan veriler kodlar aracılığıyla kategorize edilerek tematik kodlama işlemi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular yorumlanmıştır. Sayısal analizde, bazı nitel veriler yüzdelerle indirgenerek, kelime sayısı, kullanılan fiiller, bağlaçlar, nesnelere hesaplanmıştır. Analiz birimi olarak sözcükler kullanılmıştır. Alan yazı taranarak kategoriler oluşturulmuştur. Kodlama örnek bir veri seti üzerinde denenmiş, kodlama sonuçları gözden geçirilmiş, başka bir örnek veri seti üzerinden tekrar kodlama yapıldıktan sonra, verilerin tümü kodlanarak, yüzdeler hesaplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan gerekli izin alınmıştır.

## **BULGULAR**

Araştırma kapsamına alınan tezler incelendiğinde, %82,9'u yüksek lisans, %17,1'i doktora tezidir, yüksek lisans tezlerinin %46,2'si, doktora tezlerinin de %42,0'ı 1996-2001 yılları arasında yapılmıştır. Yüksek lisans tezlerinin %37,4'ü Marmara, %24,5'i İç Anadolu, %25,1'i Ege Bölgesinde bulunan üniversitelerde ve %69,2'si hemşirelik, %5,5'i cerrahi hastalıkları hemşireliği, %4,7'si çocuk hastalıkları hemşireliği, %4,5'i kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği, %4,0'ı iç hastalıkları hemşireliği, %3,8'i ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, %3,5'i halk sağlığı hemşireliği, %2,3'ü hemşirelikte yönetim, %1,7'si hemşirelik esasları, %0,8'i hemşirelikte eğitim anabilim dalında yürütülmüştür.

**Tablo 1.** Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerini Tanıtıcı Bilgiler

Tanıtıcı Özellikler	Yüksek lisans tezleri		Doktora tezleri	
	n	%	n	%
<b>Tezin Yılı</b>				
1984-1989	120	10,9	5	2,2
1990-1995	183	16,7	62	27,4
1996-2001	507	46,2	95	42,0
2002-2007	288	26,2	64	28,3
<b>Tezin Yapıldığı Yer</b>				
Marmara	411	37,4	82	36,3
İç Anadolu	269	24,5	88	38,9
Ege	276	25,1	40	17,7
Doğu ve Güneydoğu Anadolu	120	11,0	16	7,1
Karadeniz	14	1,3	-	-
Akdeniz	8	0,7	-	-
<b>Tezin Yapıldığı Anabilim Dalı</b>				
Hemşirelik	760	69,2	160	70,8
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	60	5,5	8	3,5
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği	49	4,5	8	3,5
Çocuk Hastalıkları Hemşireliği	52	4,7	7	3,1
Halk Sağlığı Hemşireliği	38	3,5	13	5,8
İç Hastalıkları Hemşireliği	44	4,0	10	4,4
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	42	3,8	9	4,0
Hemşirelikte Yönetim	25	2,3	-	-
Hemşirelik Esasları	19	1,7	11	4,9
Hemşirelikte Eğitim	9	0,8	-	-
<b>Çalışılan Bireyin Cinsiyeti</b>				
Her iki cins	574	52,3	117	51,8
Kadın	387	35,2	83	36,7
Erkek	137	12,5	26	11,5
<b>Çalışılan Bireyin Özelliği</b>				
Hasta birey	568	51,7	112	49,6
Sağlıklı birey	530	48,3	114	50,4
<b>Çalışmanın Türü</b>				
Tanımlayıcı araştırma	523	47,6	103	45,6
Deneysel araştırma	167	15,2	38	16,8
Metodolojik araştırma				
1) Ölçek geliştirme	46	4,2	7	3,1
2) Ölçek kullanma	327	29,8	75	33,2
Kayıt araştırmaları				
1) Hemşire kayıtları	21	2,0	-	-
2) Okul kayıtları	15	1,4	3	1,3
<b>Çalışmanın Amacı</b>				
Bakım kalitesini arttırma	485	44,2	120	53,1
Toplum yararı	337	30,7	54	23,9
Mesleği geliştirme	276	25,1	52	23,0
<b>TOPLAM</b>	<b>1098</b>	<b>100,0</b>	<b>226</b>	<b>100,0</b>

Doktora tezlerinin %38,9'u İç Anadolu, %36,3'ü Marmara, %17,7'si Ege Bölgesinde bulunan üniversitelerde ve %70,8'i hemşirelik, %5,8'i halk sağlığı hemşireliği, %4,9'u hemşirelik esasları, %4,4'ü iç hastalıkları hemşireliği, %4,0'ı ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, %3,5'i cerrahi hemşireliği, %3,5'i kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, %3,1'i çocuk hastalıkları hemşireliği anabilim dalında yürütülmüştür. Yüksek lisans tezlerinin %52,3'ünde, doktora tezlerinin %51,8'inde hem kadın hem de erkek deneklerle çalışılmıştır. Yüksek lisans tezlerinin %51,7'sinde hasta birey, doktora tezlerinin %50,4'ünde ise sağlıklı birey örnekleme alınmıştır. Yüksek lisans tezlerinin %47,6'sı tanımlayıcı, %15,2'si deneysel, %34,0'ı metodolojik, %3,4'ü kayıt araştırmaları niteliğindedir. Doktora tezlerinin ise %45,6'sı tanımlayıcı, %16,8'i deneysel, %36,3'ü metodolojik, %1,3'ü kayıt araştırmalarıdır. Yüksek lisans tezlerinin %44,2'sinde, doktora tezlerinin ise %53,1'inde bakım kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır (Tablo 1).

Tez adlarına yönelik sözcük analizi yapıldığında, yüksek lisans tezlerinin adlarının %35,6'sı 6-10 kelime, %38,8'i 11-15 kelimedir. Doktora tezlerinin ise %41,2'si 6-10 kelime, %31,9'u 11-15 kelimedir. Yüksek lisans tezlerinin adlarında kullanılan ortalama kelime sayısı  $12.3 \pm 4.57$ 'dir. Doktora tezlerinin adlarında kullanılan ortalama kelime sayısı ise  $11.9 \pm 4.61$ 'dir. Yıllara göre yüksek lisans tezlerinin adları incelendiğinde, 1984-1989 yılları arasında yapılan tezlerin %45,0'ı, 1990-1995 yılları arasında yapılan tezlerin %39,3'ü, 1996-2001 yılları arasında yapılan tezlerin %37,3'ü, 2002-2007 yılları arasında yapılan tezlerin ise %38,5'i 11-15 kelimedir. Yıllara göre doktora tezlerinin adlarına bakıldığında ise, 1984-1989 yılları arasında yapılan tezlerin %40,0'ı, 1990-1995 yılları arasında yapılan tezlerin %41,9'u, 1996-2001 yılları arasında yapılan tezlerin %27,4'ü, 2002-2007 yılları arasında yapılan tezlerin ise %28,1'i 11-15 kelimedir.

Tez adlarında kullanılan fiiller incelendiğinde, yüksek lisans tezlerinin %13,8'inde incelemek/incelenmesi, %10,7'sinde belirlemek/belirlenmesi, %10,0'ında değerlendirmek/değerlendirmesi, doktora tezlerinin %14,2'sinde incelemek/ incelenmesi, %8,8'inde belirlemek/belirlenmesi, %8,0'ında değerlendirmek/değerlendirmesi en çok kullanılan fiillerdir. En çok kullanılan bağlaçlar incelendiğinde; yüksek lisans tezlerinin adlarında %46,3'ünde "ve", %21,7'sinde "ilişkin", %16,6'sında "için" kullanılmıştır. Doktora tezlerinde ise %47,8'inde "ve", %16,4'ünde "için", %13,7'sinde "ile" bağlacı kullanılmıştır. Yüksek lisans tezlerinin adlarında ilk üç sırada, etkisi, düzeyleri, uygulamaları nesnelere,



doktora tezlerinde ise ilk üç sırada etkisi, görüşleri, beklentileri, durumları ve tutumları nesnelere kullanılmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2.** Tez Başlıklarına Yönelik Sözcük Analizi

	Yüksek Lisans Tezleri		Doktora Tezleri	
	n	%	n	%
<b>Kelime sayısı</b>				
1-5 kelime	43	3,9	10	4,4
6-10 kelime	391	35,6	93	41,2
11-15 kelime	426	38,8	72	31,9
16-20 kelime	165	15,0	42	18,6
21-25 kelime	73	6,6	9	4,0
<b>En çok kullanılan fiiller</b>				
İncelemek / incelenmesi	152	13,8	32	14,2 <sup>1</sup>
Belirlemek / belirlenmesi	118	10,7	20	8,8 <sup>2</sup>
Değerlendirmek/ değerlendirmesi	110	10,0	18	8,0 <sup>3</sup>
Saptamak / saptanması	90	8,2	16	7,1 <sup>4</sup>
Araştırmak/ araştırılması	79	7,2	13	5,8 <sup>5</sup>
İrdelemek / irdelenmesi	70	6,4	5	2,2
Karşılaştırmak / karşılanması	67	6,1	13	5,8 <sup>5</sup>
Ölçmek/ ölçülmesi	60	5,5	9	4,0
Tanımlamak/ tanımlanması	36	3,3	2	0,9
Fiil kullanılmamış	316	28,8	98	43,4
<b>En çok kullanılan bağlaçlar</b>				
ve	508	46,3	108	47,8 <sup>1</sup>
ilişkin	238	21,7	23	10,2 <sup>4</sup>
için	182	16,6	37	16,4 <sup>2</sup>
ile	175	15,9	31	13,7 <sup>3</sup>
yönelik	142	12,9	14	6,2 <sup>5</sup>
ilgili	21	1,9	4	1,8
Bağlaç kullanılmamış	298	27,1	79	35,0
<b>En çok kullanılan nesnelere</b>				
Etkisi	134	12,2	62	27,4 <sup>1</sup>
Düzeyleri	95	8,7	6	2,7 <sup>5</sup>
Uygulamaları	72	6,6	7	3,1 <sup>4</sup>
Görüşleri	65	5,9	10	4,4 <sup>2</sup>
Beklentileri	62	5,6	10	4,4 <sup>2</sup>
Bilgileri	59	5,4	7	3,1 <sup>4</sup>
Durumları	55	5,0	9	4,0 <sup>3</sup>
Tutumları	46	4,2	9	4,0 <sup>3</sup>
Nesne kullanılmamış	105	9,6	30	13,3

\* Doktora tezlerindeki ilk beş sıralanmıştır.

Yüksek lisans tezlerinin adlarında birden fazla kavram kullanılmıştır, en çok tekrarlanan temel kavramlar, hemşirelik, bakım (hasta, yaşlı, çocuk bakımı), öz bakım, ağrı, kronik

hastalıktır. Doktora tezlerinde ise bu kavramlar bakım (hasta, yaşlı, çocuk bakımı), kanser, gebelik, öz bakım ve kronik hastalıktır (Tablo 3).

**Tablo 3.** Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinde En Çok Tekrarlanan Temel Kavramlar

Temel Kavramlar	Yüksek Lisans Tezleri		Doktora Tezleri	
	n	%	n	%
Hemşirelik	70	7,4	7	3,7
Bakım ( hasta, yaşlı, çocuk)	59	6,2	15	7,9 <sup>1</sup>
Öz bakım	46	4,8	10	5,3 <sup>4</sup>
Kronik hastalık	42	4,4	8	4,2 <sup>5</sup>
Ağrı	38	4,0	5	2,6
Gebelik	37	3,9	12	6,3 <sup>3</sup>
Beden imgesi	35	3,7	5	2,6
Kanser	34	3,6	14	7,4 <sup>2</sup>
Beslenme	31	3,3	7	3,7
Stres	30	3,2	4	2,1
Hijyen	30	3,2	4	2,1
Hastane enfeksiyonu	28	2,9	7	3,7
Doğum	27	2,8	7	3,7
Empati	26	2,7	5	2,6
Anksiyete	25	2,6	5	2,6
İletişim	25	2,6	3	1,6
Hipertansiyon	24	2,5	4	2,1
Yaşlı	24	2,5	4	2,1
Uyku	23	2,4	6	3,2
El yıkama	22	2,3	6	3,2
Asepsi	22	2,3	6	3,2
Cinsellik	21	2,2	4	2,1
Yorgunluk	20	2,1	3	1,6
Öfke	20	2,1	1	0,5
Meslek hastalıkları	19	2,0	5	2,6
İnfertilite	19	2,0	3	1,6
Bağışıklama	18	1,9	4	2,1
Ölüm	18	1,9	2	1,1
İş sağlığı	16	1,7	2	1,1
Çevre sağlığı	16	1,7	2	1,1
Depresyon	16	1,7	1	0,5
Kazalar	15	1,6	4	2,1
Büyüme-gelişme	14	1,5	-	-
Kriz	11	1,2	4	2,1
Antisepsi	11	1,2	3	1,6
Korku	11	1,2	3	1,6
Sigara-alkol-uyuşturucu	9	0,9	4	2,1

\* Doktora tezlerindeki ilk beş sıralanmıştır.

Yüksek lisans tezlerindeki konu eğilimleri incelendiğinde; tezlerin çoğunlukla bilgi düzeyini belirleme çalışmaları, ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar, temel hemşirelik girişimleri, kalite çalışmaları, hemşirenin rolleri ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Doktora tezlerindeki konu eğilimleri incelendiğinde ise, doktora tezlerinin ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar, kalite çalışmaları, bilgi düzeyini belirleme çalışmaları, temel hemşirelik girişimleri, hemşirelikte araştırmalar ile ilgili olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4.** Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin Konu Eğilimleri

Konuların Dağılımı	Yüksek Lisans Tezleri		Doktora Tezleri	
	n	%	n	%
Bilgi Düzeyini Belirleme Çalışmaları (hemşire, hasta, anne, hasta yakını)	388	35,3	74	32,7 <sup>3</sup>
Ölçek Kullanılarak Yapılan Çalışmalar	373	34,0	82	36,3 <sup>1</sup>
Temel Hemşirelik Girişimleri Çalışmaları (ilaç, katater uygulamaları, enjeksiyon, yara bakımı, ateş ölçümü v.s.)	353	32,1	61	27,0 <sup>4</sup>
Kalite Çalışmaları (bakım standartları, memnuniyet, kalite güvencesi v.s.)	292	26,6	77	34,0 <sup>2</sup>
Hemşirenin Rollerini ( bakım verici, eğitici, araştırmacı v.s.)	171	15,6	26	11,5
Sağlığı Geliştirme	154	14,0	19	8,4
Haklar	78	7,1	18	8,0
Şiddet ve İstismar	69	6,3	15	6,6
Aile Planlaması	65	5,9	12	5,3
Hemşirelik Eğitimi	48	4,4	12	5,3
Menopoz	45	4,1	11	4,9
Hemşirelerin Çalışma Koşulları	42	3,8	8	3,5
Hemşirelik Tanıları (Hemşirelik Süreci)	38	3,5	6	2,7
İlaç Araştırmaları	37	3,4	7	3,1
Enfeksiyonlar (AİDS)	35	3,2	8	3,5
Anne Sütü Çalışmaları (Emzirme)	34	3,1	8	3,5
Etik	28	2,6	4	1,8
Evde Bakım	26	2,4	6	2,7
Hasta Kabulü ve taburculuk	23	2,1	3	1,3
Göç	20	1,8	2	0,9
Hemşirelikte Araştırmalar	18	1,6	29	12,8 <sup>5</sup>
Model Geliştirme ve Bir Modele Dayandırılan Çalışmalar	16	1,5	5	2,2

\* Doktora tezlerindeki ilk beş sıralanmıştır.

Yüksek lisans tezlerinde ilk sırada yer alan bilgi düzeyini belirleme çalışmalarında, hemşirelerin, hastaların, annelerin ve hasta yakınlarının bilgi düzeyi incelenmiştir. Doktora

tezlerinde ise önce hastaların, daha sonra hemşirelerin, hasta yakınlarının ve annelerin bilgi düzeyine bakılmıştır. Yüksek lisans tezlerinde temel hemşirelik girişimi çalışmalarında ilk beş sırada ilaç, katater uygulamaları, enjeksiyon, yara bakımı ve parenteral beslenme yer almaktadır. Doktora tezlerinde ise ilaç, katater uygulamaları, enjeksiyon, ateş ölçümü, oksijen kullanımı, masaj ele alınan temel hemşirelik girişimleridir. Kalite çalışmaları başlığı altında, yüksek lisans tezlerinin %8,7'sinde bakım standartları, %5,5'inde memnuniyet, %4,8'inde eğitim standartları, %1,7'sinde kalite güvencesi, doktora tezlerinin ise %12,4'ünde bakım standartları, %6,2'sinde memnuniyet, %2,2'sinde kalite güvencesi, %1,8'inde eğitim standartları, protokoller ve zaman kullanımı incelenmiştir. Hemşirenin rolleri incelendiğinde; yüksek lisans ve doktora tezlerinde ilk üç sırada hemşirelerin bakım verici, eğitici ve araştırmacı rolü ele alınmıştır.

Yüksek lisans ve doktora tezlerinin 402'sinde ölçek kullanılmıştır. Yüksek lisans tezlerinde en çok kullanılan ölçekler; öz bakım ölçeği, anksiyete ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği, benlik saygısı ölçeği ve yalnızlık skalasıdır. Doktora tezlerinde ise öz bakım ölçeği, atılganlık düzeyi ölçeği, stresle baş etme ölçeği, anksiyete ölçeği ve iş doyumu ölçeğidir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinde Kullanılan Ölçekler

Ölçek çalışmaları	Yüksek Lisans Tezleri		Doktora Tezleri	
	n	%	n	%
1) Ölçek geliştirme çalışmaları	46	12,3	7	8,5
2) Ölçek kullanımı	327	87,7	75	91,5
<b>En çok kullanılan ölçekler</b>				
1) Öz bakım ölçeği	33	10,1	20	26,7 <sup>1</sup>
2) Anksiyete ölçeği	27	8,3	3	4,0 <sup>4</sup>
3) Yaşam kalitesi ölçeği	17	5,2	2	2,7 <sup>5</sup>
4) Benlik saygısı ölçeği	16	4,9	2	2,7 <sup>5</sup>
5) Yalnızlık skalası	13	4,0	2	2,7 <sup>5</sup>
6) Atılganlık düzeyi ölçeği	3	0,9	6	8,0 <sup>2</sup>
7) Stresle baş etme ölçeği	8	2,4	4	5,3 <sup>3</sup>
8) İş doyumu (tatmini) ölçeği	11	3,4	3	4,0 <sup>4</sup>
9) Beden imajı ölçeği	8	2,4	3	4,0 <sup>4</sup>
10) Depresyon ölçeği	7	2,1	3	4,0 <sup>4</sup>
11) Otonomi düzeyi ölçeği	5	1,5	3	4,0 <sup>4</sup>
12) İş stresi ölçeği	3	0,9	3	4,0 <sup>4</sup>

\* Doktora tezlerindeki ilk beş sıralanmıştır.

## TARTIŞMA

Yapılan çalışmada yüksek lisans tezlerinin doktora tezlerinden daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuç, doktora eğitiminin daha geç başlaması ve doktora programlarının ve bu programlardaki öğrenci sayısının daha az olmasından kaynaklanmaktadır (29).

Türkiye Devlet Planlama Teşkilatı'na (DPT) göre; Ege, Akdeniz, Karadeniz, Marmara, İç Anadolu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu olmak üzere altı coğrafik bölgeden oluşmaktadır. Yüksek lisans ve doktora tezlerinin bölgelere göre dağılımı incelendiğinde, tezlerin Marmara, İç Anadolu ve Ege Bölgesinde yapıldığı dikkat çekmektedir. Karadeniz ve Akdeniz bölgesindeki üniversitelerde yüksek lisans tezleri yapılmasına rağmen doktora tezi yapılmamıştır. Tezlerin daha çok bu bölgelerde yapılmış olmasının, bölgelerin kalkınmışlık düzeyiyle, yüksekokulların/fakültelerin sayısı ve yürüttüğü yüksek lisans ve doktora programıyla ilişkili olduğu sonucuna varılmaktadır.

Hemşirelikte yüksek lisans ve doktora eğitimi başlangıçta tek hemşirelik programı olarak yürütülürken, günümüzde anabilim dallarının programları mevcuttur (4,12,30,31). Araştırmadan elde edilen bulgular incelendiğinde de, bu sonuca paralel olarak, yüksek lisans ve doktora tezlerinin daha çok hemşirelik bölümünde yapıldığı görülmektedir.

Polit ve Beck'in yaptıkları çalışmada sekiz hemşirelik dergisi incelenmiş, yayınlanmış olan araştırmalarda %70 kadınlarla çalışıldığı belirlenmiştir (32). Yapılan bu incelemede ise, yüksek lisans ve doktora tezlerinde hem kadın hem de erkek bireylerle çalışıldığı görülmektedir. Yüksek lisans ve doktora tezlerinde kadın bireylerle çalışma yüzdeleri ise ikinci sıradadır. Yüksek lisans tezlerinde çoğunlukla hasta bireylerin, doktora tezlerinde ise sağlıklı bireylerin örneklem grubuna alındığı görülmektedir. Bu bulgu, yüksek lisans tezlerinde tedavi edici hizmetlere, doktora tezlerinde ise sağlığı geliştirme ve koruma hizmetlerine daha fazla önem verildiğini göstermektedir.

Yapılan çalışmada, araştırmanın tipine bakıldığında, yüksek lisans tezlerinde tanımlayıcı araştırmaların ön plana çıktığı, deneysel ve metodolojik araştırmaların daha arka planda kaldığı görülmektedir. Doktora tezleri ile yüksek lisans tezleri karşılaştırıldığında ise, doktora tezlerinde tanımlayıcı araştırmaların azaldığı, deneysel ve metodolojik araştırmaların arttığı görülmektedir. Bu sonucun nedeni, Türkiye'de yürütülen hemşirelik eğitimi gereği lisans ve yüksek lisans döneminde tanımlayıcı araştırmalara, doktora döneminde ise deneysel araştırmalara öncelik verilmesidir. Ancak, bu durum ülkelere göre farklılık göstermektedir.

Amerika’da deneysel tezler yüksek lisans diploması almak için gerekli iken, İsveç’te lisans diploması almak için gereklidir (33,34).

Yüksek lisans ve doktora programlarının çoğunda öğrencilere tez yaptırılmaktadır. Tezlerin yaptırılma nedeni, bilimsel bilgi birikimini arttırmak, öğrencinin fikirlerini ortaya koyma ve savunabilme yeteneğini geliştirmek, analiz ve sentez yeteneği kazandırmak, araştırma yapmayı öğretmek, mesleğin gelişimine katkıda bulunmaktır (35). Yapılan çalışmada da, tezlerin amacının hemşirelik mesleğinin hedefleri doğrultusunda bakımın kalitesini arttırmak, toplum yararını gözetmek, mesleğin gelişimine katkıda bulunmak için kanıt niteliğinde araştırmalar yapmak olduğu saptanmıştır. Ayrıca, tezlerde bakım kalitesini arttırma amacının öncelikli olması kalite çalışmalarının daha popüler olduğunun, tüm hizmet ve eğitim sektöründe kalite çalışmalarının baskısının hissedildiğinin bir göstergesidir.

Yapılan çalışmada tezlerin adları incelendiğinde, yüksek lisans ve doktora tezlerinin adlarının içeriği yansıttığı ve hemşirelik mesleğine özgü olduğu görülmektedir. Ancak son yıllarda yapılan yüksek lisans tezlerinin adlarındaki kelime sayısının fazla, doktora tezlerinin adlarındaki kelime sayısının az olduğu dikkat çekmektedir. Bu sonuç, doktora tezlerinin adlarının kısa, öz ve daha anlaşılır olduğu gerçeğini yansıtmaktadır.

Doktora ve yüksek lisans tezlerinin adlarında ilk üç sırada incelemek, belirlemek ve değerlendirmek fiillerinin en çok kullanıldığı görülmektedir. Bu sonuç, gerek yüksek lisans gerekse doktora tanımlayıcı araştırmaların ilk sıralarda yer aldığını göstermektedir. Ayrıca, yapılan tezlerde fiiller kelime sayısını arttırsa bile kullanılmaya devam edilmektedir. Çünkü fiiller okuyucuya araştırmanın içeriği, amacı hakkında bir fikir vermektedir. Doktora tezlerinin adlarında yüksek lisans tezlerine göre daha az bağlaç kullanılması ise doktora tezlerinin adlarının daha kısa ve anlaşılır olduğu gerçeğini desteklemektedir. En çok kullanılan nesnelere incelendiğinde, yüksek lisans tezlerinin adlarında ilk sıralarda bilgi, davranış ve tutum inceleyen konuların, doktora tezlerinde ise daha çok tutum ve davranış inceleyen konuların ön plana çıktığı düşünülmektedir.

Dünyada pek çok ülkede hemşirelikte araştırma öncelikleri farklı teknikler kullanılarak belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda, ülkelerin sağlık gereksinimlerine göre önceliklerinin farklılaştığı görülmektedir (25,36-40). Türkiye’ye baktığımızda, hemşirelikte araştırma önceliklerini ortaya koyan ulusal bir çalıştay ve yazılmış bir makale dışında başka bir araştırma bulunmamaktadır (41,42).



Yapılan çalışmada, yüksek lisans tezlerinin adlarında en çok tekrarlanan temel kavramlar, hemşirelik, hasta/yaşlı/çocuk bakımı, öz bakım, ağrı ve kronik hastalıklardır. Doktora tezlerinde ise bu kavramlar hasta/yaşlı/çocuk bakımı, kanser, gebelik, öz bakım ve kronik hastalıktır (Tablo 3). Yüksek lisans ve doktora tezlerinin adlarında en çok tekrarlanan temel kavramlar incelendiğinde, bu kavramların ülkemizin gerçeklerini yansıttığı görülmektedir. Türkiye’de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Nüfus projeksiyonlarına göre; yaşlı nüfus 2013 yılında %7,7 iken 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8 ve 2075 yılında ise %27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir (43). Bu nedenle yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmak, öz bakımlarına dikkat etmelerini sağlamak gerekmektedir. Anne-çocuk sağlığı da öncelikli konulardan biridir. Anne ve bebek ölümlerini azaltmak, adölesan gebeliği önlemek, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım, gebelikleri sağlıklı sonlandırmak anne ve çocuk sağlığı açısından önemlidir (44,45). Kronik hastalıklar, gelişmekte olan ülkelerde de tıpkı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi toplumu etkilemektedir. Projeksiyonlar; 2015 yılında kronik hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık olarak 41 milyona ulaşacağını göstermektedir. Kalp-damar hastalıkları ve diyabete bağlı ölümlerin yüzde 80’den fazlası, kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına bağlı ölümlerin yüzde 90’dan fazlası, kanser ölümlerinin üçte ikisinden fazlası gelişmekte olan ülkelerdedir (46).

Her ülkenin konu eğilimleri toplumun sağlık gereksinimlerine göre değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmada, yüksek lisans tezlerindeki konu eğilimleri incelendiğinde; tezlerin çoğunlukla bilgi düzeyini belirleme çalışmaları, ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar, temel hemşirelik girişimleri, kalite çalışmaları, hemşirenin rolleri ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Doktora tezlerindeki konu eğilimleri incelendiğinde ise, ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar, kalite çalışmaları, bilgi düzeyini belirleme çalışmaları, temel hemşirelik girişimleri, hemşirelikte araştırmalar ile ilgili olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Çin’de, klinisyenler, eğitimciler ve araştırmacıların yaptıkları çalışmada araştırma öncelikleri, kaliteyi değerlendirme, yaşlı bakımı ve enfeksiyon hastalıklarını önlemedir (24). İspanya’da hemşire araştırmacılar ilk kez delphi tekniği kullanarak öncelikleri tanımlamışlardır. Katılımcılar hemşirelik bakımında koordinasyon ve kaliteyi sürdürmeye ilişkin öncelikleri belirlemişlerdir (21). Ayrıca, French ve arkadaşları Hong Kong’ta delphi tekniği kullanarak hemşirelerin uygulamalardaki araştırma önceliklerini; hemşire-hasta iletişimi, ilaç yönetimi, danışmanlık ve hemşirelik kayıtları olarak belirlemiştir (37). Pettersson ve arkadaşları İsveçli hemşirelerle yürüttükleri çalışmada hemşirelik araştırmalarında öncelikleri, humanistik değerleri koruma,

sağlık bakım sistemleri içinde kurumsal işbirliğini geliştirme, geriatrik bakımda insan saygınlığını koruma, sürekli bakım ve bakımın özelliklerini keşfetme olarak saptamışlardır (38). Wiener ve arkadaşları Houston/Texas' ta bir hastanede yaptıkları çalışmada hemşirelerin araştırma konu alanlarını ve önceliklerini saptamışlardır. Araştırma öncelikleri, takım çalışması, personelin morali ve etkileyen hasta sonuçları, enfeksiyon oranları/ kontrolü, ilaç uygulama hataları ve hemşire memnuniyetidir (39). Grundy ve Ghazi United Kingdom'da onkoloji servisinde çalışan hemşirelerin araştırma önceliklerini belirlemişlerdir. Psikososyal sorunlar ve bilgi verme, hemşirelerin psikolojik desteğe ihtiyaçları, etik sorunlar, palyatif bakım, hemşirelik hizmetleri ve yönergeler araştırma öncelikleridir (40).

Yapılan çalışmada, yüksek lisans tezlerinde ilk sırada yer alan bilgi düzeyini belirleme çalışmalarında çoğunlukla hemşirelerin bilgi düzeyi belirlenmeye çalışılmış, doktora tezlerinde ise hastaların bilgi düzeyleri incelenmiştir. Bu sonuç, doktora tezlerinde sağlığı koruma ve geliştirme hizmetlerine daha fazla önem verildiği gerçeğini desteklemektedir. Temel hemşirelik girişimi olarak ise, doktora tezlerinde yüksek lisans tezlerine göre ilaç ve katater uygulamaların daha fazla ön plana çıkması deneysel ve metodolojik çalışmaların önem kazanmaya başladığının bir diğer göstergesidir. Kalite çalışmaları başlığı altında, yüksek lisans ve doktora tezlerinde çoğunlukla bakım standartları ve memnuniyet konuları ele alınmıştır. Hemşirelerin kalite çalışmalarına öncelik vermesinin nedeni, kalite çalışmalarının sağlık alanına girmiş ve yaygınlaşmış olmasıdır. Hemşirelik imajının geliştirilmesi, imajın zorlayıcı olması nedeniyle hemşirenin rolleri üzerine çalışmaların arttığı görülmektedir. Yüksek lisans ve doktora tezlerinde hemşirenin bakım verici, eğitici ve araştırmacı rolü üzerinde daha çok durulmuştur. Yüksek lisans ve doktora tezlerinde ölçek geliştirmektense, uluslararası literatürde yaygın olarak kullanılan öz bakım ve anksiyete ölçeği gibi ölçeklerin kullanıldığı, bu ölçeklerin kültürel uyarlamalarının yapıldığı görülmektedir. Bu sonuç, araştırmacıların zaman ve para israfının önüne geçmeye çalıştıklarını düşündürmektedir. Ayrıca, kalitatif yöntemlerin azlığı, nitel araştırma yöntemlerinden ground teori, fenomenolojik çalışmalara rastlanmamış olması Türkiye'de yürütülen hemşirelik araştırmaları için düşündürücüdür. Tüm çalışmaların sonuçları göz önüne alındığında, konu eğilimlerinin ülkelere göre farklılık gösterdiği dikkat çekmektedir. Bu farklılığın ülkelerin sağlık sorunlarından, ekonomik nedenlerden, hemşirelerin bilgi, beceri ve uygulamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **SINIRLILIKLAR**

Araştırmada tezlerin incelenmesi uzun zaman aldığı için sadece 1984-2007 yılları arasında yapılan tezler araştırma kapsamına alınmıştır. Son yıllarda yapılan tezler araştırma kapsamına alınamamıştır. Ayrıca, araştırma kapsamına alınan tezlere anahtar kelime yazılarak online ulaşılması araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

## **SONUÇ ve ÖNERİLER**

İncelenen tezler arasında yüksek lisans tezlerinin daha fazla olduğu, tezlerin çoğunlukla hemşirelik olarak tek bir program altında yürütüldüğü görülmektedir. Doktora tezleri ile yüksek lisans tezleri karşılaştırıldığında ise, doktora tezlerinde tanımlayıcı araştırmaların azaldığı, deneysel ve metodolojik araştırmaların arttığı görülmektedir. Son yıllarda yapılan yüksek lisans tezlerinin adlarının uzun, doktora tezlerinin adlarının ise daha kısa, öz ve anlaşılır olduğu dikkat çekmektedir. Yüksek lisans ve doktora tezlerinde en çok tekrarlanan temel kavramlar hasta/yaşlı/çocuk bakımı, öz bakım ve kronik hastalıklardır. Yüksek lisans ve doktora tezlerinde konu eğilimi olarak bilgi düzeyini belirleme çalışmaları (hastaların, hemşirelerin, hasta yakınlarının, annelerin) ile ölçek çalışmaları (öz bakım, yaşam kalitesi, anksiyete ölçeği v.s.) ön plana çıkmaktadır.

Türkiye’de hemşirelik araştırma önceliklerini belirlemede planlı bir çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışma, yürütülmüş tezlerin konu eğilimleri hakkında bir fikir vermektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- \* Doktora programlarının ve tezlerin sayısının artırılması,
- \*Tezlerin tek bir hemşirelik programı adı altında değil, anabilim dallarına göre yürütülmesi,
- \*Tanımlayıcı araştırmalardan çok deneysel araştırmalara yer verilmesi,
- \*Tezlerin adlarının okuyucunun anlayabileceği ve içeriği yansıtacak şekilde yazılması,
- \*Yüksek lisans ve doktora tezlerinin ülke gereksinimleri doğrultusunda ve hemşirelik uygulamalarında kullanılabilir şekilde planlanması önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

1. Tierney AJ. Nursing research in Europe. International Nursing Review 1998; 45: 15-19.
2. International Network of Doctoral Education in Nursing.  
<http://www.umich.edu/~inden/>. Erişim tarihi: 4 Nisan 2002

3. Perala ML, Pelkonen M. Networking For The Advancement Of Nursing Research In Europe For Twenty-Five Years. *International Journal of Nursing Practice* 2004; 10: 54-55.
4. Erdil F, Bayraktar N. Hacettepe Üniversitesinde Hemşirelikte Lisansüstü Eğitimin Gelişimi. I. Uluslararası- 5. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi 2001; 199–202.
5. Jennifer RP, Boore RN. Postgraduate Education In Nursing: A Case Study. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 23: 620-629.
6. Leegwater M, Vercruysse N. Working On The European Dimension Of Quality. Report Of The International Conference 2003.
7. Tosun İ. Doktora Eğitiminde Öğrenci–Tez Danışmanı İlişkisi. <http://www.yok.gov.tr> Erişim tarihi: 8 Şubat 2007.
8. Atalay M, Doğan S. Mandating University-Based Nursing Education: Turkey Experience. *Nurse Educator* 2000; 25: 166-169.
9. Bayık A, Erefe İ, Özsoy S, Uysal A, Özer M, Ergül Ş. Kadın Mesleği Olarak Hemşireliğin Son Yüzyıldaki Gelişimi. *Hemşirelik Forumu* 2002; 5: 16-25.
10. Kocaman G. Türkiye’de Hemşirelik Eğitim Sorunları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği* 12 Mayıs 2003 Dünya Hemşireler Günü Özel Baskısı, 2003, ss:76.
11. Kukul K. Nursing in Turkey. *Nurse Educator* 2005; 30: 101-103.
12. Kocaman G. Türkiye’de Lisansüstü Hemşirelik Eğitimin Durumu. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. Sivas: Alter Yayıncılık Reklamcılık, 2009, ss:21-23.
13. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi. Öğrenci Seçme Ve Yerleştirme Sistemi Yükseköğretim Programları Ve Kontenjanları Klavuzu. <http://www.osym.gov.tr>. Erişim tarihi: 8 Temmuz 2014.
14. Boore J. Postgraduate Education In Nursing: A Case Study, *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23:620-629.
15. Öztürk R. Türkiye’de Hemşirelik Yüksekokulu Araştırma Görevlisi Profili. Ege Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İzmir-2007.
16. American Association of Colleges of Nursing. The Revised Quality Indicators For Doctoral Education. Doctoral education conference, 2002.
17. Korea Ministry of Health and Welfare. Index Of Home Health Care Nursing Institutions (in Korean), 2000, ss:138.

18. Yüksek Öğretim Kurumu. The Higher Education Council. <http://www.yok.gov.tr>. Erişim tarihi: 17 Nisan 2006.
19. Yavuz M. Nursing Doctoral Education In Turkey. Nurse Education Today 2004; 24: 553-559.
20. Özsoy SA. The Struggle To Develop Nursing Research In Turkey. International Nursing Review 2007; 54: 243-248.
21. Casbas TM, Arribas CM, Cortes IO, Cortes PC. Identification Of Priorities For Nursing Research In Spain: A Delphi Study. Journal of Advanced Nursing 2001; 35: 857-863.
22. Hinshaw AS. International Nursing Research Priorities. Journal of Professional Nursing 1997; 13: 68.
23. Hirschfeld MJ. Priorities For A Common Nursing Research Agenda. International Nursing Review 1998; 45: 13-14.
24. Yin TJC, Hsu N, Tsai SL, Wang BW, Shaw FL, Shih FJ et al. Priorities-Setting For Nursing Research In The Republic of China. Journal of Advanced Nursing 2000; 32: 19-27.
25. Kim JK, Oh EG, Kim CJ, Yoo JS, Ko IS. Priorities For Nursing Research In Korea. Journal of Nursing Scholarship 2002; 34: 307-312.
26. Uyer G. Hemşireliğe Genel Bakış. Ankara, 1992,ss: 149-156.
27. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research Guidelines For The Delphi Survey Technique. Journal of Advanced Nursing 2000; 32: 1008-1015.
28. Powel C. The Delphi Technique: Myths And Tealities. Journal of Advanced Nursing 2003; 41: 376-382.
29. Velioglu P, Oktay S. Türkiye De Hemşirelik Araştırmalarına Tarihsel Açıdan Kısa Bir Bakış. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 1999; 1: 5-12.
30. Platin N. Nursing Doctoral Education. In: Doctoral Education İn Nursing İn The World And İn Turkey. Izmir, 2002.
31. Kocaman G. Türkiye’de Hemşirelik Eğitim Sorunları Ve Çözüm Arayışları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği 12 Mayıs Hemşireler Günü Özel Baskısı, 2006, ss: 166-197.
32. Polit FD, Beck CT. International Gender Bias In Nursing Research, 2005-2006: A Quantitative Content Analysis. International Journal of Nursing Studies 2009; 46: 1102-1110.

33. Kapborg I. Nursing Education In Sweden: Development From Vocational Training To Higher Level Education. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27: 372-378.
34. Polit DF, Hungler BP. *Nursing Research, Principles And Methods*. Philadelphia: J.B. Lipincott Company, 1999.
35. Türker K. *Bilim Adamı Yetiştirme Dünya’da ve Türkiye’de Lisansüstü Eğitim*. Ankara: TÜBA Yayınları, 1997, ss:35-53
36. Davies J, Heyman B, Bryar R, Graffy J, Gunnell C, Lamb B et al. The Research Potential Of Practice Nurses. *Health and Social Care in the Community* 2002; 10: 370–381.
37. French P, Ho YY, Lee LS. A Delphi Survey Of Evidence-Based Nursing Priorities In Hong Kong. *Journal of Nursing Management* 2002; 10: 265–273.
38. Petterson SB, Hermanson E, Sertnert N, Björkelund C. Research Priorities In Nursing – A Delphi Study Among Swedish Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 2221-2231.
39. Wiener B, Chacko S, Brown TR, Cron SG, Cohen MZ. Delphi Survey Of Research Priorities. *Journal of Nursing Management* 2009; 17: 532-538.
40. Grundy M, Ghazi F. Research Priorities In Haemato-Oncology Nursing Results Of A Literature Review And A Delphi Study. *European Journal of Oncology Nursing* 2009; 1-15.
41. Hemşirelikte Araştırma Workshop Raporu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1996; 12: 111-130.
42. Özsoy SA. Hemşirelikte Araştırma Öncelikleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009; 1: 52-59.
43. Türkiye İstatistik Kurumu. *İstatistiklerde Yaşlılar*, 2013. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) Erişim tarihi: 10 Temmuz 2014.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi*. Ankara, 2014.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi*. Ankara, 2014. [www.sbu.saglik.gov.tr](http://www.sbu.saglik.gov.tr) Erişim tarihi: 14 Temmuz 2014.
46. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara, 2013. [www.sbu.saglik.gov.tr](http://www.sbu.saglik.gov.tr) Erişim tarihi: 9 Temmuz 2014.

## DOĞUM ÖNCESİ EV ZİYARETİ HİZMETİ VERİLEN GEBELERİN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ

Gülseren DAĞLAR<sup>1</sup>, Tuba UÇAR<sup>2</sup>, Funda EVCİLİ<sup>3</sup>,  
Dilek BİLGİÇ<sup>4</sup>

### ÖZET

Sağlık açısından risk grubunda olan gebe ve fetüsün sağlığını korumada, gebenin gebelik sürecine uyumunu sağlamada, riskli durumları önlemede ve verilen bakımın etkinliğinde gebelerin evlerinde izlenmesi önemlidir. Gebeye evinde verilen hizmetlerin değerlendirilmesinde kullanılan tek/en önemli ölçüt hasta memnuniyetidir. Gebelerin evde aldığı hizmetten memnuniyetleri, sağlık kuruluşlarının hizmetlerindeki eksikliklerin giderilmesini ve sağlık çalışanlarının mesleki açıdan kendilerini geliştirmesine katkı sağlayabilir. Bu çalışmanın amacı, gebelerin ev ziyaretinden memnuniyetlerini değerlendirmektir. Kesitsel tanımlayıcı olarak yapılan çalışma, 2012-13 ve 2013-14 eğitim-öğretim dönemlerinde ebelik bölümü öğrencilerinin saha uygulamasında ev ziyaretleri sürecinde yapılmıştır. Evreni basit rastgele yöntemle seçilmiş 30 mahallede yaşayan gebeler, örneklemi araştırma kriterlerini karşılayan öğrencilerin ev ziyareti yaptığı 203 gebe oluşturmuştur. Toplam 101 öğrenci en az 2 gebeye planlı ziyaret yapmıştır. Son ziyarette gebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren sorular öğrenci, ev ziyaretinden memnuniyet düzeylerini belirleyen sorular gebe tarafından doldurulmuştur. Veriler SPSS 14,0 bilgisayar paket programı ile değerlendirilmiş, istatistiki değerlendirmelerde tanımlayıcı istatistik ölçütleri kullanılmıştır.

Gebelerin yaş ortalaması 27,0±5,5'dir. Gebelerin ortalama gebelik haftası 27,7±8,3 olup (min-max:8-40), %66,3'ünün multigravida, %83,7'sinin istenen ve %72,9'unun da sağlıklı bir gebelik yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin %89,7'si düzenli prenatal bakım aldığını belirtmiş, ortalama kontrol sayısı 7,0±3,9 olarak bulunmuştur. Gebelerin tamamına yakını (%94,6-%100) yapılan ev ziyaretinden memnun olduğunu ve ev ziyaretlerini başka gebelere de önereceğini belirtmiştir. Gebelerin öğrenciler tarafından yapılan ev ziyaretinden memnun olduğu ve ev ziyaretlerini başka gebelere de önereceği belirlenmiştir. Evde bakım, bağımsız bir uygulama olduğundan gebe izlemlerinin öncelikli ev ziyareti şeklinde yapılması ve gebelerin memnuniyetinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler;** Ev Ziyareti; Memnuniyet; Doğum Öncesi Bakım

\*Bu çalışma, 4-6 Şubat 2015'de Antwerp -Belçika'da gerçekleştirilen CARE4 International Scientific Nursing and Midwifery Congress'de poster bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sivas

<sup>2</sup>Yrd. Doç. Dr. Malatya Sağlık Yüksekokulu, İnönü Üniversitesi, Malatya

<sup>3</sup>Arş. Gör. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sivas

<sup>4</sup>Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sivas

**İletişim / Corresponding Author:** Gülseren DAĞLAR

**Tel:** 0 346 219 10 10 – 17 84 **e-posta:** gulserendaglar@gmail.com

**Geliş Tarihi /Received:** 06.01.2015

**Kabul Tarihi/Accepted:** 04.07.2015



## **SATISFACTION LEVEL OF PREGNANT WOMEN VISITED AT THE HOUSE IN PRENATAL PERIOD**

### **ABSTRACT**

It is important to follow the pregnant at home in terms of protecting the health of the pregnant and the fetus in health risk group, ensuring compliance during pregnancy, preventing the risk status of the pregnant and effectiveness of care provided. The only used/most important criterion in the evaluation of the services provided for the pregnant at home is patient satisfaction. Thus, satisfaction of the pregnant with the service received at home can contribute to the professional development of health care workers and to eliminate shortcomings in the organization of health services. The satisfaction level of the pregnant visited at home was evaluated. Cross-sectional descriptive study was made in the process of home visits of field applications of midwifery students in 2012-13 and 2013-14 academic years. The scope consists of randomly selected 30 different neighborhoods and the sample consists of 203 pregnant who were visited at home and matching the criteria for survey. A total of 101 students planned to visit at least two pregnant. In the last visit, questions that contain the descriptive characteristics of the pregnant were completed by students and questions regarding their level of satisfaction from home visits were completed by the pregnant. Data was analyzed with SPSS 14.0 software packages and the criteria of descriptive statistics were used in the statistical evaluation.

The average age of the pregnant is  $27.0 \pm 5.5$  years. The average gestational age of the pregnant is  $27.7 \pm 8.3$  and it was found that 66.3% are multigravida, 83.7% experienced a desired pregnancy and 72.9% had a healthy pregnancy. 89.7% of pregnant stated that she received prenatal care regularly while the average number of control was found to be  $7.0 \pm 3.9$ . Almost all the pregnant (94.6%-100%) are satisfied with the home visits and stated that they would also recommend receiving home visits to other pregnant. Home care is important in terms of the follow-up of pregnant primarily in the form of home visits and to evaluate the satisfaction of the pregnant at regular intervals.

**Key Words:** Home Visits; Satisfaction; Prenatal Care

## GİRİŞ

Gebelik, doğal fizyolojik bir olay olmasına karşın kadın ve aile için ciddi biyo-psikososyal adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir. Bu dönemde gebenin ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda verilen bireyselleştirilmiş doğum öncesi sağlık bakım hizmetleri, gerek döneme özgü adaptasyonu kolaylaştırmakta gerekse tüm perinatal sürecin sağlıklı ve güvenli bir şekilde geçirilmesine, kadının hem kendisi hem de bebeği açısından en iyi sonuçlara ulaşmasına katkı sağlamaktadır (1-3).

Doğum öncesi bakım hizmetleri her zaman klinik koşullar içerisinde gerçekleştirilememekte; düzenli ve sürekli ev ziyaretleri ile nitelikli doğum öncesi izlemlerin yapılması da mümkün olabilmektedir. Doğum öncesi ev ziyaretleri, gebeleri ve aileleri kendi yaşam alanları içerisinde bir bütün olarak değerlendirmeye imkan sağlayan, sürekli ve geniş kapsamlı sağlık bakımının bir parçası olarak kabul edilmektedir. Kadının ve ailenin fiziksel ve psiko-sosyal yönden uyumunu sağlamaya yardım etme, risk faktörlerini tanılama, var olan riskli durumları kontrol altına alma, eğitim ve danışmanlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik tüm girişimler ise doğum öncesi ev ziyaretleri kapsamında ele alınmaktadır (3-6). Ziyaretlerin amacına yönelik etkili biçimde gerçekleştirilebilmesi için perinatal döneme ilişkin güncel ve kanıta dayalı yeterli teorik bilgiye ve beceriye sahip ebelere gereksinim bulunmaktadır. Literatürde ebeler tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretlerinin anne/fetüs sağlığını geliştirdiğini, aile süreci üzerine olumlu etkiler yaptığını ve gebelerin memnuniyet düzeylerinin yükselmesine katkı sağladığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (7-14).

Gebelerin ve ailelerin sürece ilişkin memnuniyet düzeyleri, sunulan sağlık bakım hizmetinin niteliğinin ve niceliğinin değerlendirilmesinde en önemli ölçüt olarak kabul edilmektedir (13-15). Memnuniyetin düşük olması gebelere bakım veren sağlık profesyonellerinin kendilerini eleştirel bakış açısıyla irdelemelerini, verdikleri bakım ve eğitimlerde kendilerini geliştirmelerini sağlayan bir motivasyon kaynağı olarak da kullanılabilir. Diğer bir deyişle, hizmet alan kişilerin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi sağlık hizmetlerinin sunumunda eksikliklerin giderilmesini olanaklı kılmakta ve sağlık çalışanının mesleki gelişimine katkı sağlamaktadır. Bu nedenle hizmet alan grubun verilen bakım ve eğitimlerden memnuniyetinin ölçülmesi oldukça önemlidir (16-18).

Bu çalışma, doğum öncesi bakım hizmetini öğrenci ebeler tarafından ev ziyareti olarak alan gebelerin verilen bakımlardan memnuniyetlerini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

## **MATERYAL ve METOD**

Kesitsel tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma, 2012-13 ve 2013-14 eğitim-öğretim dönemleri bahar yarıyılında Mart-Haziran tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Doğum Öncesi Dönem II dersi kapsamında ev ziyareti sürecinde yapılmıştır. Sivas il merkezinde bulunan toplam 62 mahallenin %50'sinin örnekleme alınması hedeflenmiştir. Bu amaçla Selvi'nin çalışmasında sosyoekonomik düzeyi yüksek-orta-düşük olarak belirlediği mahallelerden 10 ar adet olmak üzere toplam 30 mahalle basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş (19) ve bu mahallelerin bağlı bulunduğu Aile Sağlığı Merkezine bağlı araştırma kriterlerini karşılayan (iletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden) 203 gebe örnekleme alınmıştır. Doğum öncesi dönem II dersi uygulaması haftalık 6 saat olarak ev ziyareti şeklinde en az 10 hafta devam etmektedir. Bu süreçte her öğrenci en az 2 gebe izlemiş olup (toplam 110) planlı ev ziyaretleri yapılmıştır. Her iki dönemde de uygulamada öğrencilere aynı öğretim elemanları eşlik etmiştir. İlk ev ziyaretinden önce Aile Sağlığı Merkezinde gebeyi takip eden Aile Sağlığı Elemanı tarafından gebenin araştırmaya alınabilme kriterlerine uyup uymadığı değerlendirilerek araştırmaya alınacak gebeler belirlenmiş ve bu gebelerle ev ziyaretleri yapılmıştır. Yapılan son ev ziyaretinde araştırmacılar tarafından oluşturulan formun sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini içeren sorular öğrenci tarafından, gebelerin öğrenci ebelerin verdiği ev ziyaretinden memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanan sorular ise gebenin kendisi tarafından doldurulmuştur. Veriler SPSS 14.0 programında değerlendirilmiştir. İstatistikî değerlendirmelerde Tanımlayıcı İstatistik Ölçütleri kullanılmıştır.

## **BULGULAR**

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması  $27,0 \pm 5,5$ 'dir. Gebelerin %35'inin ilkokul mezunu olduğu, %94,6'sının çalışmadığı, %87,2'sinin orta düzeyde gelire sahip olduğu, %94,6'sının sağlık güvencesinin olduğu ve %65,0'inin çekirdek ailede yaşadığı belirlendi (Tablo 1).

Gebelerin ortalama gebelik haftası  $27,7 \pm 8,3$  olup (min:8, max:40), %66,3'ü multigravidadır. Gebelerin %83,7'si istenen ve %72,9'u sağlıklı bir gebelik yaşamaktadır. Gebelerin %89,7'si düzenli prenatal bakım aldığını belirtmiştir. Ortalama kontrol sayısı  $7,0 \pm 3,9$ 'dur (Tablo 2).

**Tablo 1:** Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
<b>Ortalama yaş (yıl) :</b>	27,0 ± 5,5	
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	5	2,5
İlkokul mezunu	71	35,0
Ortaokul mezunu	42	20,7
Lise mezunu	68	33,5
Üniversite mezunu	17	8,4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	11	5,4
Çalışmayan	192	94,6
<b>Ekonomik Durum Algısı*</b>		
İyi	20	9,9
Orta	177	87,2
Düşük	6	3,0
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	192	94,6
Yok	11	5,4
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	132	65,0
Geniş aile	71	35,0
Toplam	203	100,0

\*Gebelerin kendi ifadesi dikkate alınmıştır.

Gebelerin gebelik haftası ortalama 27,7±8,3'dür. Öğrenci ebeler tarafından verilen ev ziyaretinden memnuniyet düzeyleri incelendiğinde gebelerin çoğu her bir madde için memnun olduğunu belirtmiştir (%94,6-%100) (Tablo 3). Gebelere ortalama 7,0±3,9 ev ziyareti yapılmıştır. Gebelere yapılan ev ziyaretlerini başka gebelere önerip önermeyeceği sorulduğunda %98'i önereceğini belirtmiştir.

**Tablo 2.** Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler	n	%
<b>Gebelik sayısı</b>		
Primigravida	65	33,7
Multigravida	138	66,3
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>		
İstenen	170	83,7
İstenmeyen	33	16,3
<b>Riskli gebelik durumu</b>		
Riskli	55	27,1
Riskli değil	148	72,9
<b>Prenatal bakım alma</b>		
Düzenli bakım alan	182	89,7
Düzenli bakım almayan	21	10,3
<b>Toplam</b>	<b>203</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 3.** Gebelerin Ev Ziyaretinden Memnuniyet Düzeyleri (N=203)

Yapılan Uygulamalar	Memnun olmayan		Kararsız		Memnun	
	n	%	n	%	n	%
Ev ziyaretinin süresinden	1	0,5	4	2,0	198	97,5
Yapılan muayenenin kapsamından	-	-	3	1,5	200	98,5
Kendisiyle ilgilenecek bir öğrenci ebeğin varlığından	-	-	5	2,5	198	97,5
Prenatal bakıma ilişkin yeterli bilgi vermesinden	-	-	6	3,0	197	97,0
Ziyaret randevusuna uyumundan	1	0,5	5	2,5	197	97,0
Gebeyi evinde ziyaret etmesinden	-	-	2	1,0	201	99,0
Yapılan ev ziyareti sıklığından	1	0,5	10	4,9	192	94,6
Yapılan uygulamalara ilişkin bilgilendirmesinden	-	-	2	1,0	201	99,0
İletişimden	-	-	1	0,5	202	99,5
Gebeyi dinlemesinden	-	-	1	0,5	202	99,5
Mahremiyete gösterilen saygıdan	-	-	3	1,5	200	98,5
Gebenin bakım gereksinimlerinin farkında olmasından	-	-	-	-	203	100,0
Uygulamaların hijyenik olmasından	-	-	2	1,0	201	99,0
Ziyaretlerden genel memnuniyet durumu	1	0,5	3	1,5	199	98,0

## TARTIŞMA

Ev ziyareti, hasta memnuniyetini ve bakımın kalitesini artırdığı düşünülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli uygulamalarından biri olup günümüzde özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında oldukça yaygın biçimde kullanılmaktadır. 1990'lı yıllardan itibaren ise özellikle gelişmiş ülkelerde ev ziyaretleri ile gebelere hastane ortamı dışında, kendi yaşam alanları içerisinde, alana özel güncel ve kanıta dayalı bilgi birikimine sahip, klinik beceriler noktasında yeterli olan sağlık profesyonelleri tarafından tedavi ve bakım hizmetleri verilmektedir (4-6).

Doğum öncesi ev ziyaretlerinin amacı, yalnızca gebeliğe ilişkin rutin muayenelerin ölçümlerin yapılması ile sınırlı değildir. Kadın ve ailenin prenatal döneme uyumunun sağlanması, annenin ve fetüsün iyilik halinin korunması ve sürdürülmesi, risk faktörlerinin tanınması, var olan riskli durumların kontrol altına alınması ve komplikasyonların önlenmesine yönelik tüm girişimler nitelikli doğum öncesi ev ziyaretlerinin en temel amacını oluşturmaktadır (6,20). Araştırmalar, doğum öncesi dönemde düzenli olarak gerçekleştirilen ev ziyaretlerinin, gebelerde hastaneye yatma riskini azalttığını, hastaneye yatma nedeniyle oluşabilecek stresi önlediğini, maliyeti azalttığını, aile düzeninin korunmasına katkı sağladığını ve gebenin bireysel tercihlerine imkan verebilen bakımın gerçekleştirilmesi için

fırsat yarattığını ortaya koymaktadır (4,21-27). Bu yararlarına ek olarak doğum öncesi ev ziyaretlerinin kadınların prenatal sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma oranını istatistiksel açıdan önemli düzeyde artırdığı, gestasyonel yaş ve doğum ağırlığı üzerinde pozitif sonuçlar sağladığı, ziyaretlerin ailenin/annenin memnuniyetini artırdığı, ebeveyn/aile arasındaki ilişkinin kurulması ve güçlendirilmesine katkı sağladığını gösteren kanıtlar da bulunmaktadır (21-26).

Doğum öncesi dönemde yapılacak ev ziyaretleri içerisinde ebe, perinatal hemşire, obstetrisyen, aile hekimi ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan multidisipliner bir ekip çalışması gerektirmektedir. Özellikle ebeler bu ekip içerisinde kilit bir noktada rol almaktadır. Literatürde yer alan birçok çalışma, profesyonel ebeler tarafından verilen doğum öncesi evde bakım hizmetlerinin gebelik sırasında hastaneye yatma oranlarını düşürdüğünü, annenin ve fetüsün sağlığını geliştirdiğini, 24. gestasyonel haftadan önce meydana gelebilecek fetal kayıpları ve preterm eylem riskini azalttığını, gebeliğin spontan vajinal doğum ile sonuçlanma olasılığını artırdığını gösteren bulgular ortaya koymaktadır (7-9).

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Doğum Öncesi Dönem II dersi kapsamında gerek annenin, gerek fetüsün ve ailenin doğum öncesi evde bakım hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak gerekse ebelik öğrencilerinin mesleki kimlik gelişimlerine katkı sağlamak amacıyla ev ziyaretleri yapılmaktadır. Aile merkezli doğum öncesi bakım felsefesine dayanan ev ziyaretleri Ebelik Bölümü II. Sınıf öğrencileri tarafından gerçekleştirilmektedir. Literatürde, Ebelik öğrencileri tarafından doğum öncesi dönemde yapılan ev ziyaretlerinin etkinliğine ilişkin çalışmalara ulaşılamamakla birlikte öğrencilerin postpartum ev ziyaretlerinin etkinliğini gösteren yalnızca bir çalışmaya ulaşılmıştır. Aune ve Lilleengen (2013) tarafından yapılan çalışmada, ebelik öğrencileri tarafından postpartum dönemde gerçekleştirilen ev ziyaretlerinin, mesleki kimlik gelişimine ve anlamlı bir yaşam deneyimi kazanılmasına katkı sağladığı, öğrenci ile kadın arasında güvene dayalı ve uzmanlık çerçevesinde bir ilişki kurmayı kolaylaştırdığı, öğrencinin aileyi kendi ortamında daha gerçekçi bir bakış açısıyla gözlemesine fırsat sağladığı belirtilmiştir (15).

Çalışmamızda gebelerin öğrenci ebeler tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretine ilişkin memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek olduğu belirlenmiş, kadınların neredeyse tamamı kendilerine yapılan bakım odaklı ev ziyaretlerini tüm gebelere önerebileceğini ifade etmiştir. Yapılan birçok çalışmada da ebeler tarafından doğum öncesi bakım alan kadınların memnuniyetlerinin arttığını gösteren bulgular ortaya konulmuştur (10, 11, 12, 24). Collins ve

Kingdon tarafından yapılan çalışmada, gebelik, doğum ve doğum sonunda ebeler tarafından bakım alan kadınların neredeyse tamamı bakıma ilişkin memnuniyetlerini belirtmiş, %100'ü bu uygulamaların tüm aileler ve gebeler için tavsiye edilebilir olduğunu ifade etmiştir (14). Buna karşın özellikle kliniklerde gerçekleştirilen doğum öncesi tedavi ve bakım hizmetlerine ilişkin kadınların memnuniyetsizliğini ortaya koyan bulgular da mevcuttur. Kadınların doğum öncesi bakıma ilişkin memnuniyetsizliklerine neden olan faktörler arasında kliniklerde uzun süreli beklemek, hastanelere ulaşmada güçlük, yetersiz medikal destek ve sağlık profesyonellerinin olumsuz tutumları sayılmaktadır (28-30). Kadınların memnuniyetsizliklerine etki eden bu faktörlere de bakıldığında tümünün kliniklerde gerçekleştirilen doğum öncesi izlemlerle ilişkili olduğu sonucuna varılabilir. Ev ziyaretleri ile gerçekleştirilen doğum öncesi izlemlerde ise memnuniyetsizliğe neden olan tüm faktörlerin kontrol altına alınabileceği düşünülmektedir.

Doğum öncesinde gebe kadının, fetüsün ve ailenin gereksinimlerinin etkin bir şekilde değerlendirilebilmesini sağlayabilmek amacıyla yeterli sayıda izlem yapılması son derece önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gebelerin %75'inin dört rutin gebelik izlemi ile yeterli bir doğum öncesi bakım alacağını, %25'inin ise daha sık izlenmesi gerektiğini ve ilk tespitin mümkün olduğunca erken dönemde yapılmasını önermektedir (31). Ülkemizde ise prenatal izlemler aile hekimi tarafından gebeliğin ilk 14 haftası içinde, ikinci, üçüncü ve dördüncü izlemlerin sırasıyla 18-24.haftalar, 30-32. haftalar ve 36-38. haftalar arasında yapılmaktadır. Aile hekimi tarafından herhangi bir risk saptanması halinde, izlem planı ve sayısı yeniden belirlenebilmektedir (32). Tüm bu izlemlerin sağlık kuruluşlarında yapıldığı göz önüne alındığında gebelerin ev ziyaretleri ile kendi yaşam alanlarında değerlendirilmelerini sağlayacak sistematik bir ev ziyareti uygulaması bulunmamaktadır.

Çalışmamızda gebelere ortalama  $7,0 \pm 3,9$  ev ziyareti yapıldığı, kadınların %94,6'sının ev ziyareti sıklığından memnun olduğu saptanmıştır. İsveç'te yapılan ulusal bir çalışmadan elde edilen bulgulara göre ebelerin primipar kadınlar arasında ortalama 11, multipar kadınlarda ise ortalama 9 ziyaret yaptıkları belirlenmiştir (33). Prenatal visit sayısının az tutulması, olumsuz maternal ve perinatal sağlık sonuçlarının artışı ile ilişkili bulunmaktadır (34). Gebeler açısından bakıldığında ise kadınların gebeliğin başından itibaren sık yapılan doğum öncesi ziyaretleri tercih ettikleri, ebelerin ziyaret sayısının artması ile memnuniyet düzeylerinin artması arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki olduğu, ziyaretler arasındaki

sürenin uzaması durumunda ise kadınların bakım sürecine ilişkin daha az memnuniyet duyduğunu gösteren bulgular mevcuttur (13,33,35-38).

### **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Güncel ve kanıta dayalı bilgi birikimine sahip, kendine güvenli, otonomik karar verebilme ve kritik düşünme becerilerine sahip ebeler tarafından gerçekleştirilen perinatal ev ziyaretleri, gebenin, fetüsün, ailenin sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Özellikle profesyonel meslek hayatının henüz başında olan ebelik öğrencileri tarafından gerçekleştirilecek ev ziyaretleri ise öğrencilere değerli kişisel bir öğrenme deneyimi sunarken mesleki kimlik gelişiminin kazanılmasının sağlanmasında son derece önemli bir yere sahiptir. Yalnızca doğum öncesi değil tüm perinatal süreç boyunca kadının, fetüsün, ailenin ve yeni doğanın merkeze konulacağı ev ziyareti uygulamasının tüm ebelik okullarında müfredat içerisine alınması ve mevcut eğitim modeline entegre edilmesi önerilmektedir.

### **KAYNAKLAR**

1. Stanhope M, Loncaster J. Community Health Nursing, 4nd Edition, Mosby 1996; 906-907.
2. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım, Geriatri. 2002; 5(4): 155-159
3. Gölbaşı Z. Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7(2):15-22
4. Heaman M. Psychosocial İmpact Of High Risk Pregnancy: Hospital And Home Care. Clin Obstet Gynecol. 1998; 41(3): 626-39.
5. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; 3(9):157-172.
6. Durduran Y, Bodur S, Çakıl E, Filiz E. Konya İl Merkezinde Sağlıkta Dönüşüm Öncesi Ve Sonrası Gebe Ve Bebek İzlemleri. Dicle Tıp Dergisi. 2012; 39(2): 227-233.
7. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, The Cochrane Collaboration 2008; Available from: [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)
8. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-Led Versus Other Models Of Care For Childbearing Women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Art. No: CD004667; DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.



9. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-Led Continuity Models Versus Other Models Of Care For Childbearing Women. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2013, Art. No:CD004667 DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.
10. Dyah S, Rizal AM. Patients Satisfaction In Antenatal Clinic at Hospital University Kebangsaan. Malaysia. J Med. 2002; 12(1):19.
11. Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction With Team Midwifery Care For Low- And High-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. Birth. 2003 Mar; 30(1):1-10.
12. Fawole AO, Okunlola MA, Adekunle AO. Clients Perception of Quality of Antenatal care. J Natl Med Assoc. 2008; 100(9):10-17.
13. Montasser N et al. Egyptian Women's Satisfaction and Perception of Antenatal International Journal of Tropical Disease & Health. 2012 April-June; 2(2):145-156.
14. Collins M, Kingdon C. One To One Midwives: First-Year Outcomes Of A Midwifery-Led Model, British Journal of Midwifery. January 2014; 22(1):15-21.
15. Aune I, Lilleengen AM. Home Visits By Student Midwives In The Early Postnatal Period – A Qualitative Study Of Students' Reflections. British Journal of Midwifery. 2013 July; 21(7):510-519.
16. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5(2):69-74.
17. Eker A, Yurdakul M. Sezaryen Sonrası Verilen Bakımın Hasta Memnuniyetine Etkisi, Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi. 2008; 1(1): 26-35.
18. Savaş E, Bahar A. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, Gaziantep Tıp Dergisi. 2011; 17(1):24-28.
19. Selvi P. Uzmanlık Tezi; "Sivas İlinde Yapılacak Saha Araştırmalarında Kullanılmak Üzere Çeşitli Sayı ve Nitelikte Örnekleme Planının Geliştirilmesi" Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Biyoistatistik ABD, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR. Sivas - 2008.
20. Sutherland G, Yelland J, Brown S. Social Inequalities In The Organization Of Pregnancy Care In A Universally Funded Public Health Care System. Maternal and Child Health Journal. 2011; 16(2): 288–96.

21. Carabin H et al. Does Participation In A Nurse Visitation Programme Reduce The Frequency Of Adverse Perinatal Outcomes In First-Time Mothers? *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2005; 19(3):194-205.
22. Sangalang BB, Barth RP, Painter JS. First-Birth Outcomes And Timing Of Second Births: A Statewide Case Management Program For Adolescent Mothers. *Health and Social Work*. 2006; 31(1): 55-63.
23. Issel LM, Forrestal SG, Slaughter J, Wiencrot A, Handler A. A Review Of Prenatal Home-Visiting Effectiveness For Improving Birth Outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011 Mar-Apr; 40(2):157-65.
24. Shields N et al. Satisfaction With Midwife-Managed Care In Different Time Periods: A Randomised Controlled Trial Of 1299 Women. *Midwifery*. 1998 Jun; 14(2):85-93.
25. Kearney MH, York R, Deatrick JA. Effects Of Home Visits To Vulnerable Young Families. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000; 32(4):369-376.
26. Kendrick D et al. Does Home Visiting Improve Parenting And The Quality Of The Home Environment? A Systematic Review And Meta-Analysis. *Arch Dis Child*. 2000 Jun; 82(6): 443–451.
27. Kitzman H et al. Enduring Effects Of Nurse Home Visitation On Maternal Life Course: A 3-Year Follow-Up Of A Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association*. 2000 Apr; 283 (15):1983-9.
28. Amooti-Kaguna BF, Nuwaha F. Factors Influencing Choice Of Delivery Sites In Rakai District of Uganda. *Soc Sci Med*. 2002; 50(2):203–213.
29. Oladapo OT, Osiberu MO. Do Socio-Demographic Characteristics Of Pregnant Women Determine Their Perception Of Antenatal Care? *Matern. Child Health. J* 2008; 10(2):200-2004.
30. Moawed SA, Gemeay E. Identification Of Factors Associated With Maternal Satisfaction With Primary Health Care Center In Riyadh City. 2009; Available from: [http://kingsaud.academia.edu/EsmatGemeay/Papers/231752/Identification\\_of\\_factor\\_as\\_sociated\\_with\\_maternal\\_satisfaction\\_with\\_primary\\_health\\_care\\_center\\_in\\_Riyadh\\_City#](http://kingsaud.academia.edu/EsmatGemeay/Papers/231752/Identification_of_factor_as_sociated_with_maternal_satisfaction_with_primary_health_care_center_in_Riyadh_City#). Available Date: 13.12.2014
31. WHO, UNICEF, Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements And Missed Opportunities. An Analyzes Of Trend, Levels And Differentials, 1990-2001, 2003, Geneva.

32. Gebe İzlemleri. Erişim Adresi: <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/gebelik/297-gebe-zlemleri.html>, Erişim Tarihi: 12.12.2014
33. Hildingsson I, Thomas J. Women's Perspectives On Maternity Services In Sweden: Processes, Problems And Solutions. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2007; 52(2):126–33.
34. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; Art. No: CD000934. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>.
35. Hildingsson I, Waldenstrom U, Radestad I. Women's Expectations On Antenatal Care As Assessed In Early Pregnancy: Number Of Visits, Continuity Of Caregiver And General Content. *Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica*. 2002; 81(2):118–25.
36. Hildingsson I, Radestad I, Waldenstrom U. Number Of Antenatal Visits And Women's Opinion. *Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica*. 2005; 84(3):248–54.
37. Three Centres Consensus Guidelines on Antenatal Care Project, Mercy Hospital for Women, Southern Health, Women's & Children's Health Service. Three Centres Consensus Guidelines on Antenatal Care Project. Melbourne Victoria Mercy Hospital for Women, Southern Health and Women's & Children's Health Service 2006. Available from: <http://www.health.vic.gov.au/maternitycare/anteguide.pdf>, Available Date: 15.12.2014.
38. Dowswell T et al. Alternative Versus Standard Packages Of Antenatal Care For Low-Risk Pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Oct; Art. No: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2.

## TRİYAJ KARAR VERME ENVANTERİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Dilek KÜÇÜK ALEMDAR<sup>1</sup>, Funda KARDAŞ ÖZDEMİR<sup>2</sup>,  
Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ<sup>3</sup>

### ÖZET

Bu çalışma, Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Metodolojik türde yapılan araştırmanın örneklemini Giresun'da bulunan hastanelerde çalışmakta olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü toplam 207 hemşire oluşturmuştur. Ölçeğin dil geçerliği için uzman görüşlerine başvurulmuş, yapı geçerliği için faktör analizi yapılmıştır. Triyaj Karar Verme Envanterinin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ve madde analizleri yapılmıştır.

Trijaj Karar Verme Envanterinin dil geçerliğinde, biri dilbilimci ve ikisi öğretim üyesi olmak üzere üç kişi orijinal dili İngilizce olan ölçeği Türkçeye çevirmişlerdir. Türkçeye çevrilen ölçeğin İngilizce geri çevirisi farklı bir dilbilimci tarafından yapılmıştır. Ölçekte yer alan maddelere ilişkin uzman görüşleri arasında uyum gözlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,88 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Sonuç olarak Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle Türk hemşirelerinin triyaj yeteneklerini değerlendirmede kullanılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Triyaj; Triyaj Karar Verme Envanteri; Geçerlik; Güvenirlik.

---

\*Bu araştırma 11-13 Ekim 2012 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen 1. Ulusal Hemşirelikte Yenilikler Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

<sup>2</sup>Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

<sup>3</sup>Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**İletişim / Corresponding Author:** Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

**Tel:** 0 454 3101375 **e-posta:** dilekkucuk@atauni.edu.tr

**Geliş Tarihi /Received:** 25.02.2015

**Kabul Tarihi/Accepted:** 04.07.2015

## **ADAPTATION OF THE TRIAGE DECISION MAKING INVENTORY INTO TURKISH: VALIDITY AND RELIABILITY STUDY**

### **SUMMARY**

The objective of this study was to determine the validity and reliability of the Turkish form of the Triage Decision Making Inventory.

The sample group of this methodological study consisted of totally 207 nurses who were working at the hospitals in the city of Giresun and accepted to participate in the study. The expert opinions were asked for the language validity of the inventory and a factor analysis was conducted for the construct validity. The Cronbach's Alpha reliability coefficient and item analyses were performed to assess the reliability of the Triage Decision Making Inventory.

Three people (one linguist and two academic members) translated the original English version of the Triage Decision Making Inventory into Turkish for the language validity of the inventory. Another linguist translated its Turkish version back into English. It was determined that there was coherence between the expert opinions regarding the items in the inventory. The inventory has a Cronbach's Alpha coefficient of 0,88 and a high reliability degree. As a consequence, the Turkish form of Triage Decision Making Inventory was determined to have high validity and reliability. Thus, it is recommended to be used to assess the triage skills of Turkish nurses.

**Keywords:** Triage; Triage Decision Making Inventory; Validity; Reliability.

## **GİRİŞ**

Triyaj, çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla, olay yerinde ve hasta ve yaralıların ulaştırıldığı her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemidir. Triyaj, elde bulunan kaynaklara v hastalık ya da yaralanmanın ciddiyetine göre bakımda öncelikleri belirlemek olarak ta tanımlanabilir (1). Triyaj kısa bir görüşmenin yanında hızlı bir tanılama üzerine temellendirilmiştir; tedavi bitinceye kadar her aşamada yeniden yapılabilir (2).

Triyajın kelime anlamı Fransızca “trier” fiiline göre “sınıflamak, ayırmak” anlamındadır. Fransa’da Napoleon savaşları sırasında hastaların sınıf veya sosyal durumları gözetilmeksizin tıbbi gereksinimlerine göre sınıflamaları yapılarak ilk defa tıbbi triyaj kavramı oluşturulmuştur (3). Triyaj bakımda öncelik belirleme ve sonraki yapılacak müdahale basamakları için en iyi karar verme demektir. Genel varsayım olarak triyajın acil ortamında gerçekleştiği düşünülür, aslında bakımda öncelik belirleme tüm klinik ve toplumu kapsayan sağlık hizmetlerinde uygulanmaktadır (4).

Triyaj gerek akut bakım gerekse toplum sağlık hizmetlerinin bütün alanlarında doğrudan hasta bakımı veren veya bakımı denetleyen tüm hemşireler için önemli bir beceridir. Ülkemizde hemşirelerin triyaj karar verme becerilerini değerlendiren herhangi bir ölçek çalışmasına rastlanmamış olması nedeniyle bu alanda yeni ölçeklerin geliştirilmesi veya varolan ölçeklerin Türk toplumuna uyarlanması gerekmektedir. Bu çalışma, Triyaj Karar Verme Envanteri’nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **MATERYAL ve METOT**

Araştırma, Triyaj Karar Verme Envanteri Türkçe formunun dil uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği metodolojik bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Giresun İl’inde bulunan iki hastanede çalışan toplam 207 hemşire oluşturmuştur. Triyaj Karar Verme Envanterinde (Triage Decision Making Inventory; TDMI) toplam 37 madde bulunmaktadır(4). Ölçek çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının 5–10 katı olması önerilmektedir. Bu nedenle, herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip evrenin tümü örnekleme alınmıştır. Ayrıca, test-tekrar test değerlendirmesinin yapılabilmesi için ise en az 30 çift veri olması gerektiği bildirilmiştir (5-7). Araştırmada test-tekrar test uygulaması için aynı örneklem grubundaki 130 hemşireye 15 gün ara ile ikinci

uygulama yapılmış, birinci ve ikinci uygulama sonucunda ölçeği eksiksiz dolduran 130 kişinin verisi test-tekrar test uygulaması için analiz edilmiştir. Çalışmaya katılma ölçütleri, hemşirelerin çalışmaya katılmayı kabul etmesi ve veri formlarını tam olarak doldurması şeklinde belirlenmiştir. Herhangi bir dışlama ölçütü kullanılmamıştır.

Hemşirelere İlişkin Sosyo-Demografik Veri Formu; Araştırmacılar tarafından ilgili kaynaklar doğrultusunda hazırlanan formda katılımcıların bireysel ve mesleki özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan 8 soruluk veri toplama formu kullanılmıştır.

Triyaj Karar Verme Envanteri; Triyaj Karar Verme Envanteri (Triage Decision Making Inventory; TDMI) 2000 yılında Cone tarafından başlangıçta sadece acil serviste hemşirelerin Triyaj kararları hakkındaki düşüncelerini belirlemek için geliştirilmiş bir araçtır (8). Araştırmacılar daha sonra bunu bir sınırlılık olarak değerlendirmiş ve çeşitli kliniklerde çalışan hemşireler ve askeri hemşirelerde ölçeğin güvenilirliğini test etmişlerdir (4,9).TDMI 37 sorudan oluşan ve Likert tipte yanıtlanan bir ölçektir. Ölçekte maddeler “kesinlikle katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a değişen altı seçenekten oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 222’dir. Ölçeğin triyaj kararlarını vermede bilişsel özellikler, eleştirel düşünme, deneyim ve sezgi gibi parametrelerden oluşan dört alt boyutu bulunmaktadır. Toplam ölçek ve alt ölçek puanları; katılımcıların ölçeğe verdikleri puanların toplamının, ölçekteki soru sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçek tanılama amaçlı bir ölçek olmadığından alınan puan aralıklarının ifade ettiği bir anlam yoktur. Ölçeğin ilk versiyonunda 208 acil servis hemşiresi ile çalışılmış ve ölçeğin tamamı için Cronbach Alpha katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler için Cronbach Alpha katsayısı 0,84 ile 0,89 arasında değişmektedir. Bilişsel Özellikler alt boyutu 7 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler önceliklendirme, organizasyon, adalet ve bilgi ile ilişkilidir. 11 maddeden oluşan Deneyim alt boyutu hemşirelerin karar verme ve triyaj ortamında uygun soruları sorma becerilerini değerlendirmektedir. Sezgi alt ölçeğinin duygular, içgüdüler ve altıncı his ile ilişkili 7 maddesi bulunmaktadır. Son olarak Eleştirel Düşünme boyutunun hastayı değerlendirmede kullanılacak gerekli bilgileri alabilme ve iletişim kurabilme yeteneğini değerlendiren 12 maddesi bulunmaktadır (4).

Triyaj Karar Verme Envanterinin dil geçerliğinde, biri dilbilimci ve ikisi öğretim üyesi olmak üzere üç kişi orijinal dili İngilizce olan ölçeği Türkçeye çevirmişlerdir. Türkçeye çevrilen ölçeğin İngilizce geri çevirisi farklı bir dilbilimci tarafından yapılmıştır. Türkçeye

çevrilen ölçekler araştırmacılar tarafından çalışılarak son hali verilmiştir. Bir Türk dili uzmanına ölçeğin Türkçesi kontrol ettirilmiştir.

Triyaj Karar Verme Envanterinin kapsam geçerliğini değerlendirmede uzman görüşüne başvurulmuştur. Bu amaçla çevirisi tamamlanan ölçeğin oluşturulacak olan Türkçe formu, alanında uzman 6 öğretim üyesine verilmiştir. Uzman görüşünün değerlendirilmesinde, Content Validity Index kullanılmıştır. Bu indekse göre uzmanlar maddeleri aşağıdaki ifadelere göre değerlendirmiştir. Uygun değil (1 puan); Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir (2 puan); Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor (3 puan) ve Çok uygun (4 puan) şeklinde puanlanmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Dil geçerliği çalışmalarından sonra ölçeğin, ölçüm yapılacağı kişilerle benzer özellik taşıyan, ancak örnekleme yer almayan 10-20 kişilik bir gruba uygulanması önerilmektedir. Uyum analizi ve uzman değerlendirmeleri sonrasında ölçeğin son hali verilerek 15 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Olumsuz geribildirimler olmadığından ölçeğin büyüklükteki örnekleme uygulanmasına karar verilmiştir. Ön uygulamaya katılan hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir.

Veriler SPSS 18.0 programında kodlanarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analizler aşağıda sunulmuştur. Ölçeğin kapsam geçerliliği için uzman görüşleri Kendall W testi ile değerlendirilmiştir. Yapı geçerliliğini değerlendirmek için faktör analizi, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's Testi yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile madde-toplam puan korelasyon, alt boyut madde-alt boyut toplam puan korelasyon ve alt boyut-toplam puan katsayısı hesaplanmıştır. Diğer bir güvenilirlik analizi olarak iç tutarlılığı test etmek üzere Cronbach analizi kullanılmıştır.

İlk olarak Kelly J. Cone, tarafından geliştirilen Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe'ye uyarlanması konusunda yazardan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca ilgili kurumlardan araştırmacının yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara araştırmacının amacı ve yapmaları gerekenler anlatılmış çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanarak onamları alınmıştır.



## **BULGULAR**

Hemşirelerin yaş ortalaması  $32,00 \pm 7,31$ ; %46,8'i bekar; %26,1'i lisans mezunu, %14,0'ü acil serviste, %48,8'i cerrahi servislerde, %37,2'si dahili kliniklerde çalışmaktadır. Hemşirelerin mesleki deneyimi  $11,06 \pm 8,11$  yıl olup %29,5'i gece-gündüz vardiya ile çalışmaktadır. Hemşirelerin % 32,8'i lisans eğitiminde triyaj konusunda bir eğitim almadığını, %54,7'sinin hastanede triyaj eğitimi aldığını belirtmiştir.

### **I. GEÇERLİĞE İLİŞKİN BULGULAR**

Kapsam geçerliği; Kendall iyi uyum katsayısı analizinde ( $KW=0.124$ ) olarak elde edilmiş, uzmanların görüşleri arasındaki uyum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.02$ ). Yapı geçerliği (faktör analizi); Faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı ( $KMO$ )= $0,908$  ve Barlett testi  $\chi^2=306.28$ ,  $p=0,000$  olarak bulunmuştur. Bilişsel özellikler alt boyunun toplam varyansın %12,2'sini, Deneyim alt boyutunun toplam varyansın %27,4'ünü, Sezgi alt boyutunun toplam varyansın %10,4'ünü ve Eleştirel Düşünme alt boyutunun toplam varyansın %39,7'sini açıkladığı belirlenmiştir. Toplamda açıklanan varyans oranı%89,7'dir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin Bilişsel Özellikler, Deneyim, Sezgi ve Eleştirel Düşünme olmak üzere 4 faktör grubuna ayrıldığı tespit edilmiştir. Bilişsel Özellikler alt boyunun faktör yükleri 0.630-0.760 arasında, Deneyim alt boyutu faktör yüklerinin 0.500-0.746 arasında, Eleştirel Düşünme alt boyutunun faktör yüklerinin 0.568-0.754 arasında ve Sezgi alt boyutunun faktör yüklerinin ise 0.538-0.837 arasında olduğu saptanmıştır. Ölçeğe ilişkin faktör yükleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi ile sınanan modelin uyum göstergeleri incelendiğinde Ki-Kare değerinin ( $\chi^2=518,34$ ;  $sd=15,67$ ;  $p=0,000$ ) anlamlı olduğu görülmektedir.

### **II. GÜVENİRLİĞE İLİŞKİN BULGULAR**

İç tutarlılık ve madde analizleri; ölçekte 37 maddenin “madde toplam puan korelasyonu“ incelendiğinde, maddelerin korelasyon güvenilirlik katsayısının  $r=0,57$  ile  $0,89$  arasında olduğu, aralarındaki ilişkin pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ), (Tablo1). Ölçekte en düşük madde toplam puan korelasyonuna sahip madde  $0,57$  ile madde 1 (Farklı klinik alanlarla ilgili bilgim vardır)'dir. Ölçekte en yüksek madde toplam puan korelasyonu olan madde  $0,89$  ile madde 21 (Hata yapmaktan korktuğum için çoğunlukla doktoru ararım.)'dir.

**Tablo 1.** Triyaj Karar Verme Envanteri Faktör Analizi Sonuçları

Madde	Faktör Yükü	Faktör
<b>Madde 1:</b> Farklı klinik alanlarla ilgili bilgim vardır.	0,755	
<b>Madde 2:</b> Bakımla ilgili kararları rahatlıkla verebilirim.	0,693	
<b>Madde 3:</b> Baskı altında çalışırım ve organizasyonum bozulmaz.	0,760	Faktör 1:
<b>Madde 4:</b> Hasta bakımında öncelikleri belirleyebilirim ve işimi yaparım.	0,725	Bilişsel
<b>Madde 5:</b> Hastalarımın sonuçlarını etkileyecek doğru kararlar alma konusunda kendime güvenirim.	0,635	özellikler
<b>Madde 6:</b> Eğer bir hasta arrest olursa, ne yapacağımı bilirim.	0,630	
<b>Madde 7:</b> Birlikte çalıştığım birinin iyi kararlar almasını sağlayabilirim.	0,641	
<b>Madde 8:</b> Hastalarla iyi iletişim kurarım.	0,634	
<b>Madde 9:</b> Triyaj kararlarım hakkında olumlu geribildirim alırım.	0,642	
<b>Madde 10:</b> Triyaj kararları almam gerektiğinde bilgiyi sınırlandırabilirim.	0,562	
<b>Madde 11:</b> Tedavi edilmeye kadar hastaların sorumluluğunu alırım.	0,577	
<b>Madde 12:</b> Hastaların şikayetleri ile kendi değerlendirme bulgularım arasında bağlantı kurabilirim.	0,746	Faktör 2:
<b>Madde 13:</b> Aşırı yoğunluğa rağmen, sakin bir şekilde odaklanabilirim.	0,608	Deneyim
<b>Madde 14:</b> Triyaj, hastanın alacağı tıbbi hizmet için ilk izlenimi sağladığından dolayı önemlidir.	0,660	
<b>Madde 15:</b> Bakımı ilk kimin alması gerektiği konusunda önceliği belirlemede düşüncelerimi yeniden organize edebilirim.	0,577	
<b>Madde 16:</b> Hastanın verdiği öykü ile yaralanmanın mekanizmasını ilişkilendirebilirim.	0,679	
<b>Madde 17:</b> Çalışanlar ile iyi iletişim kurabilirim.	0,693	
<b>Madde 18:</b> Karar verirken gerekli olmayan bilgiyi ayıklayabilirim.	0,700	
<b>Madde 19:</b> İşimi yaparken doğru soruları sormayı bilirim.	0,731	
<b>Madde 20:</b> İşimle ilgili beceri ve yargılarıma güvenebilirim.	0,714	
<b>Madde 21:</b> Hata yapmaktan korktuğum için çoğunlukla doktoru ararım.	0,665	Faktör 3:
<b>Madde 22:</b> Hastayı değerlendirirken sorulacak doğru soruları bilmiyorum.	0,607	Sezgi
<b>Madde 23:</b> İyi yargılama yapabilirim.	0,568	
<b>Madde 24:</b> Geçmiş deneyimlerim karar vermeme kolaylaştırır.	0,588	
<b>Madde 25:</b> Triyaj becerilerime güvenirim.	0,754	
<b>Madde 26:</b> Rahatlıkla triyaj kararları verebilirim.	0,815	
<b>Madde 27:</b> Doğru triyaj kararları verme becerilerim olduğunu biliyorum.	0,837	
<b>Madde 28:</b> Kritik olan ve olmayan hastaları ayırt edebilirim.	0,718	
<b>Madde 29:</b> Triyaj yaparken hangi soruları soracağımı bilirim.	0,778	
<b>Madde 30:</b> Ünitede bulunma nedenleri hakkında hastalarla konuşabilirim.	0,622	
<b>Madde 31:</b> Hastaya triyaj uygularken, baktığım anda nasıl hastalandığı konusunda iyi bir fikir edinebilirim.	0,540	Faktör 4:
<b>Madde 32:</b> Triyaj yaparken kritik hastalar hakkında içgüdüsel bir hisse kapılırım.	0,601	Eleştirel
<b>Madde 33:</b> Bir kişinin görünüşünden acil bakıma ihtiyacı olup olmadığını söyleyebilirim.	0,538	düşünme
<b>Madde 34:</b> Triyajda bir hastayı ilk değerlendirdiğimde bir şeylerin kötü gideceğini çoğunlukla söyleyebilirim.	0,686	
<b>Madde 35:</b> Bir şeylerin kötü gideceğini hissederim.	0,713	
<b>Madde 36:</b> Kitaplardan öğrendiklerim ne olursa olsun, triyaj yaparken hislerime göre hareket ederim.	0,671	
<b>Madde 37:</b> Kritik hastalar hakkında altıncı bir hissim vardır.	0,799	
Öz değer varyans		4,362
Açıklanan varyans		%89,7
	<b>Toplam</b>	<b>%89,7</b>

**Tablo 2.** Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonunun İncelenmesi (N=207)

<b>Maddeler</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Madde 1:</b> Farklı klinik alanlarla ilgili bilgim vardır.	<b>0.57</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 2:</b> Bakımla ilgili kararları rahatlıkla verebilirim.	<b>0.62</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 3:</b> Baskı altında çalışırım ve organizasyonum bozulmaz.	<b>0.79</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 4:</b> Hasta bakımında öncelikleri belirleyebilirim ve işimi yaparım.	<b>0.63</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 5:</b> Hastalarımın sonuçlarını etkileyecek doğru kararlar alma konusunda kendime güvenirim.	<b>0.78</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 6:</b> Eğer bir hasta arrest olursa, ne yapacağımı bilirim.	<b>0.59</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 7:</b> Birlikte çalıştığım birinin iyi kararlar almasını sağlayabilirim.	<b>0.64</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 8:</b> Hastalarla iyi iletişim kurarım.	<b>0.73</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 9:</b> Triyaj kararlarım hakkında olumlu geribildirim alırım.	<b>0.79</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 10:</b> Triyaj kararları almam gerektiğinde bilgiyi sınırlandırabilirim.	<b>0.70</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 11:</b> Tedavi edilinceye kadar hastaların sorumluluğunu alırım.	<b>0.75</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 12:</b> Hastaların şikayetleri ile kendi değerlendirme bulgularım arasında bağlantı kurabilirim.	<b>0.68</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 13:</b> Aşırı yoğunluğa rağmen, sakin bir şekilde odaklanabilirim.	<b>0.81</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 14:</b> Triyaj, hastanın alacağı tıbbi hizmet için ilk izlenimi sağladığından dolayı önemlidir.	<b>0.73</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 15:</b> Bakımı ilk kimin alması gerektiği konusunda önceliği belirlemede düşüncelerimi yeniden organize edebilirim.	<b>0.82</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 16:</b> Hastanın verdiği öykü ile yaralanmanın mekanizmasını ilişkilendirebilirim.	<b>0.76</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 17:</b> Çalışanlar ile iyi iletişim kurabilirim.	<b>0.67</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 18:</b> Karar verirken gerekli olmayan bilgiyi ayıklayabilirim.	<b>0.74</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 19:</b> İşimi yaparken doğru soruları sormayı bilirim.	<b>0.80</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 20:</b> İşimle ilgili beceri ve yargılarıma güvenebilirim.	<b>0.73</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 21:</b> Hata yapmaktan korktuğum için çoğunlukla doktoru ararım.	<b>0.89</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 22:</b> Hastayı değerlendirirken sorulacak doğru soruları bilmiyorum.	<b>0.66</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 23:</b> İyi yargılama yapabilirim.	<b>0.71</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 24:</b> Geçmiş deneyimlerim karar vermeme kolaylaştırır.	<b>0.77</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 25:</b> Triyaj becerilerime güvenirim.	<b>0.79</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 26:</b> Rahatlıkla triyaj kararları verebilirim.	<b>0.68</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 27:</b> Doğru triyaj kararları verme becerilerim olduğunu biliyorum.	<b>0.76</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 28:</b> Kritik olan ve olmayan hastaları ayırt edebilirim.	<b>0.80</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 29:</b> Triyaj yaparken hangi soruları soracağımı bilirim.	<b>0.69</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 30:</b> Ünitede bulunma nedenleri hakkında hastalarla konuşabilirim.	<b>0.73</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 31:</b> Hastaya triyaj uygularken, baktığım anda nasıl hastalandığı konusunda iyi bir fikir edinebilirim.	<b>0.65</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 32:</b> Triyaj yaparken kritik hastalar hakkında içgüdüsel bir hisse kapılırım.	<b>0.72</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 33:</b> Bir kişinin görünüşünden acil bakıma ihtiyacı olup olmadığını söyleyebilirim.	<b>0.77</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 34:</b> Triyajda bir hastayı ilk değerlendirdiğimde bir şeylerin kötü gideceğini çoğunlukla söyleyebilirim.	<b>0.70</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 35:</b> Bir şeylerin kötü gideceğini hissederim.	<b>0.82</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 36:</b> Kitaplardan öğrendiklerim ne olursa olsun, triyaj yaparken hislerime göre hareket ederim.	<b>0.75</b>	<b>0.00</b>
<b>Madde 37:</b> Kritik hastalar hakkında altıncı bir hissim vardır.	<b>0.66</b>	<b>0.00</b>

Alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puan korelasyonu incelendiğinde; maddelerin güvenirlik katsayıları; Bilişsel Özellikler alt boyutu için 0,65-0,77 arasında, Deneyim alt boyutu için 0,66-0,82 arasında, Sezgi alt boyutu için 0,63-0,81 arasında ve Eleştirel Düşünme alt boyutu için ise 0,65-0,84 arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonu incelendiğinde, güvenirlik katsayılarının=0,63 ile 0,83 arasında, pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır( $p<.001$ ), (Tablo 2).

İç Tutarlılık ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı; Triyaj Karar Verme Envanteri ve alt boyutlarının güvenirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde; Cronbach Alfa güvenirlik katsayı alt boyutlar için=0,80 ile 0,82 arasında olup tüm ölçek için toplam Cronbach Alfa =0,882 bulunmuştur (Tablo 3).

Trijaj Karar Verme Envanteri'nin zamana göre değişmezliğinin değerlendirilmesi;Test-tekrar test yöntemiyle güvenirliğini belirleyebilmek amacıyla ölçek 130 kişiye on beş gün arayla uygulanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının test-tekrar test güvenirlik katsayısı Pearson Momentler çarpımı korelasyonu ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin dört alt boyutunun test-tekrar test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Alt boyutlarından iki ölçüm sonucu elde edilen puan ortalaması arasında fark olup olmadığını saptamak için bağımlı gruplarda t testi yapılmış puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır( $p>0.05$ ), (Tablo 4).

**Tablo 3.** Ölçeğin Alt Boyut Madde Ve Alt Boyut Puan- Toplam Puan Korelasyon Katsayıları İle Tüm Ölçek ve Alt Boyutları İçin Cronbach Alfa Değerleri

Alt Boyutlar ve Maddeleri	r	p	Cronbach Alfa
<b>1. Alt Boyut: Bilişsel Özellikler</b>	<b>0.78</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 1:</b> Farklı klinik alanlarla ilgili bilgim vardır.	<b>0.77</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 2:</b> Bakımla ilgili kararları rahatlıkla verebilirim.	<b>0.69</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 3:</b> Baskı altında çalışırım ve organizasyonum bozulmaz.	<b>0.72</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 4:</b> Hasta bakımında öncelikleri belirleyebilirim ve işimi yaparım.	<b>0.81</b>	<b>0.000</b>	<b>0.82</b>
<b>Madde 5:</b> Hastalarımın sonuçlarını etkileyecek doğru kararlar alma konusunda kendime güvenirim.	<b>0.68</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 6:</b> Eğer bir hasta arrest olursa, ne yapacağımı bilirim.	<b>0.70</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 7:</b> Birlikte çalıştığım birinin iyi kararlar almasını sağlayabilirim.	<b>0.65</b>	<b>0.000</b>	
<b>2. Alt Boyut: Deneyim</b>	<b>0.76</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 8:</b> Hastalarla iyi iletişim kurarım.	<b>0.82</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 9:</b> Triyaj kararlarım hakkında olumlu geribildirim alırım.	<b>0.73</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 10:</b> Triyaj kararları almam gerektiğinde bilgiyi sınırlandırabilirim.	<b>0.78</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 11:</b> Tedavi edilmeye kadar hastaların sorumluluğunu alırım.	<b>0.71</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 12:</b> Hastaların şikâyetleri ile kendi değerlendirme bulgularım arasında bağlantı kurabilirim.	<b>0.80</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 13:</b> Aşırı yoğunluğa rağmen, sakin bir şekilde odaklanabilirim.	<b>0.68</b>	<b>0.000</b>	<b>0.80</b>
<b>Madde 14:</b> Triyaj, hastanın alacağı tıbbi hizmet için ilk izlenimi sağladığından dolayı önemlidir.	<b>0.66</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 15:</b> Bakımı ilk kimin alması gerektiği konusunda önceliği belirlemede düşüncelerimi yeniden organize edebilirim.	<b>0.77</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 16:</b> Hastanın verdiği öykü ile yaralanmanın mekanizmasını ilişkilendirebilirim.	<b>0.69</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 17:</b> Çalışanlar ile iyi iletişim kurabilirim.	<b>0.75</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 18:</b> Karar verirken gerekli olmayan bilgiyi ayıklayabilirim.	<b>0.72</b>	<b>0.000</b>	
<b>3. Alt Boyut: Sezgi</b>	<b>0.80</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 19:</b> İşimi yaparken doğru soruları sormayı bilirim.	<b>0.81</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 20:</b> İşimle ilgili beceri ve yargılarıma güvenebilirim.	<b>0.79</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 21:</b> Hata yapmaktan korktuğum için çoğunlukla doktoru ararım.	<b>0.74</b>	<b>0.000</b>	<b>0.84</b>
<b>Madde 22:</b> Hastayı değerlendirirken sorulacak doğru soruları bilmiyorum.	<b>0.63</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 23:</b> İyi yargılama yapabiliyim.	<b>0.72</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 24:</b> Geçmiş deneyimlerim karar vermeme kolaylaştırır.	<b>0.81</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 25:</b> Triyaj becerilerime güvenirim.	<b>0.75</b>	<b>0.000</b>	
<b>4. Alt boyut: Eleştirel Düşünme</b>	<b>0.74</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 26:</b> Rahatlıkla triyaj kararları verebilirim.	<b>0.71</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 27:</b> Doğru triyaj kararları verme becerilerim olduğunu biliyorum.	<b>0.65</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 28:</b> Kritik olan ve olmayan hastaları ayırt edebilirim.	<b>0.70</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 29:</b> Triyaj yaparken hangi soruları soracağımı bilirim.	<b>0.74</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 30:</b> Ünitede bulunma nedenleri hakkında hastalarla konuşabilirim.	<b>0.69</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 31:</b> Hastaya triyaj uygularken, baktığım anda nasıl hastalandığı konusunda iyi bir fikir edinebilirim.	<b>0.65</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 32:</b> Triyaj yaparken kritik hastalar hakkında içgüdüsel bir hisse kapılırım.	<b>0.74</b>	<b>0.000</b>	<b>0.81</b>
<b>Madde 33:</b> Bir kişinin görünüşünden acil bakıma ihtiyacı olup olmadığını söyleyebilirim.	<b>0.75</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 34:</b> Triyajda bir hastayı ilk değerlendirdiğimde bir şeylerin kötü gideceğini çoğunlukla söyleyebilirim.	<b>0.77</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 35:</b> Bir şeylerin kötü gideceğini hissederim.	<b>0.66</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 36:</b> Kitaplardan öğrendiklerim ne olursa olsun, triyaj yaparken hislerime göre hareket ederim.	<b>0.84</b>	<b>0.000</b>	
<b>Madde 37:</b> Kritik hastalar hakkında altıncı bir hissim vardır.	<b>0.73</b>	<b>0.000</b>	
<b>Ölçek Toplam</b>			<b>0.88</b>

**Tablo 4.** Triyaj Karar Verme Envanterinin Zamana Göre Değişmezliği

Alt Boyutlar	n	Madde Sayısı	R	p	T	p
Bilişsel Özellikler	130	7	0.64	0.000	1.670	0.074
Deneyim	130	11	0.77	0.000	1.586	0.082
Sezgi	130	7	0.82	0.000	0.934	0.123
Eleştirel Düşünme	130	12	0.71	0.000	1.287	0.095
<b>Ölçek Toplam</b>	130	37	0.82	0.000	1.546	0.083

## TARTIŞMA

### I. TRIYAJ KARAR VERME ENVANTERİ'NİN GEÇERLİĞİ

Ölçeğin kapsam geçerliği; içerik geçerliğini saptamak için hazırlanan ölçek uzmanlar tarafından incelenmiş ve eleştiriler doğrultusunda gözden geçirilerek yeniden hazırlanmıştır. İçerik geçerliğinde, uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması bir gösterge olarak kabul edilmektedir (10). Bu çalışmada, Türkçe 'ye çevrilen Triyaj Karar Verme Envanterinin maddelerinin dil ve kültüre uygunluğunu değerlendirmek üzere altı uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanların maddelerin içeriği ve anlatımı konusundaki önerileri de değerlendirilmiş ve bazı maddelerin anlatımları değiştirilmiştir. Kendall W uyum analizinde (KW=0.124)uzman görüşlerinin uyumlu olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda Türkçe 'ye çevrilen Triyaj Karar Verme Envanterinin anlatımlarının Türk kültürüne uygun olduğu, kapsam geçerliğinin sağlandığı ve ölçülmek istenen alanı temsil ettiği söylenebilir (11).

### II. TRIYAJ KARAR VERME ENVANTERİ'NİN YAPI GEÇERLİĞİ

Faktör ve doğrulayıcı faktör analizleri; faktör analizinin temel amaçlarından birisi değişkenler arasında ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmaktadır (12). Triyaj Karar Verme Envanterinin özgün formunda 37 madde 4 faktör altında toplanmıştır. Bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucunda Kaiyser Mayyerolkin katsayısı (KMO=0,908) ve Barlett testi sonucu  $\chi^2=306,28$ ;  $p=0,000$  olarak bulunmuştur. Bu değerler örneklem sayısının ve veri yapısının faktör analizi yapılmasına uygun olduğunu göstermektedir. Bilişsel özellikleralt boyutu toplam varyansın %12,2'sini, Deneyim alt boyutu %7,4'ünü, Sezgi alt

boyutu %10,4'ünü ve Eleştirel Düşünme alt boyutu %39,7'sini açıklamıştır. Toplamda açıklanan varyans %89,7'dir. Elde edilen varyans oranı ne kadar yüksek ise ölçeğin faktör yapısı o kadar güçlü olmaktadır. Sağlık bilimlerinde yapılan çalışmalarda %40-60 arasındaki varyans oranları yeterli olarak kabul edilmektedir (13). Bu çalışmada da toplam varyans yeterli düzeyde bulunmuştur. Faktör analizi, faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektedir. Faktör yüklerinin 0.40 ve üzerinde olması beklenmektedir (14). Doğrulayıcı faktör analizi aynı zamanda, bir kültürde geliştirilmiş bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasını yaparken özellikle kullanılabilecek bir geçerlik kanıtı bulma yöntemidir (15,16). Triyaj Karar Verme Envanterinin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda maddelerin faktör dağılımlarının yeniden düzenlenen özgün ölçekle uygunluk gösterdiği; Bilişsel Özellikler alt boyutunun faktör yükleri 0,630-0,760; Deneyim alt boyutu faktör yükleri 0,500-0,746, Sezgi alt boyutu faktör yüklerinin 0,568-0,754 ve Eleştirel Düşünme alt boyutunun 0,538-0,837 arasında olduğu belirlenmiştir. Faktör yüklerinin tamamını 0,40'ın üstünde olduğu saptanmıştır. Bu değerler verilerin modelle uyumlu olduğunu, dört faktörlü yapıyı doğruladığını, ölçeğin madde ve alt boyutların ölçekle ilişkili olduğunu, her alt boyuttaki maddelerin kendi faktörünü yeterli olarak tanımladığını göstermiştir (17). Bu sonuçlar Triyaj Karar Verme Envanterinin yapı geçerliliğini destekleyerek, Türk hemşirelerinde kullanılabilecek geçerli bir araç olduğunu kanıtlamaktadır (Tablo 1).

### III. TRİYAJ KARAR VERME ENVANTERİ'NİN GÜVENİRLİĞİ

Trijaj Karar Verme Envanterinin alt boyutlarının iç tutarlılık analizi; iç tutarlılık gösteren Cronbach alfa katsayısı, maddelerin ölçmek istenen konuyla ilgili olup olmadığını ve maddelerin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini göstermektedir. Bir ölçme aracında yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (7). Triyaj Karar Verme Envanterinin maddelerinin alfa güvenilirlik katsayısı Bilişsel Özellikler alt boyutu için 0,82; Deneyim alt boyutu için 0,80; Sezgi alt boyutu için 0,84 ve Eleştirel Düşünme alt boyutu için ise 0,81 olarak bulunmuştur. Sonuçların Smith ve Cone'un çalışma sonuçlarıyla uyumlu olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılığının yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Trijaj Karar Verme Envanterinin alt boyutlarının madde-toplam puan analizi; güvenilirlik analizi için ölçme aracını oluşturan maddelerin araçla ne derecede ilişkili olduğunu

belirleyen ve madde seçiminde sık kullanılan korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır (5). Her madde için elde edilen korelasyon katsayısının yüksek olması, o maddenin ölçülen kuramsal yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, maddenin ölçmek istenen davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir. Madde seçiminde kabul edilebilir katsayısının 0,20 veya 0,25 değerinden büyük olması önerilmektedir (18).

Bu çalışmada, ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, Bilişsel Özellikler alt boyutu için korelasyon katsayılarının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) 0,65-0,77 arasında, Deneyim alt boyutu için 0,66-0,82 arasında, Sezgi alt boyutu için 0,63-0,81 arasında ve Eleştirel Düşünme alt boyutu için ise 0.65-0.84 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ; Tablo 3). Bu sonuçlara göre Triyaj Karar Verme Envanterinin tüm maddelerinin kendi alt boyutunun toplam puanı ile yeterli korelasyon gösterdiği, alt boyutları madde güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ , tablo 3.) Madde-toplam puan analizi güvenilirliği kadar, geçerlik göstergesi olarak da kabul edilir ve ölçeğin yapı geçerliğini de yansıtır (19).

Trijaj Karar Verme Envanterinin kendi alt boyutlarının test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluk durumunun korelasyon analizi ve t testi ile değerlendirilmesi; Test-tekrar test ölçümleri, ölçüm aracının değişmezlik özelliğini değerlendiren ve en sık kullanılan güvenilirlik analizleridir. Sıklıkla Pearson Momentler Çarpımı kile değerlendirilir(20). Bir ölçüm aracının zamana karşı değişmez olduğunu (kararlılık gösterdiğini) belirlemek üzere hesaplanan korelasyon katsayısının 1'e ne kadar yakınsa güvenebilirliğin o kadar yüksek olduğu kabul edilir. Araçlarda test-tekrar test puanları arasındaki korelasyon katsayısının en az 0,70 olması önerilir (21). Bu çalışmada on beş gün arayla tekrarlanan iki uygulamada Triyaj Karar Verme Envanterinin değişmezlik katsayısı Bilişsel Özellikler alt boyutu için 0,64; Deneyim alt boyutu için 0,77; Sezgi alt boyutu için 0.82 ve Eleştirel Düşünme için ise 0.71 ( $p=0,00$ ; Tablo 4) olarak bulunmuştur. Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe sürümünün yüksek olduğu görülmüştür. Test-tekrar test korelasyonu katsayısı yeterli düzeyde olsa bile iki ölçüm sonuçlarının puan ortalamaları standart sapmalarının incelenmesi önerilir. İki ölçüm sonucunun benzer olması gerekir (22). Bu amaçla on beş gün arayla ölçeğin uygulanmasından elde edilen sonuçlar arasında fark olup olmadığına bağlı grupta t testi ile bakıldığında puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p<0.005$ , Tablo 4). Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe sürümünün güvenilirliğin yüksek olduğu görülmüştür.



## SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızda ölçek geçerlik ve güvenilirliğine yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda, Alabama’da 2010 yılında Smith ve Cone (4) tarafından geliştirilen Triyaj Karar Verme Envanteri Türk toplumundaki hemşireler için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın bulguları doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

•Trijaj Karar Verme Envanterinin uzman görüşleri ve istatistiksel analizler sonucunda yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğu ve Türkçe formunun Türk toplumunda hemşirelerin Triyaj konusundaki bilgilerini ölçmek amacıyla kullanılabilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

•Ölçeğin KMO puanı 0,908’dir, ölçek maddeleri ölçülmek istenen durumu iyi düzeyde ifade etmektedir.

•Ölçeğin iç tutarlılık ve güvenilirliğinin göstergesi olan Cronbach alfa katsayısı 0,88 bulunmuştur.

•Gözlemciler arası uyumun alt gruplarda güçlü, ölçeğin tamamında çok güçlü ilişki gösterdiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe şeklinin de istatistiksel olarak oldukça yüksek geçerlik ve güvenilirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin triyaj konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesinde kolaylıkla uygulanabilecek Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan Triyaj Karar Verme Envanterinin daha yaygın olarak kullanılması ve hemşirelerin triyaj hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirmek için daha fazla araştırma yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Çalıdağ E. Uzmanlık Tezi; “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servisinde Triyajda Kıdemli Acil Tıp Doktoru Bulunmasının Hastaların Triyajda Bekleme ve Acil Serviste Geçirdiği Toplam Süre Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi” Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara-2007.
2. Akyolcu N. Acil Birimlerde Triyaj. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi 2007;15(58):7-17.

3. Dong SL, Bullard M. Emergency department triage, “Rowe B, Lang E, Brown M et al. (eds): Evidence-Based Emergency Medicine.” pp.58-65, Wiley-Blackwell. Oxford-2009
4. Smith A, Cone KJ. Triage Decision-Making Skills. A Necessity For All Nurses. Journal For Nurses In Staff Development 2010;26(11):14-19.
5. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;5(1):3-14.
6. Şencan H. Sosyal Ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik Ve Geçerlilik.1.Baskı, s.107-113, 166-169, 381-390, Seçkin Yayınevi. Ankara - 2005.
7. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenilirlik Ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30 (3): 211-216.
8. Cone KJ. The Development And Testing Of An Instrument To Measure Decision Making In Emergency Department Triage Nurses. Unpublished Doctoral Dissertation. Saint Louis University, Missouri-2000.
9. Smith A. Assessing Confidence İn Triage Decision Making. Evaluation Of An Inventory In A Sample Of Navyand Çivili An Nurses. Journal For Nurses In Staff Development 2012; 28(3): 132-36.
10. Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri.1. Basım, Odak Ofset. İstanbul-2002.ss: 169-188.
11. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri.1. Basım, Odak Ofset, İstanbul - 2002. ss: 114-210.
12. Akgül A, Çevik O. İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS'te İşletme Yönetimi Uygulamaları. Emek Ofset. Ankara - 2003. ss: 5-9.
13. Ergin DY. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenilirlik. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 1995; 4: 125-148.
14. Öner N. Güvenirliği Ve/Veya Geçerliği Sınanmış Psikolojik Testler. Türk Psikoloji Dergisi Özel Sayı, Psikolojik Testler 1994;6(33):9-18.
15. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri.4. Baskı, Hatipoğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti. Ankara - 2002.ss: 9-12.
16. Harrington D. Confirmatory Factor Analysis. Oxford University Press. New York-2009.pp: 21-99.

17. Baykul Y. Eğitimde Ve Psikolojide Ölçme, Klasik Test Teorisi Ve Uygulaması. ÖSYM Yayınları. Ankara- 2000.ss:141-233.
18. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 6. Basım. Pegem Yayıncılık. 2006.ss: 167-169.
19. Peykerli G. Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi2003;25(4):62-65.
20. Atılgan, H. Eğitimde Ölçme Ve Değerlendirme. Anı Yayıncılık. Ankara - 2006.ss: 88-138.
21. Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. Genişletilmiş 5. Baskı. Kaan Kitabevi. Eskişehir - 2004.ss: 661-673.
22. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. 10. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. Ankara - 2000.ss: 136-153.

## SAĞLIK ÖĞRENCİLERİNİN EVDE BAKIM HİZMETLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİ

Havva KAÇAN SOFTA<sup>1</sup>, Hülya UÇUKOĞLU<sup>2</sup>

Ayşenur ORAL<sup>3</sup>

### ÖZET

Bu çalışma, sağlık öğrencilerinin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde okuyan 332 öğrenciden araştırmaya katılmayı kabul eden 181 öğrenciyi kapsamaktadır. Araştırmada Çoban tarafından geliştirilen “Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirlemeye Yönelik Veri Toplama Formu” kullanılmıştır. Veri toplama formu 41 yargıdan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %82,3’ü kız, %17,7’si erkek, %11,0’i 1. sınıf, %31,5’i 2. sınıf, %23,2’ü 3. sınıf, %34,3’ü ise 4. Sınıftır. “Evde bakım hizmetleri hastane enfeksiyonu azaltır” yargısına kız öğrencilerin %71,3’ü katılıyorum, erkek öğrencilerin %12,7’si katılıyorum ( $p>0,05$ ), sınıf değişkenine göre, 4 sınıfların %28,7’si katılıyorum, 2.sınıfların %27,1’i katılıyorum ( $\chi^2=9,060$   $p>0,05$ ) yanıtını verdikleri saptanmıştır. “Evde bakım hizmeti alan hastalar daha hızlı iyileşirler” maddesine ilişkin cinsiyet arasında fark bulunmamış ( $p>0,05$ ) ve sınıflar değişkenine sınıf düzeyi arttıkça yargıya katılıyorum yanıtını verme oranının da artmakta olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sınıf düzeyi arttıkça yargıya katılma oranı da anlamlı bir şekilde artmaktadır ( $p<0,05$ ). Araştırma bulguları incelendiğinde, veri toplama formundaki maddelerde belirtilen yargılar ile ilgili öğrencilerin kararsız tutumları, katılma/katılmama yönündeki olumsuz görüşlerinin nedenleri incelenmeli, evde bakım hizmetlerine yönelik daha kapsamlı bir eğitimin ve daha çok uygulama alanlarına ulaşmasının bu konuda hemşirelik öğrencilerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik; Öğrenci; Evde Bakım

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr. Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Öğr. Gör, Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

<sup>3</sup>Öğrenci. Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

**İletişim/ Corresponding Author:** Havva KAÇAN SOFTA

**Tel:** 03662804133 e-posta: hsofta@kastamonu.edu.tr

**Geliş Tarihi/ Received:** 29.12.2014

**Kabul Tarihi/ Accepted:** 08.07.2015

## OPINIONS OF HEALTH CARE STUDENTS ABOUT HOME CARE SERVICES

### ABSTRACT

This study has been carried out to define the views of health care students about home care services. The descriptive study includes 181 students out of 332 students who agreed to participate in research studying at Fazıl Boyner Vocational School of Health at Kastamonu University. "Data Collection Form Defining Opinions about Home-Care Services" developed by Çoban is used in the research. There are 41 items in the data collection form. 82,3% of the students having participated in the study are females, 17,7% are males, 11,0% are in their 1st year; 31,5% are in their 2nd year; 23,2% are in their 3rd year and 34,3% are in their 4th year; 71,3% of female students have agreed on the item "Home care services decreases the possibility of infection", 12,7% of male students have also agreed on the same item ( $p>0,05$ ), and based on the class variables, 28,7% of 4th year students have agreed and 27,1% of the 2nd year students have been identified to have agreed on the very item ( $\chi^2=9,060$ ;  $p>0,05$ ). There has been no difference observed between genders as to the item "Patients receiving health-care services at home recover faster" ( $p>0,05$ ) and it has also been stated that according to the class variables, the tendency to agree with the items increases in line with the increasing level of class year ( $p<0,05$ ). As the level of class increases, the tendency of agreeing on the item increases significantly ( $p<0,05$ ). Based on the research findings, the indeterminacy of students about the items stated in the data form and the origins of their negative opinions in agree/disagree parts should be searched, and it is suggested that more comprehensive education and access to more praxis fields shall leave a positive impact on the nursing students.

**Key Words:** Nursing; Student; Home-care.

Yirminci yüzyılda yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıklarda artışın olması, ruhsal hastalıkların ve engellilik durumlarında görülen artış sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması neden olmaktadır (1,2). Bu sağlık sorunlarına bağlı olarak yataklı tedavi kurumları daha fazla kullanılmış, yatak işgal oranı uzamıştır. Yataklı tedavi kurumlarına dönük talep artışı, hastaların daha erken ya da tam olarak iyileşmeden taburcu edilmelerine neden olabilir (1).

Belirtilen sorunları yaşayan bireylerin gerek duyduğu bakım ve sağlık hizmeti genelde uzun sürelidir: gerek duyulan hizmetlerin sürekli olarak yataklı kurum ortamında karşılanmaya çalışılması hem sağlık sistemi hem de bireyler ve aileleri için önemli bir sorun yaratmaktadır (1). Bu sorunların ve bakımın ağır yükünü aileler tek başlarına taşıyamamaktadırlar. Sosyal ve ekonomik, demografik ve epidemiyolojik faktörler nedeniyle, aile kaynakları azalmaktadır. Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de uzmanlar yeni arayışlar içerisinde olmuşlar, küreselleşen dünya ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda da farklılaşmalar kendisini göstermiş ve ülkeler arasında benzeşik sağlık sistemleri gelişmeye başlamıştır (2). Yapılan çalışmalar ve değişimlerin temelinde ise, sınırlı kaynakların kullanımına odaklanan etkin, kaliteli ve etik ilkelere uygun sağlık hizmeti sunulması düşüncesi yatmaktadır. Günümüzde bu sağlık sorunlarını yaşayan bireylere, istekli olmaları durumunda, kurumsal bakıma alternatif olarak evde bakım hizmeti sunulması fikri gelişmiştir (1). Evde bakım, son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık ve sosyal bakım hizmetleriyle ilgilenen hemen herkesin dikkatini çekmeye başlamıştır. Çünkü hizmeti sağlayıcılar kadar hizmetten yararlananlar için de birçok avantajları olduğu gibi, kurum bakımına alternatif olarak yaşadıkları çevreden, evlerinden ve ailesinden kopmadan ve sosyal desteği alabilme seçeneğini sunmaktadır. Birçok ülke toplumunda daha fazla bakım gereksinimi olan özellikle yaşlı, özürlü ve kronik hastaların bakım hizmetlerine sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik boyutunda ailenin ve devletin bakım yükünü dengeleyecek çözüm arayışı içindedirler (3). Bir taraftan yaşam kalitesini yükseltme yönündeki çabalar, diğer yandan, bu beklentiye yanıt verebilecek kaynaklar arasında bir denge sağlanmasına çalışılmaktadır.

Evde bakım; özürlü, yaşlı, süregelen hastalığı olan veya terminal dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini

sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (4,5). Evde bakım çok geniş bir hizmet olduğundan farklı alanlarda, bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlayabilir (6).

Günümüzde Avrupa ve Amerika’da sağlık harcamalarını düşürmesi ve hastanelerde yığılmayı engellemesi nedeniyle evde bakım sektörü devlet tarafından özellikle desteklenmekte ve sosyal güvenlik sistemleri tarafından tercih edilmektedir. Hastane tedavisinin ikamesi değil çağdaş tedavi anlayışında hastanede tedavi sürecinin bir parçası olan evde bakımın önemi, Türkiye’de de yeterince kavranamamıştır (1-5). Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin evde bakım hizmeti ile ilgili düşünceleri araştırılmaktadır. Evde bakım öğrencinin özelde bireysel olarak kendisini, genelde de şimdiki ve gelecekteki ailesini ve toplumu etkilemektedir. Bu bağlamda Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin evde bakım hizmetleriyle ilgili, karar alma ve uygulama sürecinde görev alacak olduklarından görüşlerinin alınmasına yönelik tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

## **MATERYAL ve METOT**

Araştırmada veri toplama formu olarak, Çoban (3) tarafından geliştirilen “Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirlemeye Yönelik Veri Toplama Formu” kullanılmıştır. Veri toplama formunda yer alan 41 maddeden yararlanılmıştır. Makalenin yayınlanmasında sayfa sayısı açısından kısıtlamalar olabileceği için 41 yargıdan 10 madde, 20 madde ve 30 madde tabloları gösterilmiş ve tartışılmıştır. Araştırmanın evreni, Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırma evreni 332 kişi olup, araştırma örnekleminde 1., 2., 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 181 öğrenciye ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada sosyo demografik yapıyı tanımlayıcı bilgiler ve beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verileri bilgisayarda işlenerek istatistiksel çözümlenmeler yapılmış ve sonuçlar tablolar halinde düzenlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde

sayı yüzde ve ki-kare testi kullanılmıştır. İşlemlerin yapılmasında SPSS 16,0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin %82,3'ü kız, %17,7'si erkektir. Bu araştırmaya alınan öğrencilerin %11,0'i 1. sınıf; %31,5'i 2. Sınıf; %23,2'ü 3. Sınıf; %34,3'ü ise 4. sınıfta bulunmaktadır (Tablo 1).

**Araştırmaya katılan öğrencilerin “evde bakım hizmetleri hastane enfeksiyonun azaltır” maddesine ilişkin cinsiyet değişkenine göre baktığımızda, kız öğrencilerinin %71,3'ü katılıyor, erkek öğrencilerin %12,7'si katılıyor yanıtını verdiği saptanmıştır ( $\chi^2=5,822$   $p>0,05$ -Tablo 2).**

Araştırma katılan öğrencilerin %53,0'ünün “evde bakım hizmeti alan hastalar daha hızlı iyileşirler” yargısına (Madde 20) katıldığı; %6,6'sının katılmadığı; %40,3'inin bu yargı hakkında kararsız kaldığı saptanmıştır. “Evde bakım hizmeti alan hastalar daha hızlı iyileşirler” maddesine ilişkin yargısına cinsiyet değişkeni yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Sınıfların verdiği yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $\chi^2=19,402$ ;  $p=0,04$   $p<0,05$ -Tablo 3).

**Tablo 1.** Öğrencileri Tanımlayıcı Verilerin Dağılımı

Tanımlayıcı	Sınıf								Toplam		
	1		2		3		4		n	%	
Bilgiler	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	17	9,4	44	24,3	37	20,4	51	28,2	149	82,3
	Erkek	3	1,7	13	7,2	5	2,8	11	6,1	32	17,7
<b>Toplam</b>	20	11,0	57	31,5	42	23,2	62	34,3	181	100,0	



**Tablo 2.** Hemşirelik Öğrencilerinin “Evde Bakım Hizmetleri Hastane Enfeksiyonunu Azaltır.” (Madde 10) Yargısına ilişkin Görüşlerin Dağılımı

<b>Evde Hasta Bakım Hizmetleri Hastane Enfeksiyonunu Azaltır</b>								
<b>Cinsiyet</b>	<b>Katılmıyorum</b>		<b>Kararsızım</b>		<b>Katılıyorum</b>		$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Kız	13	7.2	7	3.9	129	71.3		
Erkek	4	2.2	5	2.8	23	12.7	5,822	0,054
<b>Sınıflar</b>								
1	3	1.7	4	2.2	13	7.2		
2	5	2.8	3	1.7	49	27.1		
3	2	1.1	2	1.1	38	21.0	9,060	0,170
4	7	3.9	3	1.7	52	28.7		
<b>Toplam</b>	<b>17</b>	<b>9.4</b>	<b>12</b>	<b>6.6</b>	<b>152</b>	<b>84.0</b>		

**Tablo 3.** Hemşirelik öğrencilerinin “Evde Bakım Hizmeti Alan Hastalar Daha Hızlı iyileşirler” (Madde 20) Yargısına ilişkin Görüşlerin Dağılımı

<b>Evde hasta bakım hizmeti alan hastalar daha hızlı iyileşir</b>								
<b>Cinsiyet</b>	<b>Katılmıyorum</b>		<b>Kararsızım</b>		<b>Katılıyorum</b>		$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Kız	9	5,5	60	33,1	80	44,2		
Erkek	3	1,7	13	7,2	16	8,8	0,510	0,775
Total	12	6,6	73	40,3	96	53,0		
<b>Sınıf</b>								
1	1	0,6	15	8,3	4	2,2		
2	3	1,6	27	14,9	27	14,9	19,402	0,04
3	1	0,6	13	7,2	28	15,5		
4	7	3,9	18	9,9	37	20,4		
<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>6,7</b>	<b>73</b>	<b>40,3</b>	<b>96</b>	<b>53,0</b>		

**Tablo 4.** Hemşirelik öğrencilerinin “Hastanede Yatan Hastaların Tedavisinin Büyük Kısmı Evde Yapılabilir” (Madde 30) Yargısına ilişkin Görüşlerin Dağılımı

Cinsiyet	Hastanede yatan hastaların tedavisinin büyük kısmı evde yapılabilir						$\chi^2$	p
	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum			
	n	%	n	%	n	%		
Kız	19	10,5	53	29,3	77	42,5		
Erkek	7	3,9	9	5,0	16	8,8	1,967	0,74
<b>Sınıflar</b>								
1	3	1,7	10	5,5	7	3,9		
2	9	5,0	27	14,9	21	11,6		
3	7	3,9	10	5,5	25	13,8	14,141	0,028
4	7	3,9	15	8,3	40	22,0		
<b>Toplam</b>	26	14,4	62	34,3	93	51,3		

Araştırma katılan kız öğrencilerinin %42,5'i “hastanede yatan hastaların tedavisinin büyük kısmı evde yapılabilir” maddesine katılıyorum yanıtını verirken, bu oran erkeklerde %8,8'dir ( $\chi^2=1,967$ ;  $p=0,374$ ;  $p>0,05$ ). Sınıfların dağılımına bakıldığında 2.sınıfların %14,9'u kararsızım; 4.sınıfların %22,0'i katılıyorum cevabını vermiştir ( $\chi^2=14,141$ ;  $p=0,028$ ;  $p<0,05$ -Tablo 4).

## TARTIŞMA

Sınıf değişkenine göre incelediğimizde; 4 sınıfların %28,7'si katılıyorum, 2.sınıfların %27,1'i katılıyorum yanıtını verdiği saptanmıştır ( $\chi^2=9,060$ ;  $p>0,05$ ). Literatürde İtalya da evde bakım programlarının uygulanması ile birlikte hastaneye başvurularda ve hastanede yatış gün sayısında azalmalar olduğu saptanmıştır (2).

Allen D. Spiegel evde bakım sistemine yönelmesinin mali sıkıntılardan dolayı olduğunu düşünmüş ancak hastane hizmetinden daha olumlu yönleri olduğunu vurgulamıştır. Bunlardan en önemlisi iyileşmeyi hızlandırmakta hastane enfeksiyonlarından korumaktır (7). Araştırma kapsamındaki öğrencilerin cinsiyet değişkenin ve sınıflarlar arasında fark görülmemiş, çoğunluğunun evde bakım hizmetleri hastane enfeksiyonunu azaltır yargısına katılıyorum yanıtını verdikleri görülmektedir ( $p>0,05$ ).

“Evde bakım hizmeti alan hastalar daha hızlı iyileşir” (Madde 20) yargısının sınıf değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yargıya katılanlar %53,3 iken, katılmayanların oranı %6,6’dır. Kararsızların toplamı ise %40,3’dür. Bu durumun, evde bakım hizmetleri kapsamında sunulacak hizmetin sonucunun tam olarak bilinmemesi, sunulan hizmetlerin hedef kitesinde genellikle son dönem hastalar, yaşlılar ve kronik rahatsızlığı bulunan kişiler olduğu göz önüne alındığında bu üç grup için de iyileşmenin beklenen bir durum olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bugün artık hastalar hastanelerin yoğun bakım ünitelerinden doğrudan eve gidebilmektedir. Bu nedenle tıbbi teknolojinin en çok gelişen alanlarından biri de evde tedavi edici hizmetler kapsamında kullanılan malzeme ve ekipman donanımdır. Bu hizmetlerde temel amaç hastanın ve ailesinin günlük yaşamlarına devam etmelerinin kendi kendilerine yeter hale getirerek sağlanmasıdır (8). Bu nedenle evde bakım alma bireylerin yaşam kalitelerini yükseltebilir ve hastaların daha hızlı iyileştiği şeklinde düşünülebilir. Demir ve Ünsar kalp yetmezliğinde evde bakımın önemini vurgulamak için yaptıkları çalışmalarında, kalp yetmezliği olan hastalarda hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakımı gerektirmesi, yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlanamaması ve bunun gibi nedenlerle sık sık hastaneye yatmaları, hemşireler tarafından düzenli aralıklarla yapılacak ev ziyaretleriyle kalp yetmezliği olan hasta ve ailesine verilecek eğitim, danışmanlık vb. hizmetlerin hastaneye yatış oranlarının azalmasına önemli katkı sağlayacağını vurgulamıştır (13).

Hasta ve aile eğitimi, hastada var olan sorunların ilerlemesini önlemek ve hastayı rahatlatmak ve hastanın sağlık bakımında aktif katılımcı olarak yer almasını sağlamak üzere uygulanmaktadır (9) Bilgi edinme yolu ile hastalıklara uyum daha kolay olur. Hemşirelerin bağımsız fonksiyonu olan eğitim yolu ile olur (9,14). Taşdelen ve Ateş evde sağlık birimine kayıtlı 177 hasta ve 177 primer bakım verenler üzerinde yaptıkları çalışmalarında hastaların psikososyal sorunlar başta olmak üzere pek çok sorun yaşadıkları, çoğunun öz bakım ve alış-veriş yapma aktivitelerinde bağımlı oldukları belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada hemşire ve diğer sağlık personelinin hastaların ve bakım verenlerin eğitim gereksinimlerinin karşılanması gerektiği yönünde öneride bulunulmuştur (14).

Evde bakım, hastane bakımına göre daha bağımsız bir uygulamadır. Bu durum güçlü bir bilgi temeli ve kendine güveni, aynı zamanda karar verme, kritik düşünme gibi yetenekleri gerektirmektedir. Hemşirenin uzmanlık düzeyi bakım verdiği bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmet türüne uygun olmalıdır. Ayrıca hemşire gerektiğinde uygun yardımı da

isteyebilmelidir (10). Nitekim Karahan ve Güven evde bakım aynı zamanda tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek bireyin yaşadığı ortamda bireye ve ailesine sunulmasının bu şekilde ilgili sorunların etkisinin en aza indirilip, hastaların bağımsızlık düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesine olanak sağladığı bildirilmektedir (6).

Literatür bilgileri ışığında yargıya verilen yanıtları değerlendirdiğimizde uyumlu olduğu görülmektedir. Öğrencilerin yarısının katılıyorum yanıtını vermesi, sınıf düzeyi artıkça katılıyorum yanıtının da artması anlamlı bulunmuştur( $p<0,05$ ).

Evde bakım kavramı; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici bakımın sürekliliğini sağlamak, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek, güçlendirmek amacı güden bir bakım sistemini ifade eder. Evde bakım aynı zamanda tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek hastanın/bireyin yaşadığı ortamda bireye ve ailesine sunulması ve bu şekilde ilgili sorun/sorunların etkisinin en aza indirilip, hastaların bağımsızlık düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin insancıl özelliğinin güçlendirilmesine olanak sağlar (4-6,11).

Uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin gereksinim duyduğu hizmetlerin daha çok destekleyici hizmetler olduğu ve bunların %85'inin aile bireyleri ve arkadaşlarca sağlanabildiği, sadece %15'nin dışardan talep edilmesi gerektiği görülmüştür (12). Aksu ve Fadıllıoğlu solunum sistemi rahatsızlığı olan hastaların evde bakımına yönelik çalışmalarında; evde bakım hemşireleri tarafından solunum sistemi hastalarının sağlık öyküsü ve fiziksel değerlendirilmesini yapma, sigarayı bırakma, gaz değişimini düzeltme, hava yolu temizliğini sağlama ve sürdürme, solunumu rahatlatma, aktivite toleransını ve baş etme yeteneğini artırma gibi evde bakım girişimleri ile hastanın maksimum düzeyde kendi kendini yönetmesi ve yaşam kalitesinin artırılması gerçekleştirilebilir, evde bakım yönetimi sayesinde solunum sistemi hastalıklarının maliyetinin azaldığını (15) ayrıca hastaların profesyonel hemşireler tarafından düzenli olarak izlenmesi mortalite, morbidite ve maliyet açısından oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır (14-17). Literatürde evde bakım hizmetleri sayesinde hastalar kendi tedavi alternatiflerini, bakımını üstlenecek kişiyi, tedavi görmek istedikleri mekan ve tedaviyi verecek kişiyi seçme hakkına sahip oldukları bildirilmektedir (14,18,19).

Bu nedenle kız ve erkek öğrenciler evde bakım hizmeti ile tedavinin yapılacağına katılmışlardır ( $p>0,05$ ). Hastanede yatan hastaların tedavisinin büyük kısmı evde yapılabilir yargısına sınıflar arasındaki dağılıma bakıldığında katılıyorum yanıtını sınıf düzeyi artıkça katılanların yüzdesi de anlamlı şekilde artış göstermekte, en düşük oran birinci ve ikinci

sınıflarda görülmektedir. Bu da sınıf düzeyi arttıkça hemşirelik ile ilgili birçok dersi müfredatta görmeleri yargıya bakış açısının olumlu etkilemesinden kaynaklanmış olabilir( $p<0,05$ ).

### **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Evde Bakım ekiple gerçekleştirilecek bir hizmettir. Ekibin en önemli üyesi hemşiredir. Hastanın problemlerinin tanımlanarak teşhisin saptandığı bu ilk değerlendirme hastanın evde bakım hemşiresi ve hastadan sorumlu vaka yöneticisi tarafından yapılır. Gelecekte hemşirelik yapacak hemşire adaylarının eğitiminde evde bakım hizmetlerine yönelik eğitim sürecine önem verilmelidir. Bu nedenle yüksek okul düzeyinde evde bakım hizmetleri uygulamalı ders kapsamında verilmelidir. Araştırma sonuçlarına göre cinsiyet değişkeni evde bakımla ilgili yargılarda etkili değilken sınıf düzeyinin artması öğrencilerin birçok dersi almaları eğitimin etkisiyle evde bakım yargılarına olumlu yaklaşım göstermektedir.

Literatür taramamızda hemşire adaylarının evde bakım görüşlerine yönelik yapılmış bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bulguların tartışılmasında kısıtlılıklar olmuştur. Araştırmanın daha geniş örneklem grubunda yapılması önerilir. Yapılan araştırma ile evde bakım hizmetinin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

### **KAYNAKLAR**

1. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006; 5:1: 19-31.
2. Karabağ H. Yüksek Lisans Tezi; “Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi” Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Dilaver Temgilioğlu. Ankara-2007.
3. Çoban M. Yüksek Lisans Tezi; “Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve Hemşireleri Üzerinde Bir Uygulama” Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Ankara-2003.
4. Gölbaşı Z. Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003;7:2:15-22.

5. Aksayan S, Cimete G. Evde Bakım, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.1998; 7:6: 202-204.
6. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. TurkishJournal of Geriatrics,2002; 5:4: 155-159.
7. Spiegel Allen D. Doing Right For The Wrong Reason. NY State J Med,1993:190-193.
8. Subaşı N. Uzmanlık Tezi: “Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması.” Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Zafer Öztek, Ankara-2001.
9. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ. Pulmonary Rehabilitation For Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Cochrane Database SystRev: CD003793.2006.
10. Phillips CR. Family-Centered Maternity and Newborn Care, 4nd Edition, St. Louis Missouri Mosby YearBook.1996.
11. Dogan O. Sizofreni Hastalarının Evde Bakımı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001; 2:1: 41-46.
12. Council on Scientific Affairs : HomeCare in the 1990s, JAMA, 1990; 263:1241-1244.
13. Demir M, Ünsar S. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3:8: 120-128.
14. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2012; 9:3: 22-29
15. Aksu T, Fadıllıoğlu Ç. Solunum Sistemi Hastalıklarında Evde Bakımın Yönetimi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2010; 2;3; 126-132.
16. Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi,2006;82-91.
17. Danış MZ. Toplum Temelli Bakım Anlayışı. Özveri Dergisi 2006; 3: 44-47.
18. Tanlı S. Yüksek Lisans Tezi; “Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi”. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul-1996.
19. Erdoğan B. Yüksek Lisans Tezi; “Evde Bakım Hizmeti Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyo-Ekonomik Durumlarının İncelenerek Umutsuzluk ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi”. Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç Dr. Musa ÖZATA, Konya-2013.

## HEMŞİRELERİN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK İLE PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ\*

Nurgül KARAKURT<sup>1</sup>, Mine EKİNCİ<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu araştırma; hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki arayan tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma anketleri Erzurum il merkezinde bulunan Atatürk Üniversitesi Yakutiye-Aziziye Araştırma Hastanelerinde Ekim 2010-Haziran 2011 tarihleri arasında çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Erzurum il merkezinde bulunan Atatürk Üniversitesi Yakutiye-Aziziye Araştırma Hastanelerinde çalışan toplam 427 hemşire oluştururken evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması planlanarak herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde yıllık izin, doğum izni vb gibi durumlardan dolayı 57 hemşireye ulaşılamamış ve 24 hemşirenin de araştırmaya katılmayı kabul etmemesinden dolayı araştırmanın örneklemini 346 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu', 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'-ÇBASDÖ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) ve 'Problem Çözme Ölçeği'-PÇÖ (Problem Solving Inventory) kullanılmıştır.

Hemşirelerin çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden algıladıkları toplam puanın 59,84±18,9 (12-84) olduğu ve hemşirelerin medeni durumları, kardeş sayıları, anne-baba tutumları, babalarının hayatta olma durumu gibi değişkenlerden etkilendiği ve istatistiksel olarak aralarındaki farkın anlamlı olduğu (p<0,001) belirlenmiştir.

Hemşirelerin problem çözme ölçeğinden algıladıkları toplam puanın ise 85,00±33,19 (32-164) olduğu ve hemşirelerin medeni durumları, kardeş sayıları, anne-baba tutumları, babalarının hayatta olma durumu gibi değişkenlerden etkilendiği ve istatistiksel olarak aralarındaki farkın anlamlı olduğu (p<0,001) belirlenmiştir.

Sonuç olarak algılanan sosyal destek ile problem çözme becerisi arasında p<0,001 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ve algılanan sosyal destek arttıkça problem çözme becerisinin de arttığı bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda ise problem çözme becerilerine yönelik olarak destek kaynaklarının artırılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik; Sosyal Destek; Problem Çözme

\*Bu çalışma Atatürk Üniv. Sağlık Bilimleri Fak./Psikiyatri Hemşireliği A.B.D.'da 2011 yılında yüksek lisans tezi olarak yayınlanmıştır. Ayrıca çalışma 1.Uluslararası 5.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresinde (22-24 Eylül 2011/İstanbul) poster bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Öğr. Gör. Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

<sup>2</sup>Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Psikiyatri Hemşireliği A.B.D.

**İletişim / Corresponding Author:** Nurgül KARAKURT

Tel:04422315843 e-posta: nurgultercanliQymail.com

**Geliş Tarihi / Received :** 29.05.2015

**Kabul Tarihi / Accepted:** 10.07.2015

## **RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT NURSES PERCEIVE AND PROBLEM SOLVING SKILL**

### **ABSTRACT**

This study is a definitive study on the relationship between social support nurses perceive and problem solving skill.

The study was conducted over the nurses working at Atatürk University Yakutiye and Aziziye Research Hospitals located in the centre of Erzurum city from October 2010 to June 2011. Population of the study includes 427 nurses working at Atatürk University Yakutiye and Aziziye Research Hospitals located in the centre of Erzurum city and since the study involves all the population, no sampling method was used for the study. During the study period, totally 57 nurses were away from the hospitals due to various reasons such as annual leave etc. and 24 nurses did not accept the participation in the study, therefore 346 nurses were chosen to be the subjects of the study. Personal information form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS and Problem Solving Inventory were used in the study.

Total score nurses got from Multidimensional Scale of Perceived Social Support was close to  $59,84 \pm 18,9$  (12-84) being affected by their social conditions such as marital status, the number of sisters and brothers, behaviour of mother and father and there are significant statistical differences between them ( $p < 0,001$ ).

Total score nurses got from problem solving scale was found to be  $85,00 \pm 33,19$  (32-164) which was affected by the factors such as marital status, the number of sisters and brothers, behaviour of mother and father and there are significant statistical differences between them ( $p < 0,001$ ).

As a result, the perceived social support and problem solving skills among the  $p < 0,001$  level were found to have statistically significant relationship, so; perceived social support was found to increase with increasing problem-solving skills. According to this result, it can be recommended to increase the resources as a support for problem-solving skills.

**Keywords:** Nursing; Social Support; Problem Solving



## GİRİŞ

Hemşirelik, insan sağlığını korumaya, iyileştirmeye yönelik bilim ve sanat kavramlarından oluşan ve bu kavramları, başkasının mutluluğunu amaçlayan davranış şekli ile birleştiren bir meslektir. Hemşirelik mesleği insana, topluma hizmet etmesi açısından fiziksel, sosyal, kültürel ve psikolojik birçok faktörden etkilenen bir yapıya sahiptir. Hemşirelik mesleğinin oluşumunu sağlayan bu geniş yapıyı oluşturan faktörler, birbiri ile sürekli ilişki halindedir (1).

Bu ilişki sırasında çalışanlardan gelen mesleki destek, etkili yol gösterme, aileden, arkadaşlardan gelen kişisel destek kişilerin karşılaştığı problemlerin üstesinden gelebilmesinde yardımcı olabilmektedir. Sosyal kaynaklar; doğrudan yardım, duygusal rahatlama, yeni bakış açıları, kişisel ödüller ve farkındalık sağlayabilmektedir. Tüm bunlar aynı zamanda kişinin kendi tavırları açısından temel bir karşılaştırma imkânı sunmakta ve sosyal izolasyonu azaltmaktadır. Bu kaynaklar aynı zamanda mizah, iyimserlik ve cesaretlendirme duygularının yaşanmasında ihtiyaç duyulan kaynaklardır (2).

Sosyal destek kavramına bakılacak olursa, bireyin hayatında her zaman yardım bulabileceği kişilerin bulunması ve yardım alabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak, fiziksel ve psikolojik sağlığı doğrudan olumlu olarak etkilediği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra aile ve arkadaşları ile ilişkilerinde sorunlarını aşabilmesi, çevreye uyum sağlaması yaşam güçlükleriyle başa çıkmada kişinin en önemli yardımcısıdır (3). Cobb'a (4) göre sosyal destek bilgidir. Bu bilgi, bireyin bakıldığına, sevildiğine, saygı duyulduğuna, ilişkiler ağına ait olduğuna ve karşılıklı yükümlülükleri olduğuna inanmasına neden olan özel bir bilgidir. Elmacı'nın (5) aktardığına göre, Sarosan sosyal desteği, bireyin güvenebileceği ilişkiler yoluyla, sosyal kaynaklardan yararlanabilme derecesi şeklinde tanımlarken; Barrera ve Ainlay (6) sosyal desteği kişinin ihtiyaç duyduğu, kendisine yardımcı olan bireylerin sayısı olarak açıklamışlardır. Aynı zamanda sosyal destek insanlar arasındaki karşılıklı etkileşimdir. Bireylerin özelliklerinden, ilişkinin niteliklerinden, sosyal ve kültürel durumlardan etkilenen dinamik bir olaydır. Bu dinamik süreçte sosyal destek düzeyi yüksek bireyler, problemlere daha kolay uyum sağlamakta; sorunların üstesinden daha kısa sürede gelebilmektedirler (7).

Her insanın hayatı boyunca çeşitli sorunlarla karşılaşması ve bu sorunların üstesinden gelmek için uygun çözüm yolları aramaya çalışması doğaldır ve bu yaşam boyunca sürmektedir. Yaşam boyu karşı karşıya kaldığımız problem ise, temelde bireyin bir hedefe

ulaşmada engellenme ile karşılaştığı bir çatışma durumudur (8). En genel anlamıyla problem, bir olumsuzluk ve belirsizlik ifadesi olarak da tanımlanabilir (9). Olması istenen durum ile mevcut durum arasında bir farklılık algılandığı zamanda problem çözme süreci başlar (10).

Problem çözme süreci ise çağdaş, etkin, nitelikli hemşirenin sahip olması gereken yüksek kalitede hemşirelik bakımı vermek için gerekli beceridir (11-13). Başka bir tanıma göre de problem çözme süreci; bir konuya dair olası çözümlerin bir araya getirilmesi ve buna yönelik tüm mesleki uygulamaların ortaya konulmasıdır (14-15).

Problem çözme becerisi, daha çok yönetici konumundaki hemşirelere atfedilmektedir. Ancak problem çözme sadece yönetici konumundaki hemşirelerin değil, klinik hemşirelerinin de sahip olması gereken en önemli becerilerden biridir (16). Hemşireler hem kurumsal, hem de klinik alanda, hemşirelik uygulamaları ile kararlar alabilmek için problem çözme bilgisine ihtiyaç duymaktadırlar (17,18). Hemşireler uygulamaları sırasında, hasta ve sağlıklı kişilerle çalışırken sürekli problemlerle karşılaşır. Bu nedenle de hemşirelerin problem çözme becerilerine sahip olmaları çok önemlidir (19,20). Bir hemşirenin, güvenli, birey merkezli bir hemşirelik bakımı verebilmesinin, önemli bir koşulu da problem çözme becerisine sahip olmasıdır. Hemşirelik kuramcıları da hasta bireyin gerçek ya da olası sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve uygun çözüm yollarının bulunmasında hemşirelerin problem çözme yaklaşımını kullanmaları gerektiğini belirtmişlerdir (14,19-23). Ülkemizde hemşirelerin problem çözme becerilerinin değerlendirildiği çalışmalarda; problem çözme becerisinin hemşireler için çok önemli bir beceri olduğu ancak hemşirelerin problem çözme becerisinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (24-26). Yurt dışında yapılan çalışmada da problem çözme sürecinin bir örneği olan hemşirelik süreci sisteminin, hasta bireyin bakımında kullanılması üzerinde örgütsel desteğin gerekli olduğu ve hemşirelik süreci ile çalışılan bir hastanede hemşirelerin hasta bireyin gereksinimlerini belirlemelerinde %93'lük artış olduğu, bakım kalitesinin %76 oranında arttığı bildirilmiştir (27).

Bu bağlamda hemşirenin algıladığı sosyal destek kendine olan güvenini problemleri çözme becerisini etkiler. Bazı problemlerin çözümünde bilgisel desteğe ihtiyaç duyulurken bazen duygusal desteğe ihtiyaç duyulur. Problemlerin karmaşıklığına göre değişik destek tipleri beraber kullanılırken, bazen de destek veren kişinin varlığının bilinmesi de problem çözümünü kolaylaştırır. Bu nedenle iyi bir model olma, nitelikli sağlık bakımı verebilme gibi görevlerinden dolayı hemşirelerin algıladıkları sosyal desteğin problem çözme becerilerini ne derece etkilediğinin incelenmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

## **MATERYAL ve METOD**

Araştırma; hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerilerini belirlemek amacıyla ilişki arayıcı tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak; Erzurum il merkezinde bulunan Atatürk Üniversitesi Yakutiye-Aziziye Araştırma Hastanelerinde Ekim 2010-Haziran 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Erzurum il merkezinde bulunan Atatürk Üniversitesi Yakutiye-Aziziye Araştırma Hastanelerinde çalışan toplam 427 hemşire oluşturmaktadır. Evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması planlandığı için herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde yıllık izin, doğum izni vb gibi durumlardan dolayı 57 kişiye ulaşılamamış ve 24 kişinin de araştırmaya katılmayı kabul etmemesinden dolayı araştırma 346 hemşire ile tamamlanmıştır.

Verilerin toplanmasında ilgili form ve ölçekler, araştırmaya katılan hemşirelerin kendileri tarafından hastanede çalıştıkları bölümlerde doldurulmuştur. Hemşirelere formlar doldurulmadan önce gerekli açıklamalar yapılmıştır. Veri toplama formu olarak; kişisel bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-ÇBASDÖ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) ve Problem Çözme Ölçeği-PÇÖ (Problem Solving Inventory) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu; araştırmacılar tarafından hazırlanan ve toplam 17 sorunun bulunduğu bilgi formunda demografik özellikler, mesleki ve öğrenim yaşantısı ile ilgili sorularla algıladıkları sosyal destek ve problem çözme davranışları ile ilgili sorular yer almaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-ÇBASDÖ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS); Zimet ve arkadaşları (28) tarafından geliştirilen bu ölçek, araştırmada yer alan değişkenlerden biri olan sosyal desteğe ilişkin veri toplama amacını gerçekleştirmek için kullanılmıştır. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmakta ve her madde yedi basamaklı bir ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. ÇBASDÖ “Kesinlikle hayır 1-7; Kesinlikle evet” şeklinde 1-7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir.

Ölçeğin aileden, arkadaştan ve özel insandan alınan sosyal destek olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Problem Çözme Ölçeği-PÇÖ (Problem Solving Inventory); Heppner ve Petersen (29) tarafından geliştirilen PÇÖ, problem çözme süreci aşamalarını belirleyen, kişilerin kendi problem çözme davranışları ve yaklaşımları hakkında ne düşündüklerini değerlendiren bir araçtır. Türkiye uyarlaması Şahin ve ark. (30) tarafından yapılmış ölçek 6 puanlı likert tipinde 35 maddeden oluşmaktadır. “1” tamamen katılmayı, “6” ise tamamen katılmamayı göstermektedir. Ölçek; Problem Çözme Güveni, Yaklaşım-Kaçınma ve Kişisel Kontrolünü Sürdürme Yeteneği olmak üzere 3 faktörden oluşmaktadır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan 192’dir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını göstermektedir. Yapılan çalışmalar sonunda ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,90, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0,72 ile 0,85 arasında bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 16 (Statistical Package for Social Science) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; yüzdeler dağılımlar, bağımsız gruplarda *t*-testi, Tek Yönlü Varyans analizi, ölçek maddelerinin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach alfa katsayı hesaplaması ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’nun onayı ve araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılmaya istekli olanlar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılacak hemşirelere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatılarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları şeklinde bilgi verilerek ‘Özerkliğe Saygı’ ilkesi ve araştırmaya katılacak bireylere, bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanamayacağı konusunda güvence verilerek ‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’ ilkeleri yerine getirilmiştir. Ayrıca veri toplama öncesi hemşirelerin soruları yanıtlanmış ve konu ile ilgili bilgi verildikten sonra sözel onamları alınmıştır.

## **BULGULAR**

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin %48,3’ünün 26-31 yaş grubunda, %30,6’sının 4 veya daha fazla kardeşe sahip olduğu, %57,2’sinin bekâr ve %71,7’sinin çocuğu olmadığı görülmektedir. Ayrıca hemşirelerin %55,2’sinin il merkezinde yetiştiği, %89,3 hemşirenin annesinin %74,6’sının babasının

hayatta olduğu ve %49,4'ünün demokratik ve ilgili anne-babaya sahip olduğu görülmektedir. Hemşirelerin mesleki özellikleri ile ilgili özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin %48,6' sının hemşirelikte lisans eğitimi aldığı, %60,1'inin klinik hemşiresi olduğu, %50,3'ünün 1-5 yıllık hemşirelik deneyimi olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin problemle karşılaşma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %63,3' ünün her zaman problemlerle karşı karşıya kaldığı görülürken %66,5 hemşire problemlerin kaynağının işyerinden olduğunu vurgulayıp %43,4'ünün problem durumunda konuştuğu kişinin özel bir insan (flört, nişanlı, sözlü vb.) olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin problem durumunda %24,9'unun güvenerek konuşacağı sadece 2 arkadaşı olduğu belirlenirken %77,7'sinin problem çözme ile ilgili eğitim almadığı, %22,3'ünün eğitim aldığı ve bu eğitimin ise hemşirelik eğitimi sırasında okuldan alınan eğitim olduğu hemşireler tarafından belirtilmiştir.

**Tablo 1.** Hemşirelerin Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyal Destek Ölçeği (N=346)	X±SS	Ölçeğin min-max değerleri	Çalışmanın min-max Değerleri	İç tutarlılık
<b>Alt Boyutları</b>				
Aileden Alınan Sosyal Destek	22,20±7,853	4,0-28,0	8,0-28,0	0,97
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	18,83±9,027	4,0-28,0	4,0-28,0	0,96
Özel İnsandan Alınan Sosyal Destek	18,80±10,995	4,0-28,0	4,0-26,0	0,98
<b>Toplam puan</b>	59,84±18,905	12,0-84,0	12,0-84,0	0,87

Tablo 1'de hemşirelerin çok alanlı sosyal destek ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; aileden alınan sosyal destek puanının 22,20±7,8, arkadaştan alınan sosyal destek puanının 18,8±9,0 ve özel insandan (flört, nişanlı, sözlü vb. ) alınan sosyal destek puanının 18,8±10,9 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması ise 59,84±18,9 olarak belirlenmiştir. Tablo 2'de hemşirelerin problem çözme ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; problem çözme yeteneğine güven puanının 26,53±12,20, yaklaşma-kaçınma yoluyla problem çözme puanının 43,91± 16,34 ve kişisel kontrol puanının 13,50±7,48 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin problem çözme ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması ise 85,00±33,19 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 2.** Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Problem çözme ölçeği (n=346)	X±SS	Ölçeğin min-max değerleri	Çalışmanın min-max değerleri	İç tutarlılık
<b>Alt Boyutları</b>				
Problem Çözme Yeteneğine Güven	26,5376±12,2069	11,0-58,0	11,0-51,0	0,93
Yaklaşma -Kaçınma	43,9133±16,3465	16,0-81,0	18,0-81,0	0,91
Kişisel Kontrol	13,5087±7,48844	5,0-79,0	5,0-27,0	0,74
<b>Toplam puan</b>	85,0087±33,1938	32,0-164,0	32,0-163,0	0,95

**Tablo 3.** Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikleri	n	Toplam puan		Aileden alınan sosyal destek puanı		Arkadaştan alınan sosyal destek puanı		Özel insandan alınan sosyal destek puanı	
		X ± S	Test - p değeri	X ± S	Test - p değeri	X ± S	Test - p değeri	X ± S	Test - p değeri
<b>Yaş</b>									
20-25	111	56,01±19,72		21,61±7,81		17,31±8,58		17,09±11,28	
26-31	167	63,41±17,69	F=2,056	22,88±7,52	F=2,716	18,51±9,63	F=2,878	22,01±9,80	F=1,622
32-37	50	56,76±18,81	<b>p&lt;0,001</b>	20,90±9,04	<b>p&lt;0,001</b>	21,56±7,79	<b>p&lt;0,001</b>	14,30±10,88	p>0,05
38ve ↑	18	58,83±20,27		23,16±7,39		23,55±5,85		12,11±11,00	
<b>Kardeş sayısı</b>									
Kardeş yok	60	59,73±24,55		21,53±8,61		22,46±7,55		21,00±10,29	
2	83	59,34±23,04	F=5,634	21,12±8,40	F=6,732	20,65±8,57	F=8,101	15,73±11,95	F=2,202
3	97	59,13±16,38	<b>p&lt;0,001</b>	22,05±8,14	<b>p&lt;0,001</b>	16,08±9,35	<b>P&lt;0,001</b>	17,57±11,34	<b>p&lt;0,05</b>
4 ve ↑	106	60,93±13,17		23,56±6,49		17,86±8,95		19,50±10,39	
<b>Medeni Durum</b>									
Bekâr	198	57,65±16,02		21,38±8,13		15,40±9,00		20,86±10,20	
Evlü	72	64,09±13,97	F=7,999	25,86±3,27	F=12,06	24,22±5,28	F=10,07	14,01±10,71	F=1,486
Dul/Boşanmış	76	61,50±27,41	<b>p&lt;0,001</b>	20,86±9,11	<b>p&lt;0,001</b>	22,64±7,85	<b>P&lt;0,001</b>	17,98±11,82	P>0,05
<b>Anne-baba tutumları</b>									
Demokratik ve ilgili	171	57,93±12,43	F=9,748	24,77±5,37	F=8,117	15,70±9,86	F=7,303	17,46±11,45	F=3,209
Otoriter ve baskıcı	69	43,59±22,32	<b>P&lt;0,001</b>	12,28±7,99	<b>P&lt;0,001</b>	16,86±6,72	<b>P&lt;0,001</b>	14,43±11,00	<b>P&lt;0,001</b>
Aşırı koruyucu	65	71,83±17,88		23,29±7,07		24,50±5,35		24,03±8,16	
Aşırı hoşgörülü	41	76,12±9,48		26,43±1,58		26,19±3,14		23,48±8,04	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>									
Var	98	60,01±23,00	t=0,104	22,37±7,87	t=0,261	17,48±9,29	t=4,544	15,38±11,25	t=-3,702
Yok	248	59,77±17,07	<b>p&lt;0,001</b>	22,13±7,86	p>0,05	22,24±7,30	<b>p&lt;0,001</b>	20,15±10,61	<b>P&lt;0,05</b>
<b>Yetiştigi yer</b>									
İl	191	55,99±18,37	t=-4,306	21,59±8,06	t=-1,595	18,23±8,59	t=-1,367	16,16±11,24	t=-5,146
İlçe	155	64,58±18,53	p>0,05	22,94±7,54	<b>p&lt;0,05</b>	19,56±9,50	P>0,05	22,06±9,77	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Annenin hayatta olma durumu</b>									
Hayatta	309	63,25±15,79	t=11,357	23,62±6,76	t=11,378	13,91±4,94	t=3,562	7,08±7,91	t=7,376
Hayatta değil	37	31,35±18,90	p>0,05	10,35±6,11	p>0,05	19,42±9,22	<b>P&lt;0,001</b>	20,21±10,46	<b>P&lt;0,05</b>
<b>Babanın hayatta olma durumu</b>									
Hayatta	258	59,84±16,72	t=0,013	22,46±7,67	t=1,066	22,73±7,16	t=-4,852	19,88±10,57	t=3,161
Hayatta değil	88	59,81±24,31	<b>p&lt;0,001</b>	21,43±8,34	<b>p&lt;0,05</b>	17,50±9,22	<b>p&lt;0,001</b>	15,64±11,63	<b>p&lt;0,001</b>

Tablo 3’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre çok boyutlu sosyal destek ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin yaş gruplarına, kardeş sayılarına, medeni durumlarına, anne-baba tutumlarına, çocuk sahibi olma durumlarına ve babalarının hayatta

olma durumlarına göre sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre çok boyutlu sosyal destek ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde de; hemşirelerin öğrenim durumlarına göre algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalamaları ile aile, arkadaş ve özel insandan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Lisans düzeyindeki hemşirelerin algıladıkları toplam sosyal destek puanı ile aile ve arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeyinin, ön lisans düzeyindeki hemşirelerin ise arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeyinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin görev durumlarına göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ile aile, arkadaş, özel insandan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Poliklinik hemşirelerin algıladıkları toplam sosyal destek puanı ile aile, arkadaştan ve özel insandan algıladıkları sosyal destek düzeyinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre problem çözme ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin kardeş sayısı, medeni durum, anne-baba tutumlarına göre problem çözme becerisi toplam puanı ile yeteneğine güven, yaklaşma kaçınma ve kişisel kontrollerine göre problem çözme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0,001$ ) 4 veya daha fazla kardeşi olan hemşirelerin problem çözme becerilerinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ve problemle karşılaşma durumlarına göre problem çözme ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde de; Hemşirelerin öğrenim durumu, görev durumu, çalışma yılı ve problemle karşılaşma durumuna göre problem çözme becerisi toplam puanı ile yeteneğine güven, yaklaşma kaçınma ve kişisel kontrollerine göre problem çözme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Tablo 4.** Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikleri	Toplam puan			Yeteneğine güven		Yaklaşma-kaçınma		Kişisel kontrol	
	n	X ± S	Test - p değeri	X ± S	Test - p değeri	X ± S	Test - p değeri	X ± S	Test - p değeri
<b>Yaş</b>									
20-25	111	89,08±36,75		28,37±13,03		45,45±17,95		14,55±9,52	
26-31	167	79,17±30,01	F=1,287	24,29±11,12	F=1,607	41,46±15,17	F=1,661	12,08±5,93	F=2,698
32-37	50	93,34±32,80	p>0,05	30,02±12,23	<b>P&lt;0,05</b>	47,00±16,28	<b>P&lt;0,05</b>	15,52±6,32	<b>P&lt;0,05</b>
38ve ↑	18	90,83±32,24		26,33±13,30		48,55±14,04		14,61±7,23	
<b>Kardeş sayısı</b>									
Kardeş yok	60	99,26±36,18		30,45±14,50		51,18±17,10		15,58±7,06	
2	83	93,08±37,15	F=3,325	28,19±14,39	F=5,883	48,73±17,62	F=4,274	14,44±7,19	F=5,957
3	97	79,30±34,11	<b>P&lt;0,001</b>	25,34±11,63	<b>P&lt;0,001</b>	40,31±16,71	<b>P&lt;0,001</b>	12,72±9,45	<b>p&lt;0,001</b>
4 ve ↑	106	75,83±21,43		24,12±8,23		39,31±11,55		12,32±5,37	
<b>Medeni Durum</b>									
Bekâr	198	78,51±34,57		25,66±12,00		39,71±17,20		12,30±8,07	
Evli	72	87,13±12,74	F=5,159	25,86±6,66	F=7,562	45,72±6,06	F=7,832	15,48±4,91	F=6,483
Dul/Boşanmış	76	99,90±37,86	<b>P&lt;0,001</b>	29,46±15,92	<b>P&lt;0,001</b>	53,13±16,77	<b>P&lt;0,001</b>	14,77±7,38	<b>P&lt;0,001</b>
<b>Anne-baba tutumları</b>									
Demokratik ve ilgili	171	77,95±30,27		26,14±10,58		38,79±15,54		12,83±6,43	
Otoriter ve baskıcı	69	75,98±20,11	F=4,289	35,14±15,37	F=5,794	56,37±19,99	F=5,822	17,53±7,44	F=5,598
Aşırı koruyucu	65	80,60±24,41	<b>P&lt;0,001</b>	21,96±10,34	<b>P&lt;0,001</b>	44,35±10,82	<b>P&lt;0,001</b>	11,35±5,28	<b>P&lt;0,001</b>
Aşırı hoşgörülü	41	79,82±17,98		20,92±6,43		43,58±5,46		12,95±11,45	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>									
Var	98	97,07±30,86	t=4,359	28,68±13,05	t=2,065	51,44±13,80	t=5,625	15,84±6,43	t=3,718
Yok	248	80,24±32,93	p>0,05	25,68±11,77	p>0,05	40,93±16,33	p>0,05	12,58±7,68	P>0,05
<b>Yetiştığı yer</b>									
İl	191	89,35±35,57	t=2,726	28,37±12,69	t=3,142	45,46±17,38	t=1,963	14,79±8,35	t=3,595
İlçe	155	79,65±29,23	<b>p&lt;0,05</b>	24,27±11,21	<b>p&lt;0,05</b>	42,00±14,80	<b>p&lt;0,05</b>	11,92±5,91	<b>p&lt;0,05</b>
<b>Annenin hayatta olma durumu</b>									
Hayatta	309	34,12 ±26,20	t=-14,29	24,11±9,86	t=-13,02	40,51±13,17	t=-13,95	12,34±6,88	t=-9,326
Hayatta değil	37	78,00±27,35	p>0,05	46,78±11,09	p>0,05	72,27±12,27	P>0,05	23,21±4,83	<b>P&lt;0,05</b>
<b>Babanın hayatta olma durumu</b>									
Hayatta	258	32,61±31,27	t=-5,359	25,43±11,30	t=-2,910	40,72±15,63	t=-6,583	12,61±7,50	t=-3,889
Hayatta değil	88	79,63 ±33,81	<b>p&lt;0,05</b>	29,77±14,10	<b>p&lt;0,05</b>	53,26±14,78	p>0,05	16,13±6,81	p>0,05



**Tablo5.** Sosyal Destek Ölçeği Puanı ile Problem Çözme Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki

Çok alanlı sosyal destek ölçeği	Problem çözme ölçeği							
	Yeteneğine güven		Yaklaşma-kaçınma		Kişisel kontrol		Toplam puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Aile desteği	-0,619	p<0,001	-0,585	p<0,001	-0,442	p<0,001	-	-
Arkadaş desteği	-0,745	p<0,001	-0,640	p<0,001	-0,671	p<0,001	-	-
Özel insan(flört, nişanlı, sözlü) desteği	-0,164	p<0,05	0,056	p>0,05	0,049	p>0,05	-	-
<b>Toplam puan</b>	-	-	-	-	-	-	-0,671	p<0,001

Tablo 5’de algılanan sosyal destek puan ortalaması ve alt ölçekleri ile problem çözme becerisi puan ortalaması ve alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde; aileden ve arkadaştan alınan sosyal destek ile problemleri yeteneklerine güvenerek çözme, problemleri yaklaşma-kaçınma yöntemiyle çözme ve problemleri kişisel kontrolleriyle çözme arasında p<0,001 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Aileden ve arkadaştan alınan sosyal destek arttıkça problem çözme becerisinin de arttığı belirlenmiştir. Sosyal destek toplam puanı ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki incelendiğinde ise, algılanan sosyal destek ile problem çözme becerisi arasında p<0,001 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Algılanan sosyal destek arttıkça problem çözme becerisinin arttığı belirlenmiştir.

## TARTIŞMA

Tablo 1’de hemşirelerin çok alanlı sosyal destek ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, hemşirelerin aileden algıladıkları sosyal desteğin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu (22,20± 7,8) belirlenirken arkadaştan alınan sosyal destek puanının 18,8±9,0 ve özel insandan (flört, nişanlı sözlü) alınan sosyal destek puanının 18,8±10,9 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması ise 59,84±18,9 olarak belirlenmiştir. Ailenin bir sosyal destek kaynağı olarak oynadığı rol, diğer destek kaynaklarına göre daha etkilidir. Çünkü aile, çocukluk döneminde sosyal ilişkilerin başladığı ilk sistemdir. Ailenin kişiye onay, kabul, takdir göstermesi ayrıca tutum ve davranışları sonucunda olumlu geribildirim vermesi yaşamındaki engellere çözüm üretme becerisi geliştirmesine ve insanlarla daha kolay sosyal ilişki kurmasına imkân sağlamaktadır (31). DeGarmo ve Martinez’in (32) yaptıkları çalışmada da ailenin sosyal destekte önemli bir kavram olduğu istatistiksel olarak ortaya çıkarken tek bir kaynaktan alınan

sosyal destek yerine, tüm kaynaklardan (aile, arkadaş, akraba vb. ) alınan sosyal desteğin daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 2’de hemşirelerin problem çözme ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması  $85,00 \pm 33,19$  olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınacak minimum değer 32 maximum değer 164 olduğu göz önünde bulundurulunca çalışmaya katılan hemşirelerin genel olarak problem çözme düzeylerinin minimum değer üstünde olduğu söylenilebilir. Ülkemizde hemşirelik öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda problem çözme ölçeği puan ortalamalarının Ulupınar (13) tarafından yapılan çalışmada  $91,71 \pm 18,01$ , Altun (24) tarafından yapılan çalışmada  $84,74 \pm 19,00$ , Yurttaş ve Yetkin (33) tarafından yapılan çalışmada  $80,31 \pm 19,96$  olarak belirlenmiştir. Problem çözme becerisi hemşirenin güvenli, uzman ve birey merkezli bir hemşirelik bakımı verebilmesinin önemli koşuludur (11,22). Bu çalışmada ve belirtilen diğer çalışlarda katılan hemşirelerin problem çözme düzeylerinin maximum değerde olmamasının nedenleri arasında, hemşirelik eğitimi sırasında öğrencilerin problem çözme becerilerini geliştirici özel stratejilerin izlenmemesi (33), hemşirelerin hemşirelik sürecini ve bilimsel problem çözme sürecini zor ve teorik uygulamada zaman alıcı olarak görmeleri sayılabilir (34).

Tablo 3’de Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre sosyal destek ölçeği puan ortalamalarında; hemşirelerin yaş grupları ile sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,001$ ). 26-31 yaş grubunda olan hemşirelerin algıladıkları sosyal desteğin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş yaş arttıkça algılanan sosyal desteğin arttığı saptanmıştır. Ülkemizde hemşirelik öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda da (34,35) yaş ile sosyal destek arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yaşla birlikte sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki olmasının ve yaş arttıkça sosyal desteğin artmasının nedeninin kişinin hayatına arkadaş, eş, özel insan gibi birçok kişinin yaşla birlikte girdiği düşüncesi olduğu söylenebilir

Tablo 3’de hemşirelerin kardeş sayıları ile sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,001$ ). Sorias (36) Türk toplumunda aile ve arkadaşlar arası ilişkilerin çok güçlü olduğunu, en fazla desteğin de yakın aile üyeleri tarafından sağlandığını belirtmiştir. Bu bağlamda; kardeşlerin birbirine gösterdikleri sosyal destek yaşamdaki engellere çözüm üretme

becerisinin gelişmesine ve insanlarla kolay ilişki kurulmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Tablo 3’de hemşirelerin medeni durumları ile sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Evli hemşirelerin diğer hemşirelere göre algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Jung(37), sosyal desteğin bireylerin karşılaştıkları problem durumlarında yakın çevreleriyle etkileşimleri olduğunu belirtmektedir. Sarason ve ark.(38) da sosyal desteği, bireyin bir problemle karşılaştığında ya da duygusal olarak rahatlamak istediğinde, yakın çevresinde bulunan insanlardan alabileceği yardımlar bütünü olarak tanımlamaktadırlar. Hemşirelerin ailesi dışında yakın çevresinde bulunan eşleri tarafından destek görmeleri kendilerini daha iyi hissetmelerinin yanında karşılaşılan problemlerde kendilerine olan özgüvenin artmasını sağlayarak problemlerle baş etme becerilerini arttıracakı düşünülmektedir.

Tablo 3’de hemşirelerin anne-baba tutumları ile sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Anne-babaları demokratik ve ilgili olan hemşirelerin algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ülkemizde Dülger(39) ve Çeçen(40) tarafından yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunarak anne-baba tutumlarının algılanan sosyal desteği etkilemede önemli unsur olduğu vurgulanmıştır

Tablo 3’de hemşirelerin babalarının hayatta olma durumları ile sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenirken ( $p<0,001$ ), annelerinin hayatta olma durumları ile sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Kültürümüzde anne desteğinin sosyal destekte önemli bir unsur olmasına rağmen hemşirelerin algıladıkları sosyal destekte annenin değil babanın önemli bir kaynak olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre çok boyutlu sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin öğrenimleri, görev durumları ve çalışma yıllarına göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Lisans düzeyinde poliklinik hemşirelerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lisansüstü hemşirelerin çalışmada sayısının az (4) olması çalışmanın sonucunu etkilediği ve lisans

düzeyindeki hemşirelerin sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu sonucunu ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Tablo 4’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre problem çözme ölçeği puanı incelendiğinde; Hemşirelerin yaş gruplarına göre problem çözme becerileri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde; Ulupınar(13), Kanbay ve Bozok(41) çalışmalarında yaş arttıkça bireylerin problem çözme beceri düzeylerinin arttığı sonucunu saptamışlardır.

Tablo 4’de hemşirelerin medeni durumlarına göre problem çözme becerisi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Bekâr hemşirelerin problem çözme becerilerinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Polatkan’ın (42) çalışmasında evli hemşirelerin problem çözme becerisine bekâr hemşirelerden daha çok önem verdikleri saptanmıştır. Hemşireler dışında öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada; Ulupınar’ın (13) evli öğrencilerin kendilerini problem çözmeye daha başarılı buldukları saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Çalışmanın bulgusu doğrultusunda, evlilikle birlikte sorumlulukların artması, yeni bir yaşam biçiminin getirdiği problemlerle karşılaşma gibi durumlar bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre daha az problemlerle karşılaşma durumlarını beraberinde getirdiği düşünülmektedir. Bu bağlamda daha az problemlerle karşılaşıldığından dolayı problem çözme becerilerinin bu oranda daha fazla olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda evli hemşirelerin problem çözme becerilerinin daha çok özel hayatlarında başarılı olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin öğrenim durumları ile problem çözme becerisi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Lisans düzeyinde öğrenim gören hemşirelerin problem çözme becerilerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kanbay ve Bozok’un (41) çalışmasında da eğitim düzeyi yükseldikçe problem çözme becerisinin arttığı belirtilmektedir.

Hemşirelerin görev durumuna ve çalışma yıllarına göre problem çözme becerisi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Klinik sorumlu hemşireler ile 16 yıl ve üstü çalışma deneyimi olan hemşirelerin problem çözme düzeyinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu sorumluluk ve yetkinin artmasının problem çözmeye etkili olduğunu düşündürülebilir. Literatürlerde de deneyim düzeyi ve statü arttıkça

problem çözme başarı düzeyi arttığı belirtilmektedir. Bu açıdan çalışmamızın bulguları ilgili literatürle paralellik göstermektedir (11,22,41,43).

Hemşirelerin problemle karşılaşma durumuna göre problem çözme becerisi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Daha fazla problemle karşılaşan hemşirelerin problem çözme düzeyinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5’de algılanan sosyal destek ve alt ölçekleri ile problem çözme becerisi ve alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde; aileden alınan sosyal destek ile problemleri yeteneklerine güvenerek çözme, problemleri yaklaşma-kaçınma yöntemiyle çözme ve problemleri kişisel kontrolleriyle çözme arasında  $p<0,001$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, aileden alınan sosyal destek arttıkça problemleri yeteneklerine güvenerek ve yaklaşma-kaçınma yöntemiyle çözmenin arttığı bulunmuştur.

Tablo 5’de arkadaştan alınan sosyal destek ile problemleri yeteneklerine güvenerek çözme, problemleri yaklaşma-kaçınma yöntemiyle çözme ve problemleri kişisel kontrolleriyle çözme arasında  $p<0,001$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, arkadaştan alınan sosyal destek arttıkça problemleri yeteneklerine güvenerek, yaklaşma-kaçınma ve kişisel kontrolleriyle çözmenin arttığı belirlenmiştir.

Tablo 5’de özel insandan (flört, nişanlı, sözlü) alınan sosyal destek ile problemleri yeteneklerine güvenerek çözme arasında  $p<0,05$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, özel insandan alınan sosyal destek arttıkça problemleri yeteneklerine güvenerek çözmenin arttığı bulunmuştur. Bu bağlamda; Özel insandan alınan destekle hemşirelerin problem çözme becerilerine olan güvenin arttığı ve bu destekle kendilerine olan özgüvenin arttığı sonucu düşünülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin aile, arkadaş ve özel insandan algıladıkları sosyal desteğin problem çözme becerilerini etkilediği ve aile, arkadaş, özel insandan algılanan sosyal destek arttıkça problem çözme becerisinin de arttığı söylenilebilir.

Tablo 5’de sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki incelendiğinde, algılanan sosyal destek ile problem çözme becerisi arasında  $p<0,001$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda algılanan sosyal destek arttıkça problem çözme becerisinin arttığı sonucu ortaya çıkmıştır

## **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

Hemşirelerin çok boyutlu sosyal destek ölçeği puan ortalamaları yüksek bulunurken, aileden alınan sosyal desteğin arkadaş ve özel insandan (flört, nişanlı,sözlü vb. ) alınan sosyal desteğe göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin problem çözme ölçeği puan ortalamaları orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaklaşma-kaçınma yoluyla problem çözme becerilerinin yeteneğine güven yoluyla problem çözme becerisi ve kişisel kontrolleriyle problem çözme becerisinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kardeş sayısı fazla olan, evli, anne-babaları hoşgörülü ve babaları hayatta olan hemşirelerin algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kardeş sayısı fazla olan, bekar, anne-babaları hoşgörülü ve babaları hayatta olan hemşirelerin ise problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Lisans düzeyinde öğrenim gören, klinik sorumlusu, 16 yıl ve üstü çalışma deneyimi olan hemşirelerin problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu ve her zaman problemlerle karşı karşıya kalarak eşiyile problemleri konuşan hemşirelerin problem çözme becerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Aileden ve arkadaştan alınan sosyal destek ile problemleri yeteneklerine güvenerek çözme, problemleri yaklaşma-kaçınma yöntemiyle çözme ve problemleri kişisel kontrolleriyle çözme arasında  $p<0,001$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Özel insandan (flört, nişanlı, sözlü vb.) alınan sosyal destek ile sadece problemleri yeteneklerine güvenerek çözme arasında  $p<0,05$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki incelendiğinde ise, algılanan sosyal destek ile problem çözme becerisi arasında  $p<0,001$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ve algılanan sosyal destek arttıkça problem çözme becerisinin de arttığı bulunmuştur.

### **Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;**

Hastanede değişik görevlerde yer alan hemşireler ile problem çözme yöntemleri konusunda çalışmalar yapıp sonuçlara yönelik olarak gerekli hizmet içi eğitimlerin yapılması,

Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimi süresince problem çözme becerisiyle ilgili dersler eklenerek konuyla ilgili seminer ve sempozyumların düzenlenmesi,

Problem çözme becerilerine yönelik olarak sosyal destek kaynaklarının kullanılmasının öğretilmesi ve bu konuyla ilgili girişimlerde bulunulması önerilebilir.

## **KAYNAKLAR**

1. Velioğlu P. Hemsireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset, İstanbul, 1994.
2. Harbison J. Clinical Decision Making In Nursing. J Adv Nurs 1991; 16: 404-407.
3. Ünüvar A. Çok Yönlü Algılanan Sosyal Desteğin 15-18 Yaş Arası Lise Öğrencilerinin Problem Çözme Becerisine ve Benlik Saygısına Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2003.
4. Cobb S. Social Support As A Moderator Life Stres. Psychosomatic Medicine 1976; 38: 300-314.
5. Elmacı F. Parçalanmış Ve Bütünlüğünü Koruyan Aileye Sahip Ergenlerin Depresyon Ve Uyum Düzeylerinde Sosyal Desteğin Rolü. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilim Derg 2006; 6 (2): 405-423.
6. Barrera MJ, Ainley SL. The Structure Of Social Support: A Conceptual And Amprical Analsis. J Comm Psyc 1983; 11.
7. Lara ME, Leader J, Klein DN ve ark. What Is Social Support?. Harvard Mental Health Letter 1998; 14(12): 6-8.
8. Taylan S. Heppner'in Problem Çözme Ölçeğinin Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışmaları. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1990.
9. Sarıhan İH. Yenilikçi Düşünme ve Problem Çözme Teknikleri. Teknoloji Yönetimi, Beta Basım, İstanbul, 1998.
10. Sullivan JE, Decker JP. Effective Leadership and Management in Nursing. Fifth Edition. Addison Wesley Publishing Company, California, 2001.
11. Roberts DJ, While EA, Fitzpatrick MJ. Problem Solving In Nursing Practice: Application, Process, Skill Acquisition And Measurement. J Adv Nurs 1993; 18: 886-891.
12. Cust J. Recent Cognitive Perspectives On Learning- Implications For Nurse Education: Nurse Educ Today 1995; 15: 280-290.
13. Ulupınar S. Hemşirelik Eğitiminin Öğrencilerin Sorun Çözme Becerilerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1997.

14.Taylor C. Clinical Problem Solving In Nursing: Insights From The Literature. J Adv Nurs 2000; 31(4): 842, 8p.

15.Taylor C. On Problem Solving In Clinical Nursing Practice. Contemporary Nurse 1998; 7(4): 163.

16.Kaya E. Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2005.

17.Çiçek HS, Albayrak N. Hemşireler İle Diğer Bayan Sağlık Çalışanlarının Problem Çözme Becerileri Arasındaki Farkın İncelenmesi. Hemşirelik Forumu 2004; 7(2): 55-59.

18.Taşçı S. Hemşirelikte problem çözme süreci. Sağlık Bilimleri Derg (Journal of Health Sciences; Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 2005; 14: 73-78.

19.Babadağ K. Daha iyi bir hemşireliğe yöneliş. Hemşirelik Bülteni1991;5(21): 1-4.

20.Birol L. Hemşirelik Süreci. Bozkaya Matbaacılık, İzmir, 2000.

21.Roberts DJ, While EA, Fitzpatrick MJ. Problem Solving In Nursing Practice: Application, Process, Skill Acquisition And Measurement. J Adv Nurs 1993; 18: 886-891.

22.Taylor C. Problem solving in clinical nursing practice. J Adv Nurs 1997; 26: 329-336.

23.Erdem Y. Yüksekokul Ve Sağlık Meslek Lisesi Mezunu Hemşirelerin Problem Çözme Becerileri. Yeni Tıp Derg 2001; 18(1):11-13.

24.Altun İ. The Perceived Problem Solving Ability And Values Of Student Nurses And Midwives. Nurse Educ Today 2003; 23(8): 575-584.

25.Kelleci M, Gölbaşı Z. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Derg 2004; 8(2):1-8.

26.Demir R, Engin E, Nurülke B, İnce İ, Yılmaz G. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelerinin Problem Çözme Becerileri İle Hemşirelerin Başhemşirelerden Yönetim Becerilerine İlişkin Beklentileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, <http://www.med.ege.edu.tr/~hemsirey/c9.doc>, 2007.

27.Thomas N. Factors Affecting The Use Of Nursing Diagnosis. Nurs Out 1992; 40:182.

28.Zimmet GD, Powel SS, Farley GK. The Multidimensional Scale Of Perceived Social Support. J Pers Assess 1988; 52: 30-41



29.Heppner PP, Petersen CH. The Development And Implications Of A Personal Problem Solving Inventory. *J Couns Psyc* 1982; 29: 66–75.

30.Şahin N, Şahin NH, Heppner PP et al. Psychometric Properties Of The Problem Solving Inventory In A Group Of Turkish University Students. *Cognit Ther Res* 1993; 17: 379–396.

31.Çivilidağ A. Anadolu Lise ve Özel Lise Öğretmenlerinin İş Tatmini, İş Stresi Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Analiz. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2003.

32.DeGarmo DS, Martinez CR. A Culturally Informed Model Of Academic Well-Being For Latino Youth: The Importance Of Discriminatory Experiences And Social Support. *Family Relations* 2006; 55(3): 267-278.

33.Yetkin A, Yurttaş A. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Empatik Becerileri İle Problem Çözme Becerilerinin Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2003; 6(1):1-13.

34.Chang MA, Gaskill D. Nurses Perceptions Of Their Problem Solving Ability. *J Advanc Nurs* 1991; 16: 813-819.

35.Kozaklı H. Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2006.

36.Sorias O. Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, İzmir 1988; 27 (1): 353-357.

37.Jung J. Toward A Social Psychology Of Social Support. *Basic and Applied Social Psychology* 1987; 8(1,2): 57-83.

38.Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *J Persn Soc Psyc* 1983; 44(1): 127-139.

39.Dülger Ö. Ergenlerde Algılanan Sosyal Destek İle Karar Verme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İstanbul, 2009.

40.Çeçen AR. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Ve Ana Baba Tutum Algılarına Göre Yalnızlık Ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Derg* 2008; 6 (3): 415–431.

41.Kanbay A, Bozok D. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Değerlendirilmesi. III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı 2004; s: 145-146.

42. Polatkan R. Lisans Mezunu Hemşirelerin Önem Verdikleri ve Sahip olduklarını Düşündükleri Yönetim Bilgi ve Becerilerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2004.

43.Wang JJ, Kao-Lo CH, Ku YL. Problem Solving Strategies Integrated Into Nursing Process To Promote Clinical Problem Solving Abilities Of RN-BSN Students. Nurse Educ Today 2004; 24(8): 589-595.

## HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARDA İDRAR KAÇIRMA PROBLEMİ VE MOBİLİTE İLE İLİŞKİSİ

Feyzan CANKURTARAN<sup>1</sup>, Ferhan SOYUER<sup>2</sup>,  
Sibel AKIN<sup>3</sup>

### ÖZET

Çalışmamız huzurevinde yaşayan yaşlılarda üriner inkontinans şikâyeti, tanılanmış ve tanı konulmamış popülasyonu belirlemek ve bağımlılık düzeyi ile ilgili olarak, kişilerin mobilite durumları ve yürüyüş yardımcısı kullanımı ile ilişkisinin olup olmadığını belirlemek amacı ile planlandı.

Çalışmamıza Kayseri Büyükşehir Belediyesi Hacı Rukiye Gazioğlu Huzurevi'nde yaşayan kognitif, nörolojik ve ortopedik problemleri olmayan, 60 ve üzeri yaşta olan toplam 110 kişi dâhil edildi. Çalışmada, kişilerin demografik bilgileri, idrar kaçırma problemi ile ilgili bilgileri, yardımcı cihaz kullanımı bilgileri kaydedildi. Mobilite durumlarını değerlendirmek amacı ile zamanlı kalk ve yürü testi uygulandı.

Çalışma grubumuzu oluşturan 110 yaşlının 61'i (%55,5) erkek, 49'u (%44,5) kadındı. Erkeklerin %32,7'sinde, kadınların %36,7'sinde idrar kaçırma şikâyeti saptandı. İdrar kaçırma şikâyeti olan 38 kişinin 13'ünün daha önceden idrar inkontinansı tanısının bulunduğu tesbit edildi. İdrar kaçırma şikâyeti olan ve olmayan grup karşılaştırıldığında, yürüyüş yardımcısı kullanımı ve zamanlı kalk ve yürü testi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Elde ettiğimiz sonuçlarla idrar kaçırma şikâyetinin tanılanma oranlarının artırılması ve ilerde çalışmalarla bu problemin düşük maliyetli çözüm yollarının ortaya konulması gerektiğinin önemli olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Üriner İnkontinans; Yaşlı; Doktor Başvurusu; Mobilite.

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr. Naci Yazgan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

<sup>2</sup>Prof. Dr. Naci Yazgan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

<sup>3</sup>Yrd. Doç. Dr. Erciyes Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı

**İletişim / Corresponding Author:** Feyzan CANKURTARAN

**Tel:** 0 352 3240002 **e-posta:** fcankurtaran637@gmail.com

**Geliş Tarihi/ Received:** 24.11.2014

**Kabul Tarihi/ Received:** 23.07.2015

## **URINARY INCONTINENCE PROBLEM IN ELDERLY PEOPLE LIVING IN REST HOME AND IT'S RELATIONSHIP WITH MOBILITY**

### **ABSTRACT**

This study was planned to determine the population of patients with urinary incontinence complaints diagnosed or undiagnosed in nursing homes whether it's related with people's mobility and use of walking assistant.

In this study, 110 people who are 60 and over and don't have cognitive, neurological and orthopaedic complaints living in Hacı Rukiye Gazioğlu Nursing Home in Kayseri Metropolitan Municipality were included. In the study, demographic data of the people, data related to incontinence problems and the use of assistive devices were recorded. Timed walk test was applied in order to evaluate their mobility.

The group of people included in the study consists of 61(%55,5) males and 49 (%44,5) females. %32,7 of males and %36,7 of females were found to have urinary incontinence complaints. 13 of 38 people with urinary incontinence problem were detected to have diagnosis of urinary incontinence previously. When the groups with and without urinary incontinence complaints were compared, no significant difference was found statistically in terms of the use of assistive devices and timed walk test ( $p>0,05$ ). The results obtained by the study will help to increase the diagnosis ratios of urinary incontinence complaints and to find ways for the solution of this problem with low costs in the future.

**Key Words:** Urinary Incontinence, The Elderly, Health-care application, Mobility.

## GİRİŞ

Yaşlanma veya yaşlılık, insan vücudunda morfolojik, fizyolojik ve patolojik olumsuz değişikliklerin ilerleyerek meydana geldiği ve sonucunda çeşitli hastalıklarla birleşebildiği, kişinin fiziksel ve psikososyal durumunu etkileyen komplike bir olaylar dizisidir (1,2). Yaşlanma ile insan vücudunda meydana gelen fiziksel bozulmalar kişilerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek bir takım sorunları da tetikleyebilmektedir. Bu sorunlardan biri de yaşlılarda sık görülen sadece kişiyi etkilemeyip, toplumsal açıdan da birçok sorunu beraberinde getiren idrar kaçırma problemidir (3). Yaşlılarda idrar kaçırma problemi, depresyon, yürüme fonksiyonunda bozulmalar, düşme, sosyal izolasyona neden olabilir ve bir kısır döngü içinde yaşlıyı daha bağımlı hale getirebilir (4,5).

Uluslararası İnkontinans Derneğine göre üriner inkontinans, herhangi bir şekilde istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanır (6). Yaşlanmanın bir parçası olarak kabul edilmemekle birlikte yaşlılarda daha yüksek prevalans gösterir (5). Toplum içinde yaşayan yaşlıları % 8-34 oranında etkilerken, huzurevinde kalanlarda bu oran %70'lere çıkmaktadır (6). Özellikle kadınlar bu problemi doğumun ya da ilerleyen yaşın olağan bir sonucu olarak görüp tedavi için doktora başvurmamaktadır veya söylemeye utanmaktadır. Kadınların doktora başvurana kadar 5 ile 9 yıl aralığında zaman geçirdikleri tespit edilmiştir (3-6).

Üriner inkontinans tek bir hastalık değil, altta yatan bir hastalığın belirtisidir. Önemli bir klinik sorun, önemli bir bağımlılık ve düşkünlük nedenidir. Üriner inkontinansın kadın sağlığı ve ülke ekonomisi üzerinde birçok olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte, sosyal, emosyonel ve psikolojik etkiler meydana getirmektedir (3,7).

Yaşlıların en büyük sorunlarından biri olan mobilite problemleri de onların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve beraberinde sorunlar getirmektedir. Özellikle düşmenin etiyojisinde mobilite problemleri önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlılarda düşme etiyojisinde rol oynayan faktörlerden biriside üriner inkontinans olarak bildirilmiştir (3,8,9).

Literatür incelendiğine huzurevinde kalan yaşlılarda üriner inkontinansı belirleyen ve her iki cinsiyette araştıran çalışma ülkemizde yetersizdir. Bu konuda kişilerin bu şikâyetlerinin ifade edilmemesi ve tanımlanmamasının büyük önem taşıdığını, tanı ile birlikte bu sağlık problemine yönelik çözümlerin artacağına inanmaktayız. Çalışmamız bu düşüncelerden yola çıkarak huzurevinde yaşayan yaşlılarda üriner inkontinans şikâyeti,

tanılanmış ve tanı konulmamış popülasyonu belirlemek ve ayrıca huzurevlerinde daha sık karşılaşılan bu durumun bağımlılık düzeyi ile ilgili olarak, kişilerin mobilite durumları ve yürüyüş yardımcısı kullanımı ile ilişkisinin olup olmadığını belirlemek amacı ile planlandı.

## **MATERYAL ve METOT**

Çalışmamıza Kayseri Büyükşehir Belediyesi Hacı Rukiye Gazioğlu Huzurevi'nde yaşayan kognitif, nörolojik ve ortopedik problemleri olmayan, 60 ve üzeri yaşta olan toplam 110 kişi dâhil edildi. Çalışmada, yüz yüze görüşme yöntemi ile kişilerin demografik bilgileri, idrar kaçırma problemi ile ilgili bilgileri, yardımcı cihaz kullanımı bilgileri kaydedildi.

Mobilite durumlarını değerlendirmek amacı ile zamanlı kalk ve yürü testi uygulandı. Bu testte, kişi standart sandalyede (43cm yüksekliğinde) sırtı dayalı otururken kalkması 3m'lik mesafeyi yürüyüp geri gelip tekrar sandalyeye oturması istendi. Süre saniye olarak kaydedildi (10,11).

Çalışma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı ve hastalar tek tek çalışma için bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı.

### **İstatistiksel Analiz**

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 17.00 paket programından yararlanılarak, tanımlayıcı veriler için aritmetik ortalama, standart sapma gösterimi kullanılmış, verilerin tüm dağılımını göstermek amaçlı ise yüzdelik hesaplaması yapılmıştır. idrar kaçırma problemi ile yardımcı cihaz kullanımı arasındaki ilişkiyi belirlemek için ki-kare analizi, mobilite ile ilişkisini belirlemek amacı ile Mann-Whitney U-testi kullanıldı. p değerinin 0.05'ten küçük olduğu değerler anlamlı olarak kabul edildi.

## **BULGULAR**

Çalışma grubumuzu oluşturan 110 yaşlının 61'i (%55,5) erkek, 49'u (%44,5) kadındı. Erkeklerin %32,7'sinde, kadınların %36,7'sinde idrar kaçırma şikayeti saptandı. Grubun genel yaş ortalaması 76.72±8.41(min:60; max:98) yıl olup, bu değer idrar kaçırma şikâyeti yaşayanlarda 76.18±8.37 (min:64; max:91) yıl, problem yaşamayanlarda 77.01±8.47 (min:60; max:98) yıl olarak saptandı. Yaşlıların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Gruptaki idrar kaçırma şikâyeti ve üriner inkontinans tanılanma oranları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Olguların idrar kaçırma şikayetleri ile günlük alınan sıvı miktarı, gece ve gündüz idrara çıkma sayısı ve mobilite fonksiyonu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).Huzurevi sakinlerinin 65'i (%58,1) yardımcı cihaz kullanıyordu ve idrar kaçırma problemi olanlarda bu oran %55,5 olarak bulundu. Kişilerin idrar kaçırma problemleri ile yürüyüş yardımcısı kullanımı dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir. İdrar kaçırma problemi olanlarla olmayanlar arasında yürüyüş yardımcısı kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 1.** Huzurevinde Kalan Yaşlıların Demografik Özellikleri

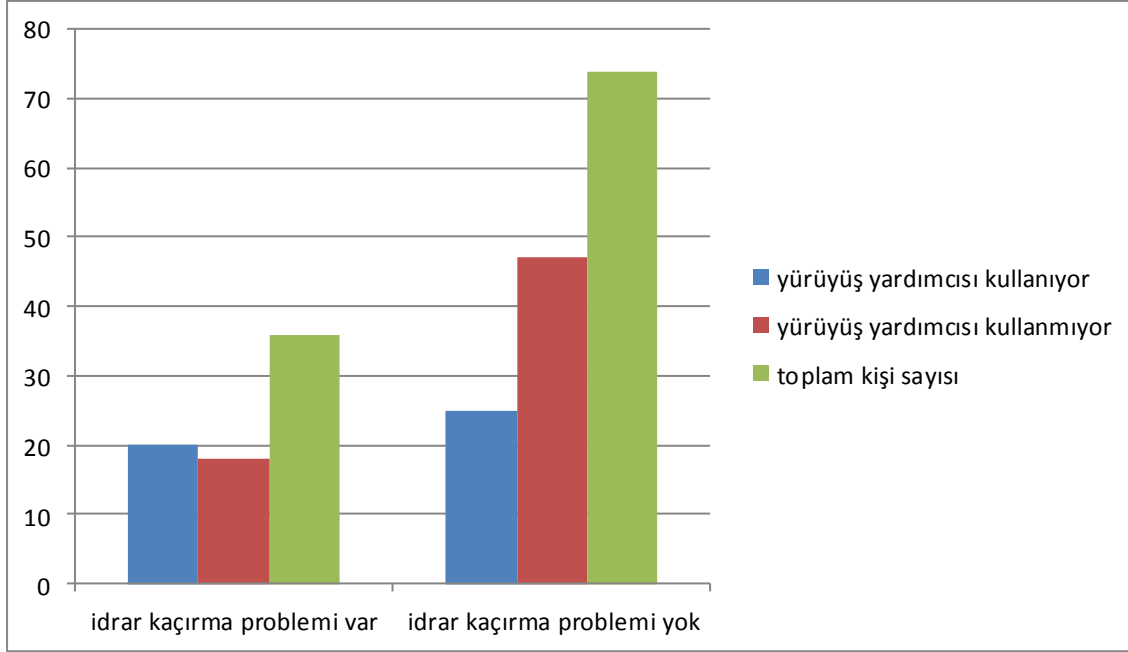
	İdrar kaçırma problemi	
	Yok	Var
Yaş (yıl)	77.01±8.47 (min:60; max:98)	76.18±8.37 (min:64; max:91)
BMI (Beden Kitle İndeksi) (kg/m <sup>2</sup> )	27.30±4.70 (min:16.49-max:38.29)	27.63±6.32 (min:16.80-max:40.32)
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okuryazar değil	32 (% 44,4)	21 (%55,3)
Okuryazar	13 (%18)	5 (%13,2)
İlkokul mezunu	18 (% 25)	9 (%23,7)
Ortaokul ve üzeri mezunu	9 (%12,6)	3 (7,8)
<b>Medeni durum</b>		
Evli	7 (%9,7)	2 (%5,3)
Bekâr/Dul	65 (%90,3)	36 (%94,7)

**Tablo 2.** İdrar Kaçırma Problemi Tanılanma Oranları

	Var	%
İdrar kaçırma problemi olanlar	38	34,5
İdrar kaçırma problemi olmayanlar	72	65,5
<b>Toplam</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
Üriner inkontinans tanısı olanlar	13	34,2
Üriner inkontinans tanısı olmayanlar	25	65,8
<b>Toplam (İdrar kaçırma problemi olanlar)</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Tablo 3.** Olguların İdrar Kaçırma Problemlerine Göre, Günlük Alınan Sıvı Miktarı, Gece Ve Gündüz İdrara Çıkma Sayısı, Zamanlı Kalk-Yürü Testi Sonuçları.

	İdrar kaçırma problemi yok	İdrar kaçırma problemi var	p
	x±sd	x±sd	
Günlük alınan sıvı miktarı (bardak)	10,00±4,50	8,00±3,47	0,09
Gündüz idrara çıkma sayısı	3,00±0,99	4,00±1,59	0,09
Gece idrara çıkma sayısı	2,00±1,10	2,00±2,28	0,74
Zamanlı kalk ve yürü testi (saniye)	16.60±7,61	15,40±24,1	0,46

**Grafik 1.** Kişilerin idrar kaçırma problemleri ile yürüyüş yardımcısı kullanımı dağılımı.

## TARTIŞMA

İdrar kaçırma problemi kişileri fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden iyiliğini etkileyebilen önemli bir semptomdur. Kişilerin her açıdan kontrol altında oldukları huzurevlerinde bile bu sağlık sorununun tanılanmama oranlarının oldukça fazla olduğunu çalışmamızda göstermiştir. Tanımlamadaki güçlüklerden dolayı da günümüze kadar yapılan prevelans çalışmalarından elde edilen sonuçlar birbirinden oldukça farklıdır. Üriner inkontinans konusunda Kanada, Almanya, İtalya, İsveç ve İngiltere'yi kapsayan bir çalışmada



18 yaş ve üzeri toplam 19.165 kişide idrar kaçırma problemi kadınlarda %6,3; erkeklerde %3,1 olarak bulunmuştur. Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Üriner inkontinans'ın kadın/ erkek görülme oranı 60 yaş altında 4/1, 60 yaş ve üzeri için 2/1 olduğu belirtilmektedir (12). Türkiye'de 65 yaş üstü yaşlılarda yapılan bir çalışmada, erkeklerde üriner inkontinans görülme oranı %21,3 olarak bildirilmiş, kadınlarda ise %57,1 bulunmuştur (3). 111 yaşlının dâhil edildiği bir çalışmada üriner inkontinans görülme sıklığı %45 olarak bulunmuştur. Üriner inkontinans görülen yaşlıların %66'sı kadındı (13). Bizim çalışmamızda 38 (%34,5) kişide idrar kaçırma problemi bulunmuştur ve bunların 18'i (% 47,4) kadın, 20'si (%52,6) erkektir. Literatür ile karşılaştırıldığında idrar kaçırma sıklığı yönünden bizim çalışmamızda erkekler ve kadınlarda birbirine yakın oranlar görülmüştür.

Üriner inkontinans yaşlı popülasyonda sık olarak görülen, ancak genellikle sorulmadıkça dile getirilmeyen bir problemdir. Bilgili ve ark (14) yaptıkları çalışmada kadınların sadece %41,4'ünün üriner inkontinans nedeniyle doktora gittiklerini tespit etmişlerdir. Öztürk ve ark 201 kadını taradıkları çalışmalarında 86 kişide üriner inkontinans semptomları saptamışlar ancak bunların 62 tanesinin bu şikâyetle hiç doktora başvurmadığını görmüşlerdir. Doktora başvurmama nedenleri sorgulandığında 13 kişi "utanma", 40 kişi "önemsememe" ve 9 kişi diğer sebepler olarak cevaplamışlardır (15). Bizim çalışmamızda da bu sonuçları desteklemektedir. Değerlendirdiğimiz 110 kişiden 38'inde idrar kaçırma problemi saptamamıza rağmen bunların 13'ünün üriner inkontinans tanısının olması genelde yaşlılar tarafından dile getirilmeyen bir sağlık sorunu olduğunu desteklemektedir. Bize göre bunun nedeni problemin yaşlılığın doğal bir sonucu gibi görülmesi veya kişinin içinde bulunduğu toplumdaki tabulardan kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz.

Fritel ve ark yaptıkları çalışmalarında üriner inkontinans şiddeti ile denge ve mobilite fonksiyonlarının ilişkisini değerlendirdikleri çalışmalarına 1942 kadını dâhil etmişler ve mobiliteyi değerlendirdikleri süreli kalk yürü testi ile üriner inkontinans şiddeti istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmuşlardır (16). Silva ve ark 100 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmalarında mobiliteyi fonksiyonel bağımsızlık ölçeği ile değerlendirmişler ve üriner inkontinansı olan ve olmayan kişilerde mobilite yönünden anlamlı fark bulmuşlardır (17). Biz de huzurevi popülasyonunda mobiliteyi değerlendirmek için süreli kalk ve yürü testini kullandık, ancak mobilite ile idrar kaçırma problemi arasında anlamlı bir ilişki saptamadık.

Bu açıdan çalışma sonuçlarıyla, popülasyonunun genişletilmesinin önemli olacağını ve mobilite yanında denge ve düşme değerlendirmesinin ileriki çalışmalarda üriner inkontinansla ilişkisinin irdelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Literatür incelendiğinde üriner inkontinansın direkt yardımcı cihaz kullanımı ile ilişkisini gösteren çalışmaya rastlanmamıştır. Sadece Leung ve ark yaptıkları çalışmada yaşlılarda üriner inkontinansı olmayan 89 kişinin %87,6'sının yardımcı cihaz kullandıklarını, üriner inkontinansı olan 50 kişinin ise sadece %12'sinin yürüyüş yardımcısı kullandığını tespit etmişlerdir (18). Bizim çalışmamızda, idrar kaçırmaya problemi olanların 19'unun (%50) yardımcı cihaz kullandığını, idrar kaçırmaya problemi olmayanların 17'sinin (%22) yardımcı cihaz kullandığını saptadık.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sonuç olarak idrar kaçırmaya problemi her iki cinsiyette de görülebilen ve genelde hastalar tarafından önemsenmeyen ve gözden kaçan bir sağlık sorunudur. Böylelikle tedavi seçenekleri oldukça fazla olan bu duruma yeterince müdahale edilmemekte ve özellikle ülkemizde az sayıda yayın bulunmaktadır.

Özellikle yaşlı kişilerde düşmeyi belirgin olarak arttıran risk faktörleri arasında üriner inkontinans, yardımcı cihaz kullanımı ve yürüme problemleri de yer almaktadır. Bizim çalışmamızda idrar kaçırmaya problemi ile yürüme fonksiyonu ve yardımcı cihaz kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durumu ev ortamına göre huzurevi ortamlarının yaşlılar için mimari açıdan daha güvenli olduğu sonucuyla bağdaştırabiliriz. Bu açıdan değerlendirme popülasyonunun artırılması ve ileriki çalışmalarda verilerin ev ortamındaki yaşlıların verileriyle karşılaştırılmasının önemli olacağını düşünmekteyiz.

Ayrıca çalışmamızın sonuç verilerine göre tanıları uzman hekim tarafından kesinleştirilen kişilere uygun fizyoterapi uygulamalarıyla belirlenen sorunların önüne geçilmesi için çalışmaların sürdürülecektir.

## **KAYNAKLAR**

1. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 12(3): 177-183.

2. Şahin EM, Yalçın BM. Huzurevinde Veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sikliklerinin Karşılaştırılması, 2003; 6(1): 10-13.
3. Ateşkan Ü, Mas AR, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sikliği, Muhtemel Klinik Tipleri Ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. Geriatri, 2000; 3(2): 45-50.
4. Kim H, Yoshida H, Suzuki T. The Effect Of Multidimensional Exercise On Functional Decline, Urinary Incontinence, And Fear Of Falling In Community-Dwelling Elderly Women With Multiple Symptoms Of Geriatric Syndrome: A Randomized Controlled And 6-Month Follow-Up Trial. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2011; 52: 99-105.
5. Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus T, Becker C. Risk Indicators For In Institutionalized Frail Elderly. Am J Epidemiol. 2003; 158: 645-53.
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The Standardization Of Terminology Of Lower Urinary Tract Function: Report From The Standardization Sub-committee of The International Continence Society. Neurorol Urodyn 2002; 21: 167-178.
7. Yavuz BB. Üriner İnkontinans. İç Hastalıkları Dergisi, 2008; 15(2): 65-73.
8. Tong Y. Diagnosis And Treatment Of Geriatric Urinary Incontinence. 2009; 3(3): 69-72.
9. Gemalmaz A, Dişçigil G, Başak O. Huzurevi Sakinlerinin Yürüme Ve Denge Durumlarının Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatric, 2004;7(1):41-44.
10. Yavuz BB. Geriatrik Değerlendirme ve Testler. İç Hastalıkları Dergisi, 2007; 14:1-8.
11. Özalp H, Alğun C. Mahkum Ve Mahkum Olmayan 60 Yaş Üzeri Erkeklerde Denge Ve Fiziksel Performansın Karşılaştırılması. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2013; 24(1): 47-53.
12. Irwin ED et al. Population-Based Survey Of Urinary Incontinence, Overactive Bladder And Other Lower Tract Symptoms In Five Countries: Results Of The EPIC Study. European urology 2006; 50: 1306-15.
13. Ergün A, Toptaner N, Bıçakçı T, Baran S, Akkaya G, Ekim N ve ark. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi (Sf-36) Üzerine Üriner İnkontinansın Etkisi. 2011; 3: 159-67.
14. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sikliği Ve Etkileyen Risk Faktörleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008; 28: 487-493.

15. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sikliği Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2012; 46(4): 170-6.
16. Fritel X, Lachal L, Cassou B, Fauconnier A, Dargent-Molina P. Mobility Impairment Is Associated With Urge But Not Stress Urinary İncontinence In Community-Dwelling Older Women: Results From The Ossebo Study. 2013; 120: 1566-74.
17. Silva VA, D'Elboux MJ. Factors Associated With Urinary İncontinence In Elderly Individuals Who Meet Frailty Criteria. 2012; 21(2): 338-47.
18. Leug KS, Ng MF, Pang FC, Au SY. Urinary İncontinence: An Ignored Problem In Elderly Patients. 1997; 3(1): 27-33.

## MORBİD OBEZLERDE BARIYATRİK CERRAHİ SONRASI ERKEN DÖNEM HEMŞİRELİK BAKIMI

Dilek AYGİN<sup>1</sup>, Hande AÇIL<sup>2</sup>

### ÖZET

Obezite, dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artan bir sağlık sorunudur. Obezite sağlığı bozacak şekilde vücutta aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Morbid obezite cerrahisi (bariyatrik cerrahi) komorbid hastalıkların iyileşmesinde ve obeziteye bağlı yeni sorunların gelişmesini önlemede etkili tedavi yöntemidir. Bariyatrik cerrahide hastalara oksijen ve hemodinamik monitarizasyon, ağrı yönetimi, mobilizasyon, yara bakımı, beslenme, eğitim ve emosyonel destek gibi rutin postoperatif bakım yapılır. Erken dönem komplikasyonlar ilk 30 gün içerisinde görülmektedir. Bu komplikasyonların önlenmesinde, komplikasyon geliştiğinde uygun tedavi ve bakım yapılmasında hemşirenin ekip içindeki rolü çok büyüktür.

**Anahtar Kelimeler:** Bariyatrik Cerrahi; Hemşirelik Bakımı; Morbid Obezite

## EARLY STAGE NURSING CARE IN MORBID OBESITY AFTER BARIATRIC SURGERY

### ABSTRACT

Obesity is an increasing health problem in Turkey as in other countries in the world. Obesity is described as steatopygia in body that will deteriorate the health. Morbid obesity surgery (bariatric surgery) is an effective treatment method in recovery of co-morbid diseases and to prevent the formation of new problems associated with obesity. In bariatric surgery, a routine postoperative care such as oxygen and hemodynamic monitarization, pain management, mobilization, wound care, nutrition, education and emotinal support is carried out for the patients. Early stage complications are seen within the first 30 days. The role of the nurse within the team has a significant impact in prevention of these complications or adiministration of appropraite treatment and care in the event of development of complication.

**Key Words:** Bariatric Surgery; Nursing Care; Morbid Obesity

\*Bu çalışma, 27 – 30 Nisan 2011 tarihlerinde İstanbul’da yapılan 10. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hast. Hemş. AbD.

<sup>1</sup> Arş. Gör. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hast. Hemş. AbD.

**İletişim/ Corresponding Author:** Hande AÇIL

**Tel:** (264) 295 66 14 **e-posta:** hande@sakarya.edu.tr

**Geliş Tarihi/ Received:** 07.04.2014

**Kabul Tarihi/ Accepted:** 05.07.2015

## GİRİŞ

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada 400 milyonun üzerinde obez ve yaklaşık 1.6 milyardan fazla kilolu birey bulunmaktadır. Bu rakamın 2015 yılında obez bireylerde 700 milyona, fazla kilolu bireylerde ise 2.3 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (1,2).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması 2010)'nın saha araştırması sonuçlarına göre Türkiye'de obezite sıklığı %32 bulunmuştur. Erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Genel olarak erişkin yaşlardaki Türk toplumunun 2/3'ü kilolu veya obezdir. Sonuç olarak 1998'de yapılan TURDEP-I'e göre, TURDEP-II çalışmasında obezitenin %44 oranında arttığı bildirilmiştir (3).

Obezite, DSÖ tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20'sini, kadınlarda ise %25-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması durumunda obeziteden söz edilmektedir. Karın (abdominal) yağ miktarını yansıtan basit yöntemlerden bir tanesi ve en çok kullanılanı bel çevresi/kalça çevresi oranıdır. DSÖ'ye göre bel çevresinin kalça çevresine oranı kadınlarda 0.85'den ve erkeklerde 1'den fazla ise erkek tipi obezite olarak kabul edilmektedir (2). Ayrıca karın bölgesindeki yağlanmayı gösteren; bel çevresi, bel-kalça ve bel-boy oranının kardiyovasküler risk tahmininde Beden Kitle İndeksine (BKI) oranla daha etkili olduğu belirtilmektedir (4). Morbid obezite; BKI'nin 40'ın üzerinde veya BKI 35 olup obeziteye eşlik eden hastalık bulunması olarak tanımlanmaktadır (5,6).

Bariyatrik cerrahi ameliyatları üç grupta toplanabilmektedir. Bunlar; restriktif (kısıtlayıcı) ameliyatlar, malabsorbsiyon yapan (emilimi bozan) ameliyatlar ve hem kısıtlayıcı hem de emilimi bozan ameliyatlardır (7-9). Bariyatrik cerrahide yaygın bir şekilde; kısıtlayıcı olarak vertikal bant gastroplastisi, ayarlanabilir gastrik bantlama ameliyatları; emilimi bozan Biliyopankreatik Diversiyon (BPD)/Duodenal Switch (DS) ameliyatları; hem kısıtlayıcı hem de emilimi bozan Roux-en-Y gastrik bypass ameliyatları yapılmaktadır (8,9).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı (U.S. Department of Health and Human Services), ABD Milli Sağlık Enstitüleri (NIH, National Institutes of Health) Klinik Rehberi bariyatrik cerrahinin kabul edilebilir derecede risk

taşıdığını ve hastaların bazı kriterlere sahip olması durumunda bariyatrik cerrahi uygulanabileceğini belirtmektedirler. Bu kriterlere göre;

- BKI>40 tan büyük olması veya 35'ten büyük olup komorbid (kardiyovasküler hastalıklar, uyku apnesi, kontrolsüz tip 2 diyabet ve günlük aktivitelerin performansını etkileyen fiziksel problemler) hastalık olması,
- Medikal tedavinin başarısız olması,
- Kontrolsüz psikotik hastalığının ve depresif bozukluk olmaması,
- Alkol ve madde bağımlılığının olmaması gerekmektedir (10).

Bariyatrik cerrahi uygulanacak adayın cerrahi için yüksek motivasyona sahip olması, işlemler ve sonuçları hakkında bilgi sahibi olması, destekleyici bir aile ve sosyal çevreye sahip olması önemlidir (10).

Bu derlemede, bariyatrik cerrahi sonrası özellikle erken dönemde gelişebilen komplikasyonların ve hemşirelik bakımının ele alınması amaçlandı.

## **I. BARIYATRİK CERRAHİ SONRASI ERKEN DÖNEM HEMŞİRELİK BAKIMI**

Bariyatrik cerrahi geçiren hastaların hemşirelik bakımında; yakın gözlem, dikkatli ve tam değerlendirme önemli bir yer tutmaktadır. Bariyatrik cerrahide; etkin hava yolu yönetimi, hemodinamik monitörizasyon, ağrı yönetimi, immobilizasyonun önlenmesi için erken ve sık ambulasyon, yara ve dren bakımı, derin ven trombozu profilaksisi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması ve sürdürülmesi, enteral ve/veya beslenmenin sağlanması, hasta/ailesinin eğitimi ve emosyonel destek sağlanması gibi ameliyat sonrası rutin hemşirelik bakımı yer almaktadır (7,10).

İyileşme döneminde rutin olarak hastaların yaşam bulguları izlenmeli, komplikasyonlar açısından değerlendirilmeli, cilt ve yara bakımı sağlanmalıdır. Hastanın tüp ve kateterleri her 2 saatte bir değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi öğretilen solunum ve bacak egzersizlerini yapması için hasta desteklenmelidir. Abdominal yağlı dokunun diyafram üzerine baskı yapan ağırlığı azaltılarak, solunuma yardımcı olması için yatağın başı 30 derece yükseltilmelidir (11).

### **A. Ağrı Yönetimi**

Ağrı yönetimi etkili bir şekilde yapıldığında, hastanın hareketliliğinin artacağı ameliyat sonrası pulmoner problemlerin azalacağı bilinmektedir. Dolayısıyla, ağrısı azalan hastalar her saat başı spirometreyi istekli bir şekilde kullanabilir, derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapabilirler. İlk 24-48 saat içinde hasta kontrollü analjezi sıklıkla ağrı kontrolü sağlamak için kullanılmaktadır (10). Ağrı seviyesi, standart sayısal ağrı skalası kullanılarak düzenli bir şekilde değerlendirilmeli ve ağrının kontrol altına alındığından emin olunmalıdır. Hareketsizlik ile ilgili komplikasyon riskini azaltmak için, hasta erken ambulasyon yönünden cesaretlendirilmelidir. Ağrı kontrolü ile hastalar ameliyattan sonraki ilk 8 saat içinde yatak içinde yardım almadan dönebilir, sandalyeye geçebilir ve yürüyebilirler (11).

### **B. Enfeksiyonun Kontrolü**

Bariyatrik cerrahi sonrası hasta hareket edene kadar üriner kateteri çıkarılmamalıdır. Hemşire hastayı, kateterizasyona bağlı üriner enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden sık aralarla izlemeli ve hastaya idrar yolu enfeksiyonu belirti ve bulgularını öğretmelidir (12,13).

Aşırı şişman hastalarda anatomik olarak damarların belli olmaması ve doku derinliğinin değişmesi gibi nedenlerle periferik damar yolu açmak oldukça güç olmakta ve bu hastalara santral venöz kateter takılması gerekmektedir (14). Obez hastaların insizyon bölgesi enfeksiyon, dehiscence (ayrılma) ve evisserasyon belirti bulguları yönünden gözlenmeli, varsa drenlerinin takibi yapılmalıdır. Ayrıca cilt katlantı yerlerinde neme bağlı olarak irritasyon, iltihap ve mantar enfeksiyonları da gelişebileceğinden bu bölgelerde nemi yok etmeye yönelik önlemler alınmalıdır (15).

### **C. Beslenme**

Postoperatif diyetle, anastomotik sızıntıdan kaçınmak amacıyla üst gastrointestinal kontroller (yutkunma testi) yapılncaya kadar ağızdan hiçbir şey verilmez. Bu test çoğunlukla ameliyattan sonraki gün yapılır. Hastalara genellikle günde 6-10 kez 30 ml'lik sıvılar verilerek başlanır ve protein içeren sıvı diyetle devam edilir (5). Bağırsak sesleri alınmaya başladıktan sonra hasta yemek yiyebilir. Hastaya günlük toplam 600-800 kalori, altı küçük öğün şeklinde verilmeli ve dehidratasyonu önlemek için sıvı alımı desteklenmelidir. Hastanın diyeti berrak sıvılardan düzenli beslenmeye doğru devam etmelidir (11).



## II. BARIYATRİK CERRAHİ SONRASI ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLAR

Bariyatrik cerrahi ameliyatları ile ilgili komplikasyonlar erken dönem komplikasyonlar ve geç dönem komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılır (10). Erken dönem komplikasyonlar ameliyat sonrası ilk 30 gün içinde görülmektedir (5,16).

### A. Anastomoz Kaçağı

Anastomoz kaçağı; obezite ameliyatından sonra karşılaşılan en ciddi komplikasyondur ve sıklıkla gastrojejunal anastomozlarda görülmekle birlikte görülme sıklığı % 2-5'dir (5,17). Erken ameliyat sonrası dönemde (1-4 hafta), gastrojejunal, gastroduodenal veya jejunojunal anastomoz, Roux-en-Y gastrik bypass cerrahisi gibi malabsorbtif işlemler uygulanan hastalarda da gelişebilir (18). Klinik belirtileri kolay göze çarpmadığından teşhisi zordur. Anastomoz kaçağı olan hastalar; giderek artan sırt veya sol omuz ağrısı, karın ağrısı, pelvik ağrı ve substernal baskı hissedebilirler (5). Bunlara ek olarak hıçkırık, huzursuzluk, dispne, açıklanamayan taşikardi, yüksek ateş, kasılmalar ve hipotansiyon gibi belirtileri de vardır (7,19).

Açıklanamayan taşikardi, önemli sorunlardan birisidir (kalp atım hızı, ameliyattan sonraki ilk 12 saatte minimum olarak dakikada 120'den fazladır); bu bulgular anastomoz kaçağı, peritonit ya da mide dilatasyonunun göstergesi olabilmektedir (5). Diğer bir belirti ise idrar miktarında azalma (oligüri, anüri) ile plazmada üre ve nitrojendeki artıştır. Anastomoz kaçağı fark edilmezse; anüri, çoklu organ yetmezliği, septisemi ve hatta ölümle bile sonuçlanabilmektedir (20).

Hemşire, hastanın karnında belirgin biçimde sertlik, hemoglobinde düşme, potasyum yüksekliği, insizyonel olmayan karın ağrısı saptarsa veya laboratuvar sonuçları metabolik asidozu gösteriyorsa; anastomoz kaçağı, abdominal kompartman sendromu, iç kanama veya sepsisten şüphelenmeli ve hekime bildirmelidir (7,11,12). Kan basıncı ve nabzın sık izlenmesi, ameliyat sonrası erken dönemde önem taşımaktadır. Hemşirenin kan basıncı ve nabızda meydana gelen değişikliklere karşı uyanık olması, anastomoz kaçağı ve hemoraji gibi komplikasyonların erken fark edilmesine ve gerekli önlemlerin alınmasına olanak sağlayacaktır. Çünkü kalp hızında artış anastomoz kaçağı ve hemorajinin en önemli işaretlerinden biridir (12).

## **B. Yara Enfeksiyonu**

Yara enfeksiyonu/sepsis ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlardan en sık rastlanandır. Adipoz dokuda kan akışının zayıf olması, aşırı nemlenme, yaranın etrafında bakteri birikimi gibi olumsuz faktörler insizyon bölgesinde enfeksiyona ve yaranın açılmasına yol açmaktadır (5).

Yara enfeksiyonları; laparoskopiye oranla açık ameliyatlarda daha yaygındır ve hastaların %20'den fazlasında meydana görülebilmektedir. Anamnez alarak ve dikkatli bir fiziksel muayene yaparak ateş, ağrı, kızarıklık gibi cerrahi alan enfeksiyonunun belirtileri daha erken tespit edilebilir. Yara enfeksiyonu; obez hastalarda cerrahi müdahaleden sonraki üç hafta içinde meydana gelebilir. Erken meydana gelen enfeksiyonlar aynı zamanda büyük oranda insizyonel herni riski de taşımaktadır (19). Yara enfeksiyonu tedavisinde en önemli unsurlar; düzenli bakım, drenajın sağlanması ve geniş spektrumlu antibiyotiklerin uygulanmasıdır (20).

## **C. Hareketsizliğe Bağlı Gelişebilecek Komplikasyonlar**

Morbid obez olan hastalar diğer insanlara göre; hareketsizlik ile ilgili komplikasyonlar açısından daha büyük risk taşımaktadırlar. Ameliyat sonrası hareketsizlik; Derin Ven Trombozu (DVT), Pulmoner Emboli (PE), solunum yetmezliği ve deri bütünlüğünde bozulmalara yol açabilmektedir (5). Hastanın ameliyat sonrası 2-24 saat içinde ambulasyonu sağlanmalıdır. Yatak dışında hareketler günde üç kez, tolere edebildiği kadar artırılmalı ve yürüyüş yardımcı aletler kullanılmalıdır (12).

Obez hastada, obezite dışındaki hastalıkların ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi, gerekli müdahalelerin yapılması ve takip edilmesi gereklidir. Obezite ile ilişkili solunum fonksiyonu değişiklikleri nedeniyle, obez hastalarda fonksiyonel rezidüel kapasite azalmıştır. Parametrelerdeki küçük değişikliklerin zamanında fark edilmesiyle çok az rezerv kapasiteye sahip olan bu hastalarda respiratuar distress ve diğer pulmoner komplikasyonlar en aza indirilebilecektir (10). Anestezik ve narkotik ilaçların yönetimi sırasında solunum depresyonu gelişebileceği akıldan çıkarılmamalı (5,10), ameliyat sonrası ilk 24-48 saat kan gazları, oksijen saturasyonu ve kardiyak monitörizasyon dikkatli bir şekilde sürdürülmelidir (10).

Obstrüktif uyku apnesi ve hipoventilasyon sendromu da obez hastalarda ameliyat sonrası dönemde görülen yaygın sorunlardandır. Fazla kilo sebebiyle akciğer ve göğüs duvarı genişlemesinde azalma kanda karbondioksitin birikmesi ( $\text{PaCO}_2 > 45$  mmHg) ile

sonuçlanmaktadır. Hastalar sıklıkla uykulu ya da uykuya dalma eğilimindedir ve apne periyodları görülmektedir. Buna bağlı olarak da hipoksi gelişebilmektedir. Anestezikler ve diğer intraoperatif ve postoperatif ilaçlar da bu durumu arttırabilmektedir (5).

Postoperatif dönemde özellikle ilk 24 saat içinde yaygın olarak görülen, ateş ve taşikardi ile birlikte seyreden atelettazinin tedavisinde; sürekli pozitif havayolu basıncı ve spirometri kullanımının önemli bir yeri bulunmaktadır (16).

PE, cerrahi mortalitenin en sık nedenlerinden biridir (10,18) ve görülme sıklığı %2'dir (10). Tüm hastalar uygulanan işlemler ne olursa olsun DVT ve PE açısından risk altındadır (18). DVT/PE için etkili profilaktik tedavi yapılması gerekmektedir. Bunun için, düşük molekül ağırlıklı heparin ameliyat öncesi ve sonrası taburcu olana kadar verilmesi, basınç aletlerinin ve antiembolik çorapların kullanılmasına ameliyat sonrası devam edilmelidir (12,18).

DVT belirti ve bulguları yakından izlenmelidir. Hasta hareket ettiğinde, basınç aletleri bırakılmalı veya sadece hasta yatakta olduğu zaman kullanılmalıdır. Pozitif Homan's bulgusu kontrol edilmeli, tek taraflı şişlik, kızarıklık, ağrı ve nabız hızında bir değişiklik DVT'nun tanımlanmasında gözden kaçırılmamalı, herhangi bir bulgu varlığında hemen hekim bilgilendirilmelidir. Antikoagülan tedaviye bağlı kanamaya eğilim olabileceğinden hasta kanama belirti ve bulguları açısından yakından takip edilmelidir (12).

#### **D. Dumping Sendromu**

Dumping sendromu, hastanede tedavi sürecinde veya taburcu edildikten sonra da meydana gelebilmekte ve genellikle mide bypassı (gastric bypass) veya BPD/DS olarak bilinen, karma obezite ameliyatı geçiren hastalarda gelişmektedir ve genellikle tüm hastalarda cerrahi sonrası en az 6 ay boyunca ortaya çıkabilmektedir (12). Restriktif uygulama yapılan hastaların yarısında kusma ve diyare görülmekle birlikte, hastalar bir süre sonra yeni anatomilerine uyum sağlayacaklarından, bu problemler kısa süreli olabilmektedir. Postprandiyal diyare (yemek sonrası diyare) daha çok dumping sendromu olarak görülmektedir (5).

Ameliyat sonrası genellikle en az 6 ay boyunca tüm hastalarda dumping sendromu, görülmektedir. Çünkü pilor sfinktere bypas uygulanır ve yiyecekler hızlıca ince bağırsağa geçiş yapar. Sonuç olarak, ince bağırsağa çok miktarda su çekilir ve bu su yiyeceklerin hızlı sindirim borusuna itilmesini sağlar. Peristaltizmdeki artış sonucunda; hastada taşikardi,

terleme, dirençsizlik veya baş dönmesi, diyare (ishal), mide bulantısı, bitkinlik ve abdominal kramp gibi sorunlar görülebilmektedir. Boşaltım sendromuna sebep olan ikinci bir etken ise fazla şekerli yiyeceklerin (örneğin kurabiye, pasta, şeker, diyet olmayan alkolsüz içecekler gibi) tüketilmesidir (12).

Dumping sendromu; ameliyat sonrası yaklaşık olarak 12-18 ay sonra etkisini yitirmektedir. BPD/DS hastaları, fazla miktarda ve kötü kokulu yağlı dışkılama (steatore), gaz çıkarma, kötü vücut kokusu ve gastrik dilatasyon (şişkinlik sendromu) gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Dumping sendromunu önlemek için uygulanması gereken diyet adımları; yapay ve doğal şeker düzeyi yüksek olan yiyeceklerden kaçınmak, sık ve küçük öğünler yemek, yavaş yemek içmek, yiyecekleri tam olarak çiğnemek, öğün aralarında ve yemekten önce sıvı içmek, yemek ile birlikte sıvı almamak ve yemeklerden 30 dakika sonra uzanır pozisyonda oturmaktır (5).

### **E. Rabdomiyoliz**

Rabdomiyoliz, nadir görülen bir olay olmasına rağmen, obezite cerrahisi için erken dönem komplikasyonu olarak kabul edilmektedir. Uzun süreli kas sıkışması ve iskemi sebebiyle iskelet kası nekrozu (çizgili kasın erimesi) oluşmaktadır (5,10). Ameliyat süresi, ameliyat esnasındaki hastanın pozisyonu ve obezite rabdomiyoliz risk faktörleri arasındadır. Kalça, sırt ve omuz bölgesinde meydana gelen uyuşukluk veya kas ağrısı rabdomiyoliz belirtilerindedir. Koyu renkli idrar varlığında miyoglobüriden şüphelenilmelidir. Ameliyattan 48-72 saat sonra kreatinin kinaz serum seviyesinin 5000 U/L'yi de aşan oranda artış göstermesi rabdomiyoliz belirtisidir. Erken teşhis, komplikasyonun oligürik akut böbrek yetmezliği gibi durumlara yol açmasını önleyebilir (5). Rabdomiyoliz ve buna bağlı komplikasyonların önlenmesi için; hastanın ameliyat sırası ve sonrası yatış pozisyonu, gluteal bölgeye ve diğer basınç alanlarına destek/yastık uygulanması, ameliyat süresinin mümkün olduğunca kısaltılması ve intravasküler volümün sürdürülmesi için uygun sıvıların verilmesi gibi tedavi ve bakım kriterlerine dikkat edilmelidir (5, 21).

Sonuç olarak; bariyatrik cerrahi sonrası erken dönem komplikasyonların önlenmesinde ve komplikasyon geliştiğinde uygun tedavi ve bakımın sağlanmasında hemşirenin ekip içindeki rolü çok büyüktür. Hemşire, gelişebilecek komplikasyonlara karşı dikkatli olmalı, perioperatif bakımda gerekli önlemleri almalı ve komplikasyonlar geliştiğinde de bütüncül bir yaklaşımla en uygun bakımı uygulamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Akbulut GÇ, Özmen MM, Besler HT. Çağın Hastalığı Obezite. Bilim ve Teknik Dergisi 2007; Mart: 2-15.
2. Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele Ve Kontrol Programı (2010-2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kuban Matbaacılık Yayıncılık Ankara, 2010.
3. Satman İ. TURDEP-II Sonuçlarının Özeti 2010 ([www.itf.istanbul.edu.tr/ attachments/021\\_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf](http://www.itf.istanbul.edu.tr/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf), 2014).
4. WHO. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization (WHO), 8–11 December 2008.
5. Barth MM, Jenson CE. Postoperative Nursing Care Of Gastric Bypass Patients. American Journal Of Critical Care 2006; July, Volume 15(4):378-388.
6. Chebli JE. The Current State Of Obesity, Metabolism, And Bariatric Surgery. Bariatric Nursing And Surgical Patient Care 2009; 4(4):295-297.
7. Harrington L. Postoperative Care Of Patients Undergoing Bariatric Surgery. Medsurg Nursing 2006; 15(6):357-363.
8. Aorn Bariatric Surgery Guideline, Aorn Journal, May 2004; 79(5):1026-1052.
9. Ide P, Farber E, Lautz D. Perioperative Nursing Care Of The Bariatric Surgical Patient. Aorn Journal 2008; July 88(1): 30-54.
10. Kaser NJ, Kukla A. Weight-Loss Surgery. Online Journal Of Issues İn Nursing 2009;14(1).
11. Susan G. Taking The Weight Off With Bariatric Surgery. Nursing 2004; March 34(3):58–64.
12. Grindel ME, Grindel CG. Nursing Care Of The Person Having Bariatric Surgery, Medsurg Nursing 2006; 15(3):129-145.
13. Koçaşlı S, Öztekin D. Obezite Cerrahisinde Perioperatif Bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(2):77-82.
14. Dolgun E, Yavuz M. Aşırı Şişmanlık Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(1):85-92.
15. Usta E, Çavdar İ. Obezite Cerrahisinde (Bariyatrik Cerrahi) Hemşirelik Bakımı. Nursing Care İn Bariatric Surgery. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013; 2(2): 71-77.

16. Levi D, Goodman E, Patel M, Savransky Y. Critical Care Of The Obese And Bariatric Surgical Patient. *Crit Care Clin.* 2003;19:11–32.
17. Coşkun ZÜ, Bariyatrik Cerrahi Sonrası Değişen Anatomi ve Komplikasyonların Değerlendirilmesinde Görüntüleme. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014; 30 (Ek sayı 1):66-71.
18. Troubleshooting The Post-Operative Bariatric Surgery Patient. ([www.mclarenregional.org/Documents/Mrhc%20news/Bariatric%20postoperative.pdf](http://www.mclarenregional.org/Documents/Mrhc%20news/Bariatric%20postoperative.pdf), 2011)
19. Virji A, Murr MM. Caring For Patients After Bariatric Surgery. *Amerikan Family Physician* 2006; April 15,73(8):1403-1408.
20. Mechanick JI, Kushner RF. et al. AACE/TOS/ASMBS Guidelines. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Surgery For Obesity And Related Diseases* 2008;4:109-184 (doi:10.1016/j.soard.2008.08.009).
21. Pieracci FM, Barie PS, Pomp A. Critical Care Of The Bariatric Patient. *Crit Care Med* 2006; 34(6):1796-1804.

## EVCİL HAYVANLARIN LİZOZOMAL DEPO HASTALIKLARINDA PATOGENEZ VE PATOLOJİK BULGULAR

Güngör Çağdaş DİNÇEL<sup>1</sup>, Oguz KUL<sup>2</sup>

### ÖZET

Lizozomal depo hastalıkları (LDH) yaygın olarak lizozomal hidrolazların eksikliği sonucu memeli ve kanatlılarda, lizozomların içinde sfingolipid, glikolipid, mukopolisakkarid veya oligasakkaridlerin birikmesi ile karakterize otozomal resesif kalıtmı hastalıkları tanımlar. Bunun yanı sıra, swainsonine içeren bitkilerin yenmesi ve klorokin gibi katyonik amfifilik ilaçların kullanılması sonucu lizozomal hidrolazların inhibe edilmesi gibi bazı çevresel faktörler de LDH'na neden olabilir. Bu hastalıklardaki klinik ve patolojik bulgular ayırıcı tanıda kullanılabilmeyle birlikte, kesin tanı ancak biyokimyasal, immunohistokimyasal, elektron mikroskopik ve genetik testlerin yardımıyla konulabilir. Hayvan ve insanlardaki LDH farklı açılardan öneme sahiptir. Birçok hastalıkta patolojik, histokimyasal, biyokimyasal ve tedaviye yönelik çalışmaların büyük bir kısmının hayvan modelleri üzerinde yapıldığı dikkate alınır, hayvanlarda görülen LDH insanlardaki bu hastalıkların anlaşılabilmesi için tartışılmaz bir değere sahiptir. Türkiye'de hayvanlarda görülen bu hastalıklarla ilgili yeterli bilgi birikiminin bulunmaması ile birlikte, özellikle multidisipliner çalışmalarda zorluklar yaşanması önemli bir sorundur. Bu derleme hayvanlarda görülen LDH'nın neler olduğunun ve patogenezlerinin açıklığa kavuşması ile ilgili yapılan çalışmaların bir bütünlük içinde değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bununla beraber elektron mikroskopik bulguların da ele alınması ile insanlarda görülenlerle benzerlik gösteren depo hastalıklarının tespitini kolaylaştırıp model bulma konusundaki zorlukların da önüne geçecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Lizozomal Depo Hastalıkları, Patoloji, Patogenez

<sup>1</sup>Gumushane University, Siran Mustafa Beyaz Vocational High School, Laboratory and Vet. Health Program

<sup>2</sup>Kirikkale University, Faculty of Veterinary Medicine, Department of Pathology

**İletişim / Corresponding Author:** Güngör Çağdaş DİNÇEL

**Tel:** (0456) 233 10 32 **e-posta:** gcdinzel@yahoo.com.tr

**Geliş Tarihi / Received:** 29.05.2015

**Kabul Tarihi / Accepted:** 05.07.2015

## **PATHOGENESIS AND PATHOLOGICAL FINDINGS OF LYSOSOMAL STORAGE DISEASES IN DOMESTIC ANIMALS**

### **ABSTRACT**

Lysosomal storage diseases (LSD) generally define autosomal recessive genetic diseases characterized with accumulation of oligosaccharides, mucopolysaccharides, glycolipids or sphingolipids in the lysosomes of mammals and winged animals due to lysosomal hydrolases. Besides, some environmental factors such as the inhibition of lysosomal hydrolases due to consumption of plants with swainsonine content as well as chloroquine and cationic amphiphilic drug intake may also cause LSDs. Though the clinical and pathological symptoms seen in these diseases may be used for differential diagnosis, a final diagnosis may only be established by means of biochemical, immunohistochemical, electron microscopic and genetic tests. LDSs in animals and humans are important in terms of different matters. Considering most of the pathological, histochemical, biochemical and therapeutic studies are conducted on animals in many diseases; LDSs seen in animals are of vital importance for understanding these diseases in humans. In addition to the fact that the knowledge in Turkey regarding these diseases in animals is inadequate, difficulties in multidisciplinary studies also constitutes an important problem. This compilation is significant in terms of assessing the LDSs seen in animals as well as the studies conducted in order to clarify their pathogenesis as a whole. In addition, with the evaluation of electron microscopic findings, it will also prevent the difficulties related to finding models by facilitating the detection of storage diseases similar to those seen in humans.

**Keywords:** Lysosomal Storage Diseases, Pathology, Pathogenesis



## GİRİŞ

Lizozomal Depo Hastalıkları (LDH) yaygın olarak lizozomal hidrolazların eksikliği sonucu memeli ve kanatlılarda, lizozomların içinde sfingolipid, glikolipid, mukopolisakkarid (glikozaminoglikan) veya oligasakkaridlerin birikmesi ile karakterize otozomal resesif kalıtmı hastalıkları tanımlar (1,2). LDH'nda bazı klinik ve patolojik bulgular ayırıcı tanıda kullanılabilmele birlikte, kesin tanı ancak biyokimyasal, immünohistokimyasal, elektron mikroskopik ve genetik testlerin yardımıyla konulabilmektedir.

LDH'nın temelini genetik defektler oluşturur (3). Bunun yanı sıra, swainsonine içeren bitkilerin (swainsona, locoweed) yenmesi sonucu lizozomal hidrolazların inhibe edilmesi gibi sindirimi engelleyen bazı çevresel faktörler de LDH'na neden olabilir. Ayrıca, klorokin gibi katyonik amfifilik ilaçların kullanılması da etiyojide yer alabilmektedir. Klorokin, Plasmodium sp. enfeksiyonunun tedavisinde kullanılır ve gangliosidoz olarak bilinen ölümcül LDH'na neden olduğu rapor edilmiştir (4). Tripanosidal ve antifungal bir ilaç olan suramin; iduronat sülfataz ve  $\beta$ -glukoronidaz enzimlerini inhibe ederek mukopolisakkaridoza neden olabilir (3,4).

## I. LİZOZOMAL DEPO HASTALIKLARININ TARİHÇESİ

LDH'nın ilk örneğini oluşturan Tay-Sachs hastalığı, insanlarda 1881 yılında Werren Tay tarafından incelenmiştir (5). 1882'de Gaucher, bir kadın hastanın dalağında büyük yapılı hücreler tespit etmiş, bu hücrelere Gaucher hücresi, oluşan hastalığa ise Gaucher hastalığı adını vermiştir (6). Bunu takiben 1886 yılında, Bernard Sachs 1881 yılında Werren Tay'ın incelediği hastalıkla aynı özelliklerde bir hasta tanımlamış ve bu benzer iki sendrom Tay-Sachs hastalığı olarak isimlendirilmiştir. Bunları, 1898 yılında Fabry hastalığının tanımlanması takip etmiştir. Bu çalışmalarla, LDH'nın ilk temelleri atılmıştır. Sonraki 50 yıla kadar bu hastalıklar klinik semptomlarına göre sınıflandırılmış ve depolanan maddeler morfolojik olarak tespit edilebilmesine rağmen biyokimyasal olarak tanımlanamamıştır (5). Niemann-Pick hastalığı, ilk olarak 1914 yılında Niemann tarafından 18 aylık bir bebekte tespit edilmiş, 1927 yılında ise Pick benzer bir olguda histolojik incelemelerle Gaucher hücrelerine benzeyen ama onlardan farklı lipid yüklü hücreleri göstererek hastalığın farklı bir özellik taşıdığını açıklamıştır (7). Pompe hastalığı ilk kez 1932 yılında Pompe tarafından tanımlanmış ve 1934 yılında depolanan substratın galaktoserebrosid olduğu anlaşılmıştır (8). 1950 ve 1960 yılları arasında Pompe hastalığının galaktoserebrosidaz enzim eksikliği sonucu

şekillendiği anlaşılmış ve galaktoserebrosidoz (Globoid Hücre Lökodistrofisi) olarak isimlendirilmiştir. Hemen ardından, LDH tedavisinde eksik olan enzimi yerine koyarak yapılacak tedavinin etkili olup olamayacağı araştırılmaya başlanmıştır (7). Bu tedavi yöntemi, 1990 yılının başlarından günümüze kadar dünyada 3000'den fazla hastada uygulanmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır. 1957 yılında idrarda mukopolisakkaridler analiz edilmiş, 1960 yılında da mukopolisakkaridlerin fibroblasttaki birikimi gösterilmiştir. Aynı yıl içinde doku ve fibroblast kültürü ile eksik enzim tespiti yapılmıştır. 1963 yılında Herz, Pompe hastalığında eksik olan enzimi tespit etmiş ve LDH adı altında sınıflandırılan ilk hastalık olmuştur (9). 1976 yılında LDH'nın ektopik dendritogeneze neden olduğu ortaya konulmuştur. İnklüzyon cisimcikleri ilk olarak Tay-Sachs hastalığı ve takiben Nöronal seroid lipofuskinoz, Gaucher hastalığı ve Fucosidoz'da tanımlanmıştır (6,7).

## II. LİZOZOMAL DEPO HASTALIKLARININ ÖNEMİ

Lizozomal depo hastalıkları hayvan ve insanlarda farklılıklar gösterir ve farklı açılardan büyük öneme sahiptirler. Bu hastalıklarda patolojik, histokimyasal, biyokimyasal ve tedaviye yönelik çalışmaların büyük bir kısmını, hayvan modellerinin oluşturduğu dikkate alınır, hayvanlarda görülen LDH hem hayvan hem de insan sağlığı için tartışılmaz bir değer kazanır. Temel olarak eksik olan enzimin yerine konması ve kemik iliği trasplantasyonu gibi yöntemlerin uygulandığı hasta hayvanlarda başarılı sonuçlar alındığına dair raporlar bulunmaktadır (10).

Hayvan deneyleri, biyomedikal çalışmalar için oldukça önemlidir. Hastalıkların patogenezinin araştırılması, genetik veya sonradan oluşan hastalıkların birbirinden ayrımı ve ona göre tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi hayvan modelleri ile mümkün olabilmektedir. Sığır ve kedilerde genetik olarak meydana gelen alfa-mannosidoz araştırmalarında, indolizin alkaloidi olan swainsonine ile deneysel alfa-mannosidoz oluşturulmuştur (11). Bu sayede patogeneze ve tedavi çalışmalarına özellikle de proteinlerin glikolizasyonlarının anlaşılmasında kolaylık sağlamıştır (2).

Alfa-mannosidoz evcil hayvanlarda görülen LDH'nın, en yaygın ve ekonomik yönden de önemli bir hastalıktır. Özellikle Yeni Zelanda ve Avustralya'da sığır popülasyonlarının yaklaşık % 10'unda görülür (2). Bu oran otozomal resesif kalıtımla geçen LDH için oldukça büyük bir orandır. Ekonomik kayıplar hayvanların ölümünden kaynaklandığı gibi, hastalığın

eradikasyonu için yapılan kontrol programlarını ve heterozigot testlerin maliyetini de kapsar (12).

Lizozomların içine sfingolipid aktivatör proteini A (SAP) ve sfingolipid aktivatör proteini D birikmesi ile karakterize olan ikinci grup nöronal seroid lipofuskinoz (NSL), sadece insanların bebeklik çağında, Minyatür Schnauzer ırkı köpeklerde ve Swedish Landrace koyunlarında görülür. Doğal olarak bu iki hayvan, bebeklerdeki NSL tedavisinin ve hastalığın patogenezinin araştırılması konusunda iyi birer örnek teşkil ederler (2).

### III. LİZOZOM YAPI VE FONKSİYONLARI

Hücre organelleri arasında önemli rollere sahip olan lizozom, membranla çevrili, çoğu 0,5 µm çapında, içleri hücre komponentlerini parçalayabilen çok etkili sindirim enzimleri ile dolu keseciklerdir. Eritrositler hariç diğer bütün hayvan hücrelerinde, özellikle vücut savunmasında görev alan lökositler ve makrofajların içerisinde çok sayıda bulunur. Lizozom enzimleri golgi aparatında sentezlenir. Doğrudan endoplazik retikulum membranı ile ya da golgi aparatı yoluyla membran içine hapsedilirler (13).

Lizozom membranı canlı komponentlerini parçalayan çok kuvvetli enzimleri içinde tutmaktadır. Membranın lümenine bakan yüzündeki proteinlerin yüksek oranda glikozillenerek, glikoprotein-glikokaliks yapısı oluşturması, lizozomu asit hidrolazların etkisinden korur (14,15). Lizozom membranının herhangi bir nedenle parçalanması durumunda, sitoplazmaya geçen enzimler tüm hücreyi yıkımlama yeteneğine sahiptir. Buna göre, enzimlerin lizozom içinde iken inaktif formda olmaları gerekmektedir. Bu enzimlerin büyük bir kısmı, asidik pH'da aktif olan asit hidrolazlardır ve sitoplazmik pH'da çok zayıf aktivite gösterirler. Bu sınırlama, lizozomal enzim içeriğinin sitoplazmaya çıkması durumunda sitoplazmik komponentleri kontrolsüz yıkımdan korur. Lizozomlar içindeki asidik ortamın korunmasında lizozomal membranda bulunan bir hidrojen (proton) pompası rol oynar. Proton pompası aktif transport ile sitozolden lümenine hidrojen iyonlarını pompalayarak asidik ortamın sabit halde tutmasını sağlar (14,15).

Lizozom enzimlerinin 4 çeşit etki tarzı vardır:

1. Lökosit ve makrofajlar, doku harabiyeti olan yere hücum ederler. Burada hücre içine alınan partikülleri lizozomlar sindirir (13-15).

2. Lizozom enzimlerinin diğer bir etkisi otofaji olayıdır. Otofajide hücrenin zarar gören ve işlevini yapamaz hale gelen komponentleri lizozom içine alınmakta ve sindirilmektedir (13-15).
3. Lizozom etkisinin diğer bir şekli lizozom membranının açılarak hücrenin kendini parçalamasıdır (otoliz). Canlı hücreler zarar gören yapılarını mümkün olduğu kadar onarmaya çalışırlar. Bu onarım durduğu anda ilk zarar göreceği yer hiç şüphesiz lizozom membranıdır. Ölümden kısa bir süre sonra kokuşmanın başlama nedeni, lizozom membranlarının parçalanması ve enzimlerinin serbest kalmasıdır (13-15).
4. İlginç bir diğer lizozom fonksiyonu tiroid bezi hücrelerinden hormon salınma mekanizmasında görülür. Tiroid bezi hücreleri lümendeki kolloid maddeyi (tiroglobulin) pinositoz yoluyla alırlar. Pinositotik vezikül lizozom ile birleşerek lizozomun hidrolazları tiroglobulini parçalar ve tiroid hormonu sentezlenerek salınır (13,14).

**Tablo 1:** Lizozom Enzimleri

<b>Nükleik asit yıkımı</b>	
Asit Rnase	RNA
Asit Dnase	DNA
<b>Karbonhidrat yıkımı</b>	
Beta-galaktosidaz	Galaktosidler
Alfa-galaktosidaz	Glikojen
Lizozim	Bakteri hücre duvarı
<b>Mukopolisakkarid yıkımı</b>	
Beta-glukuronidaz	Mukopolisakkaridler
Lizozim	Bakteri hücre duvarı
Hyaluronidaz	Hyaluronat, kondritin sülfat
<b>Protein yıkımı</b>	
Katepsinler	Protein
Kollagenazlar	Kollegen
<b>Fosfatazlar</b>	
Asit fosfatazlar	Fosfomonoesterler
Asit fosfodiesterazlar	Oligonükleotidler
<b>Sülfataz</b>	
Arilsülfataz	Organik sülfatazlar

#### **IV. LİZOZOMAL DEPO HASTALIKLARDA PATOGENEZ**

Lizozomal depo hastalıklarında lizozomun içine depolanan sindirilememiş materyaller metabolizmada ayrı öneme sahiptir. Mukopolisakkaridler, hücreleri bir arada tutan, hidrojen ve besin maddelerinin difüzyonunda yardımcı olan jel yapısındaki hücrelerarası matriksin temel maddesidir. Sfingomyelinler ise hücre plazma membranlarında bulunmakla birlikte, nöronların aksonlarını saran ve yalıtan zarımsı kılıfta (myelin) göze çarparlar. Gangliosidler hücreler arası iletişimin anahtarıdır. Aynı zamanda hücrelerin birbirini tanınması ve birbirlerine yapışmalarında önemli rolleri vardır. Ayrıca nöronların farklılaşmasında ve nöronal sinyallerin iletilmesinde görev alırlar (16).

Birçok hücre kendine ait zar lipidlerini devamlı olarak yıkar ve yeniler. Yani sentezleme hızları ile yıkım hızları birbirleriyle uyum içindedir. Bu durum zar lipidlerinin sürekli olarak metabolik bir döngü içerisinde olduğunu göstermektedir. Lipidlerin yıkımı, lizozomda her biri sadece belli bir bağı hidrolizleyebilen hidrolitik enzimler tarafından yürütülür. Bu enzimlerden birinin eksikliği sonucu alt ünitelerine indirgenememiş materyal dokularda birikmeye başlar (16).

Birçok LDH'da hayvanlarda progresif nörolojik bozukluklar ve insanlarda buna ek olarak zeka geriliği görülür. Bunların nedeni de nöronlarda meydana gelen meganörit ve ektopik dentritogenez gibi değişikliklerdir. İmmunohistokimyasal çalışmalarda, GABA'nın nöronlar tarafından nörotransmitter madde olarak kullanımının inhibisyonu aksonlarda yapısal anormallikler (aksonal sferoid formasyon) ve ektopik dentritogenez (1) oluşumu ile yakından ilişkilidir (16-18)

Bütün organların hücreleri lizozoma sahip olduklarından, tüm organları etkileyen bozukluklardır. Birçoğu nörovisseral depolanma gösterirler ve progresif özellik taşıdıkları için yaşla birlikte patolojik değişikliklere bağlı semptomlar artış gösterir (17).

Otozomal resesif hastalıklar yeni doğan hayvanların metabolizma bozukluklarının çoğunu kapsamaktadır. Bu hastalıklarda klinik bulgular, benzer özellikler gösterir. Bu kalıtımın daha çok protein ve enzim defektlerine yol açtığı görülür (18). GM2 gangliosidoz oluşum mekanizmaları incelendiği zaman kalıtımın aktivatör protein defekti oluşturan grubunun olduğu, bunun yanında lizozomal depo hastalıklarının büyük bir kısmının da ( $\beta$ -mannosidoz, galaktoserebrosidoz, sfingomyelin lipidoz gibi) enzim eksikliğinden kaynaklandığı kalıtımın ortak noktalarının anlaşılmasında yardımcı olmaktadır (17,18).

Bazı olgularda intralizozomal depo materyalin biriktiği hücrelerin özel mekanizmalarla yok olduğu tanımlanmıştır. Galaktoserebrosidoz'da, lizozomların içinde biriken galaktoserobrosidin, protein kinaz C aktivitesini inhibe ettiği görülmüştür. Bu durum hücrede programlı hücre ölümünü (apoptozis) tetikler (19). Hücre içi anormal biriken materyalin, hücre yapısına ve fonksiyonlarına şiddetli zarar verdiği bilinmektedir. Birçok depo hastalıklarında (mukopolisakkaridoz) oldukça karakteristik iskelet deformasyonları görülür. Bu durum osteoklast hücre sınırlarının bozulması ve fonksiyonlarının depolanan substrat yüzünden zarar görmesinden kaynaklanır (19).

Depolanan substratların çoğu nöron ve oligodendrositler için toksik etki gösterirler. Beyindeki atrofi ve şiddetli myelin kaybı bu hücrelerin zarar görmesi ve ölmesi sonucunda şekillenir (GM1 gangliosidoz, galaktoserebrosidoz) (2).

Nöronların çoğu şiddetli olarak etkilenir ve nörolojik bulgular meydana gelir. Bunun sebebi, bu hücrelerin birçok substrat için metabolik aktif fonksiyonudur. Ayrıca uzun ömürlü oldukları için, birikim zamanla birlikte artar (2).

## **V. LİZOZOMAL DEPO HASTALIKLARIN SINIFLANDIRILMASI**

Lizozomal depo hastalıklarında sınıflandırma; depolanan materyalin biyokimyasal yapısı ya da hastalığın oluşum mekanizmasına göre yapılabilmektedir. Hayvanlarda bazı olgular lizozomal depo hastalığı olarak tanımlanmış fakat incelemeler sonucu herhangi bir sınıfa dâhil edilemediği rapor edilmiştir.

### **A. SFİNGOLİPİDOZLAR**

Sfingolipidozlarda en fazla etkilenen hücreler nöronlardır. Bu durum merkezi sinir sisteminin fazla miktarda lipid kapsamasından ileri gelir ve bu yüzden nöronal depo hastalığı olarak da anılırlar (2). Hayvan ve insanlardaki LDH'da büyük ve önemli bir yere sahiptir.

#### **1. GM1 Gangliosidoz:**

GM1 gangliosidoz, lizozomal beta-galaktosidaz enziminin eksikliği sonucu şekillenen, GM1 gangliosidlerin intralizozomal birikimi ile karakterize ölümcül nörodejeneratif ve nörovisseral bir hastalıktır. Hastalığın otozomal resesif kalıtımla geçtiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (20). İlk kez 1971 yılında Siyam kedisinde tanımlanmış ve bunun çocuklarda meydana gelen GM1 gangliosidoz ile aynı özellik taşıdığı bildirilmiştir (21). GM1

gangliosidoz, kedi, köpek, koyun gibi hayvanlarda görülmekle birlikte, Amerikan Siyah Ayısı'nda 2007 yılında ilk kez rapor edilmiştir (22).

Klinik olarak şiddetli ataksi, başta tremor, yüz deformasyonları görülür. GM1 gangliosidozda lumbal vertebralarda kireçlenme ve intervertebral disk aralığında düzensizlikler önemli makroskobik bulgulardır. Bunun yanında karaciğer şişkin ve solgun görünümündedir (23).

**Tablo 2:** İnsanlardaki LDH'nin Sınıflandırılması

İNSANLARDA GÖRÜLEN LİZOZOMAL DEPO HASTALIKLARI	
<b>A) SFİNGOLİPİDOZLAR</b>	
Glukoserebrosidoz (Gaucher hastalığı)	$\beta$ -glukoserebrosidaz
Fabry hastalığı	$\alpha$ -galaktosidaz
Schindler hastalığı	$\alpha$ -N-asetilgalaktosaminidaz
Kanzati hastalığı	$\alpha$ -N-asetilgalaktosaminidaz
Metakromatik lökodistrofi	arylsülfataz A
Multibl sülfataz eksikliği	en az 7 lizozomal sülfataz ve 1 mikrozomal sülfataz
Niemann-Pick hastalığı	sfiomyelinaz
GM1 gangliosidoz	$\beta$ -galaktosidaz
GM2 gangliosidoz	heksosaminidaz A-B veya B
Krabbe hastalığı	$\beta$ -galaktosidaz
Farber granulomatoz	seramidaz
Wolmann hastalığı	asit lipaz kolesterol esteraz
<b>B) DİĞER BİR GRUP</b>	
Nöronal seroid lipofuskinoz	palmitoly protein thioesterase
<b>C) GLİKOPROTEİNOZLAR</b>	
Aspartilglukosaminüri	aspartilglukozaminidaz
Alfa-mannosidoz	$\alpha$ -mannosidaz
Beta-mannosidoz	$\beta$ -mannosidaz
Fukosidoz	$\alpha$ -fukosidaz
Sialidoz	nörominidaz
Galaktosialidoz	$\alpha$ -nörominidaz ve $\beta$ -galaktosidaz
<b>D) GLİKOJEN DEPO HASTALIĞI</b>	
Pompe hastalığı	$\alpha$ -glukosidaz
MPS I	$\alpha$ -iduronidaz
<b>E) MUKOPOLİSAKKARİDOSİS (MPS)</b>	
MPS II	iduronat sülfataz
MPS III	heparan-N-sülfataz ve $\alpha$ -N-glukosaminidaz
MPS IV	galaktoz ve 4-sülfataz
MPS VI	Arilsülfataz B
MPS VII	$\beta$ -glukoronidaz
Hiyalorinidaz eksikliği	hyaluronidaz
<b>F) DİĞER:</b>	
Piknodisostoz	katepsin K
Mukolipidoz II	N-asetilglukozamin-fosfotransferaz
Mukolipidoz III	N-asetilglukozamin-fosfotransferaz
Mukolipidoz IV	Bilinmiyor
Asit fosfataz	asit fosfataz
Sistinoz	sistin efluks mediatör
Salla hastalığı	sialik asit efluks mediatör

**Tablo 3:** Hayvanlarda LDH'nın Sınıflandırılması

HASTALIKLAR	EKSİK OLAN ENZİM VEYA ENZİMLER
<b>A) SFİNGOLİPİDOZLAR</b>	
GM1 gangliosidoz	$\beta$ -galaktosidaz
GM2 gangliosidoz	heksosaminidaz A-B veya B
Galaktoserebrosidoz (Krabbe hastalığı)	$\beta$ -galaktosidaz
Glukoserebrosidoz (Gaucher hastalığı)	$\beta$ -glukoserebrosidaz
Niemann-Pick hastalığı	sfingomyelinaz
<b>B) AYRI BİR GRUP</b>	
Nöronal seroid lipofuskinoz	palmitoyl protein tiesteraz
<b>C) GLİKOPROTEİNOZLAR</b>	
Alfa-mannosidoz	$\alpha$ -mannosidaz
Beta-mannosidoz	$\beta$ -mannosidaz
Fukosidoz	$\alpha$ -fukosidaz
<b>D) GLİKOJEN DEPO HASTALIĞI</b>	
Tip II glikojen depo hastalığı (Pompe hastalığı)	$\alpha$ -glukosidaz
<b>E) MUKOPOLİSAKKARİDOZ (MPS)</b>	
MPS I	$\alpha$ -ıduronidaz
MPS II	ıduronat sülfataz
MPS III	heparan-N-sülfataz ve $\alpha$ -N-glukosaminidaz
MPS IV	galaktoz ve 4-sülfataz
MPS VI	arilsülfataz B
MPS VII	$\beta$ -glukoronidaz

Histopatolojik olarak şiddetli demyelinizasyon ve nöronal kayıp, beyin ve beyinciğin beyaz maddesinde myelinofajik makrofajlar, renal tubül hücreleri, pankreatik asiner hücreler, hepatosit ve kuppfer hücrelerinin sitoplazmik vakuoller içerdikleri oldukça belirgindir. Merkezi sinir sisteminde (MSS) birçok nöron genişlemiş, granüler sitoplazmalı ve çekirdekle birlikte Nissl granüllerinin yerlerinin de değişmiş olduğu görülür (23).



Bu hücreler Sudan Black (SB) ve Luxol Fast Blue (LFB) ile purkinje hücreleri ve retinal ganglion hücre tabakası lectin histokimyası ile güçlü pozitif boyanırlar (21).

Beynin beyaz ve gri maddesinde özellikle beyinciğin dorsalindeki nükleolus ve purkinje hücrelerinin aksonlarında aksonal sferoid oluşumları dikkati çeker (24).

## 2. GM2 Gangliosidoz

GM2 gangliosidlerin lizozomal parçalanması üç gen tarafından kontrol edilmektedir. Bunlar; heksosaminidaz'ın  $\alpha$  subunitini kodlayan HEX A, heksosaminidaz'ın  $\beta$  subunitini kodlayan HEX B ve GM2 gangliosidlerin enzimatik parçalanmalarına yardım eden aktivatör proteinin sentezlenmesinden sorumlu GM2 A'dır (19). Heksosaminidaz A,  $\alpha\beta$  altunitesini, Heksosaminidaz B ise  $\beta\beta$  altunitesini içerir. Ek olarak saposin aktivatör proteini GM2 gangliosidleri bağlar ve enzimin aktive olmasında rol oynar (25).

GM2 gangliosidozların üç temel formu vardır;

1. HEX A genindeki mutasyon sonucu Heksosaminidaz A'nın eksikliği şekillenir. Fakat heksosaminidaz  $\beta$  normaldir. 1999 yılında bu hastalık mutjak geyiğinde tanımlanmıştır (26). İnsanlarda ki Tay-Sachs hastalığına karşılık gelir (2).
2. HEX B genindeki mutasyon sonucu hem heksosaminidaz A hem de heksosaminidaz B aktivitesinde eksiklik görülür. 2002 yılında Golden Retriever köpek türünde tespit edilmiştir (27). İnsanlardaki Sandhoff hastalığına karşılık gelir (2).
3. Bu formda GM2 geninde mutasyon söz konusudur ki bunun sonucunda GM2 aktivatör proteininin eksikliği görülür. Heksosaminidaz A ve Heksosaminidaz B enzimleri normal fonksiyonundadır. 1985 yılında Japon Spainel köpek ırkında tanımlanmıştır (28).

GM2 gangliosidoz'da yaygın olarak purkinje hücreleri, nöron ve astrositlerde diffuz köpüklü sitoplazmik vakuolizasyon görülür. Aynı değişiklikler perifer sinir ve retina ganglionlarında da görülür. Purkinje hücrelerinde sayıca azalma dikkat çekicidir (29).

## 3. Galaktoserebrosidoz (Globoid Hücre Lökodistrofisi)

$\beta$ -galaktoserebrosidaz enziminin eksikliği sonucu intralizozomal galaktoserebrosid birikimi ile karakterizedir. Bu birikim genellikle beyindeki kan damarlarının çevresinde veya perifer sinirlerde gözlenir. İntralizozomal biriken lipidler, sinir sisteminin koruyucu yapısı olan myelin kılıfın gelişimini etkileyerek motor kabiliyetinde şiddetli bozukluklara neden

olur. Galaktoserebrosid myelinde yoğun miktarda bulunur. Bundan dolayı da bu hastalığın en önemli sonucu şiddetli demyelinizasyon ve beyin atrofisidir (2).

Makroskobik olarak başlangıçta herhangi bir lezyon görülmezken ileri olgularda beynin gri maddesinde renk değişikliği ve lateral ventriküllerin genişlemiş olduğu görülür. Beynin beyaz maddesi myelin boyasıyla boyanma yeteneğini şiddetli demyelinizasyondan dolayı kaybeder (30).

Globoid hücreler, kan damarlarına lokalize mezodermal kökenli makrofajlardır. Beynin beyaz maddesinde çok çekirdekli makrofajların, yani hastalığa adını veren globoid hücrelerin anormal infiltrasyonu ile karakterizedir. Merkezi sinir sistemi ve perifer sinirlerde myelin kılıfını etkilediği için şiddetli demyelinizasyon şekillendiren dejeneratif otozomal resesif kalıtmı bir sinir sistemi hastalığıdır (31).

#### **4. Glukoserebrosidoz**

$\beta$ -glukoserebrosidaz aktivitesindeki eksiklikle karakterize olarak retikuloendotelial hücrelerin lizozomlarında glukoserebrosid ve polilaktoseminoglikan birikimi görülür. Lipid biriken hücrelerdeki mikroskobik görünümeler oldukça karakteristik olduğundan, kemik iliği, dalak, karaciğer ve lenf düğümlerinde sitoplazması buruşuk maviden kırmızıya değişen renklerde Gaucher hücrelerinin görülmesi kesin tanının konulmasına yardımcı olur (6). Glukoserebrosidoz da lizozomlara biriken substrat glukoserebrosiddir. Glukoserebrosid temel olarak gangliosidlerden ve globosidlerden meydana gelir. Globosidler de eritrositlerin ve lökositlerin membranlarında bulunurlar. Dolayısıyla primer lezyon dalak ve karaciğerdeki makrofajlardadır (5). Gaucher tipi hücreler myeloid lökemi, lenfoma ve çeşitli tip hemolitik anemilerde de görülür. Bu durumda retikuloendotelial hücrelere ve lökosit membranlarına bakılarak ayırım yapılabilmektedir (32).

Glukoserebrosidozda köpeklerde depolanan materyal, hepatik sinuzoidler ve lenf düğümlerindeki makrofajlarda görülür. Purkinje hücreleri ve omurilikte bu materyale rastlanmaz. Şişkin hücreler zayıf eozinofilik sitoplazmik vakuoller içerebilir (3).

#### **5. Sfingomyelin Lipidoz**

Sfingomyelin lipidoz, sfingomyelinaz eksikliği sonucu nöron ve makrofajlara sfingomyelin, kolesterol ve glikosfingolipid birikmesi ile karakterize nörovisseral bir hastalıktır. İnsanlarda sfingomyelinaz eksikliği Niemann–Pick hastalığı olarak

isimlendirilmiştir ve A, B ve C olmak üzere 3 formu vardır. Hayvanlarda sfingomyelin lipidoz'un A ve C formları tanımlanmıştır (33).

Tip A Niemann–Pick hastalığı lizozomal sfingomyelinaz enziminin eksikliği sonucu oluşur. İnsanlardaki tip A, bu hastalığın erken yaşlarda görülen formudur. Tip A hayvanlarda Siyam kedisi, kısa tüylü kedi ve Poodle ırkı köpekte görülmüştür. Tip C Niemann–Pick hastalığı ayrı bir grupta incelenmektedir (2).

Makroskobik olarak karaciğer şişkin ve sarı renkte görülür (33). Sfingomyelin lipidoz'da karaciğer, dalak, nöron, lenf düğümü, renal tubül epiteli ve akciğerlerde köpüklü makrofajlar, hepatositlerin şişkin ve vakuollü olduğu dikkati çeker (34). Ayrıca alveollerde hiperplazi veya purkinje hücrelerinde kayıplar görülebilir (35).

## **B. GLİKOPROTEİNOZLAR**

Bu grupta glikoproteinlerin karbonhidrat bileşenlerinde defekt vardır. Bu karbonhidrat bileşenleri mannoz, N–asetil glukozamin ve fukozdan zengindir (3).

### **1. Alfa – Mannosidoz**

Alfa–mannosidoz ilk defa 1980 yılında İngiltere'de kısa tüylü bir kedide tanımlanmıştır (2). İnsanlarda çok nadir görülmesine rağmen evcil hayvanlarda özellikle de sığırlarda yaygın olarak görülen ve ekonomik öneme sahip otozomal resesif kalıtmı bir hastalıktır. Yeni Zelanda ve Avustralya'da % 10'dan fazla angus ırkı sığırdan görüldüğü bildirilmiştir (2).

Alfa–mannosidaz çeşitli oligosakkaridleri katabolize eden bir enzimdir. Bu hastalık, lizozomal  $\alpha$ –mannosidaz enziminin eksikliği sonucu lizozomların içinde hibrit, kompleks ve yüksek mannoz içeren oligosakkaridler birikmesiyle tanınır (36). Alfa–mannosidozda, pankreastaki sekretorik epitelyumlarda, böbrekteki endotel hücrelerinde depo materyale rastlanır. Nöronlardaki depolanma yaygın ve şiddetlidir (3). Herbivorlardaki  $\alpha$ –mannosidaz sekonder olarak, indolizin alkaloidi olan swainsonine içeren bitkilerin sindirilmesi sonucu oluşur. Swainsona 85 farklı türe sahip, sadece *S. novae-zelandiae* (Yeni Zelanda) hariç Avustralya'da yetişen bir bitkidir. Locoweed, *Oxytropis* ve *Astragalus* bitkilerine verilen isimdir. Locoizm ise Orta Batı Amerika'da görülen nörotoksin (swainsonine) ihtiva eden bu bitkilerin özellikle sığırlar ve atlar tarafından yenmesiyle meydana gelir. Genetik olarak şekillenen  $\alpha$ –mannosidoz ile benzer olmasına rağmen eş özellikler taşımamaktadır. Sekonder olarak meydana gelen  $\alpha$ –mannosidozda ek olarak golgi mannoz II enzimi de inhibe edilir (2).

Bunu takiben lizozomlarda hibrit ve yüksek mannoz içeren oligosakkaridler birikmemektedir (37).

Makroskobik olarak lenfadenopati ve beynin lateral ventrikülüslerinin orta şiddette genişlemiş olduğu görülür. Bazı olgularda ise brahignati, karaciğer ve böbrekte büyüme (hepatorenomegali) bu hastalıkta rapor edilmiştir (28).

Histopatolojisinde nöron, makrofaj, fibroblast ve damar endotel hücrelerinde çeşitli yoğunlukta sitoplazmik vakuolasyon görülür. Merkezi sinir sisteminde özellikle purkinje hücresi, vagus siniri ve spinal motor nöronlarda intrasitoplazmik vakuoller dikkati çeker. Beyaz ve gri maddede özellikle purkinje hücre aksonlarında sferoid formasyon vardır. Bu da gümüş impregnasyon teknikleriyle gösterilebilmektedir (5).

Kedilerde görülen genetik  $\alpha$ -mannosidozda beyin ve beyinciğin beyaz maddesinde hipomyelinogenesisin görüldüğü bildirilmektedir (38). Alfa – mannosidozda etkilenen hücreler, Concanavalia ensiformis aglütinin (Con A), wheat germ aglütinin (WGA), Succinylated – WGA, LFB ve PAS boyaları ile pozitif sonuç verir (19).

Kedilerin  $\alpha$ -mannosidozu ile insanlarda meydana gelen  $\alpha$ -mannosidoz heterojenitesi oldukça benzerdir. Bu nedenle kediler, insanlardaki hastalığın incelenmesinde önemli bir model oluşturmaktadır (39). Alfa-mannosidoz Yeni Zelanda ve Avustralya'da ekonomik öneme sahip olduğu için heterozigot testle kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Heterozigot tespit programı hayvanlarda ve insanlarda genetik hastalıkların tayininde çok etkili bir uygulamadır (10).

## **2. $\beta$ -Mannosidoz**

Lizozomal  $\beta$ -mannosidaz enziminin eksikliği sonucu intralizozomal disakkaridlerin ve trisakkaridlerin birikimi ile karakterize otozomal resesif nörovisseral depo hastalığıdır (40). İlk olarak 1973 yılında Nubian keçisinde tanımlanmıştır. Lezyonlar  $\alpha$ -mannosidoza benzer, ancak şiddeti daha fazladır. Doğumun ilk anından itibaren nörolojik bulgular ve iskeletin anormal yapısı dikkati çeker (2). Makroskobik olarak tiroid ve böbrekler en çok etkilenen organlar arasındadır ve büyüme oldukça belirgindir. Palpebral aralığın daralması bu hastalık için önemli bir bulgudur (41).

Histopatolojik incelemelerde nöron, retina ve mikroglialarda çok şiddetli vakuolasyon ve kan damarlarının çevresinde bol miktarda vakuoler makrofajlar görülür. Nöronal vakuolasyon özellikle beyinin korteksinde yoğundur. Nissl granül ve nükleusların yer

değiştirdiği dikkati çeker. Şiddetli demyelinizasyon özellikle korpus kallozum ve beynin rostral bölümünde belirgindir (42).

Merkezi sinir sisteminde demyelinizasyon, proksimal renal tubül epiteli ve tiroid foliküler epitel hücresi ile birçok nöronda sitoplazmik vakuolizasyon görülür (41).

### **3. Fukosidoz**

Glikolipid ve oligosakkaridlerin içerdiği fukoz şekerinin lizozomal  $\alpha$ -L-fukosidaz enziminin aktivitesindeki eksiklik sonucu hücre içi intralizozomal fukoz şekeri, oligosakkarid ve glikozaminoglikan birikmesi ile karakterizedir (2). Fukosidoz ilk kez, 1982 yılında Avustralya'da İngiliz Springer Spaniel köpek ırkında tanımlanmıştır. Avustralya ve İngiltere'deki hayvanlarda plazma ve lökositlerdeki  $\alpha$ -L-fukosidaz enzimi ölçülerek heterozigotluğu tespiti dayanan programlarla eradike edilmiştir (2).

Makroskobik bulgular önemli derecede periferik sinir ganglionlarıdır. Vagus siniri, brakial plexus ve interkostal sinirlerde kalınlaşmalar dikkat çekicidir (43). Mikroskobik olarak özellikle beyin nöron, leptomeningeal mikrogliya ve medulla spinalisin ön bölümünde şiddetli geniş intrasitoplazmik vakuolasyon dikkat çekicidir (5). Bazı olgularda purkinje hücrelerinde kayıplar görülür (43).

### **4. Niemann-Pick Tip C**

Lizozomal sfingomyelinaz enziminin yokluğuna benzerlik göstermektedir. Fakat sfingomyelinaz aktivitesinde herhangi bir eksiklik bulunmamaktadır. Ancak patogenezi tam olarak açıklığa kavuşmamıştır (2).

Kolesterol esterifikasyonundaki bozukluk sonucu hücre içi serbest kolesterol birikimi vardır (44). Tip C Niemann-Pick Hastalığı'nda fibroblastlarda esterleşmemiş kolesterolün perinükleer birikimi gözlenir. Hepatositler ve kuppfer hücreleri köpüklü sitoplazmalarından dolayı genişlemiştir. Retinal ganglion ve purkinje hücreleri depo materyalinden dolayı soluk, köpüklü sitoplazmalı ve çekirdekleri yer değiştirmiş durumda görülür (44).

Tip C Neimann-Pick'de beyaz ve gri maddede özellikle serebellumun dorsalindeki nükleolus, Purkinje hücrelerinin aksonlarında aksonal sferoid formasyon dikkati çeker (1)

## C. GLİKOGENOZLAR

### Tip II Glikojen Depo Hastalığı:

Glikojen bütün hücrelerde belli bir miktarda bulunur. Enzim eksikliği ya da glikojen transportundaki hata sonucu hücrelerde glikojen birikimi görülür. Sadece Tip II glikojen depo hastalığı intralizozomal birikim gösterir. İnsanlarda bu hastalık Pompe hastalığı olarak isimlendirilmiştir (2).

Tip II glikojen depo hastalığı, ölümcül kas bozuklukları (hipertrofik kardiyomyopati) ile karakterizedir (5). Glikojen katabolizmasındaki çok sayıda enzimden sadece alfa-1,4-glukosidaz'ın yetersizliği sonucu şekillenen otozomal resesif kalıtmı bir LDH'dır (45).

Makroskobik olarak iskelet kasları solgun karaciğerde büyüme, kalpte dilatasyon ve hipertrofi önemli bulgulardır (2, 5, 18, 19).

Histopatolojik bulgularda beyinin büyük nöronlarında ve medulla spinalisin ventral kornularında yaygın fakat farklı şiddetlerde intrasitoplazmik depolanma görülür. Bu materyal Best's carmine ve PAS boyaları ile pozitif boyanır. Bu vakuoller ayrıca glia hücre sitoplazması, ependimal hücre, koroid pleksus epitel hücreleri ve arteriyel kan damarlarında görülür (8).

PAS reaksiyonu karbonhidratlar için belirleyicidir. Parafin emdirilmiş dokularda materyal pozitif boyama verir. Glikojen, PAS boyası ile oldukça spesifik boyanmaktadır. Bu nedenle Tip II glikojen depo hastalığının tespitinde yardımcı olur (19).

## D. MUKOPOLİSAKKARİDOZLAR

Mukopolisakkaridozlarda mezodermal kökenli hücreler (bu hücrelerin çoğu bağ dokusu hücreleridir) en fazla etkilenir. Çünkü mukopolisakkaridler bu dokularda aktif görev alırlar. Bu yüzden de başlıca iskelet ve bağdokuda değişiklikler meydana gelir (46).

Mukopolisakkaridler, karbonhidrat bakımından zengin protein bakımından ise fakirdirler (47). Bu yapıya sülfat iyonu katıldığında meydana gelen kondroitin sülfat, dermatan sülfat, heparan sülfat ve keratan sülfat spesifik enzimlerin eksikliği sonucu intralizozomal birikim gösterir (17).

Hücre yüzeyi, hücre içi ve hücre dışı olmak üzere üç çeşit proteoglikan vardır. Proteoglikanların çoğu hücre dışı yerleşim gösterir (16). Fibrilogenesisin düzenlenmesi,

hücrelerin birbirini tanması, suyun bağlanması ve hücre permeabilitesinde önemli roller üstlenmişlerdir (16).

Keratan ve dermatan sülfat iskelet dokusunda oldukça yüksek düzeyde bulunur. Yüz ve iskelet deformiteleri yani disostosis multipleks ( kıkırdak ve kemikte şiddetli deformasyon) mukopolisakkaridozlar için tanıtıcı bulgulardır (48). Dejeneratif eklem hastalıkları, korneal bulanıklık ve kalp kapaklarının kalınlaşması gibi bozukluklar hastalığın genel özelliklerini oluşturur (3).

**Tablo 5:** Hayvanlardaki Mukopolisakkaridozların Sınıflandırılması

MUKOPOLİSAKKARİDOZ	EKSİK ENZİM VEYA ENZİMLER
(MPS)	
MPS I	$\alpha$ -iduronidaz
MPS II	iduronat sülfataz
MPS III	heparan-N-sülfataz ve $\alpha$ -N-glukosaminidaz
MPS IV	galaktoz ve 4-sülfataz
MPS VI	arilsülfataz
MPS VII	$\beta$ -glukoronidaz

Makroskopik olarak karaciğer ve dalak sert-şişkin bir yapıdadır. Beynin lateral ventriküllerinde genişleme ve meninkslerde opaklaşma görülür. Korneadaki bulanıklık progresif özellik taşır ve oldukça karakteristiktir (49).

Mukopolisakkaridozlar da atrioventrikuler kapak stroması mikzomatöz görünümde ve fibrositlerin sitoplazmasında, trakea ve bronş kıkırdak hücrelerinde, hepatosit ve kuppfer hücreleri, alveoler makrofaj, perifer sinir hücre sitoplazmalarında oval, içleri boş vakuoller bulunmaktadır (50). Bu bulgulara ek olarak purkinje hücreleri şişkin ve vakuollü olup sayılarındaki azalma dikkati çeker (51). Motor nöronlarda granüler eozinofilik birikim ve soluk siyah-mavi inklüzyon cisimleri görülebilir (52).

Mukopolisakkaridozlarda göz, direkt etkilenen organlar arasındadır. Histopatolojik incelemelerde korneal fibroblast, optik sinir, iris, sklera ve oküler kas hücrelerin sitoplazmalarında çeşitli boyutlarda vakuoller içermektedir (53).

## **E. NÖRONAL SEROİD LİPOFUSKİNOZ (NSL)**

Hayvan (özellikle köpek) (54) ve insanlarda çok yaygın olarak görülen nörodejeneratif otozomal resesif kalıtmı bir hastalıktır. Bu hastalığın patogenezi hala açıklık kazanmamıştır. Bir hipoteze göre hastalığın oluşumunda nöronlarda biriken protein etkilidir. Lizozomal depo hastalıkları arasında farklı bir grup olarak sınıflandırılır. Nöronlarda ve diğer birçok hücre tiplerindeki lizozomlarda seroid ve lipofuskin lipopigmenti ile aynı boyanma ve floresans özelliği gösteren ve hidrofobik özellik taşıyan proteinlerin birikmesiyle karakterizedir (2).

İki grup NSL tanımlanmıştır;

Birinci grup NSL’de lizozomların içine mitokondrial ATP sentezinin c subünit proteini birikir. Ayrıca az miktarda SAP A ve SAP D de birikim gösterir. Bu grupta elektron mikroskopik olarak lamellar yapının görülmesi oldukça karakteristiktir (2, 54, 57)

İkinci grup NSL’de ise ağırlıklı olarak biriken materyal, iki grup sfingolipid aktivatör proteini (SAP) SAP A ve SAP D’dir. Elektron mikroskopik olarak granular ozmofilik depolanma ile karakterizedir. Minyatür Schnauzer ırkı köpeklerde ve Swedish Landrace koyunlarında görülür (5).

Nöronal seroid lipofuskinozun mekanizması tam olarak anlayılamamış olsa da lizozomal palmitoyl protein thioesterase enziminin eksikliğinden kaynaklanır. İkinci grup NSL’de genellikle hayvanlarda ve insanların bebeklik döneminde görülür (54).

Beyinde atrofi görülür ve başta vagal sinir olmakla birlikte periferel sinirlerde genişleme vardır. Atrofik beyin hemisferleri incelendiğinde lateral ventriküllerde genişleme her zaman görülebilir. Atrofik beyinlerde, sarı ile kahverengi arasında renk değişimi görülür ancak her olguda belirgin değildir. Bazı durumlarda beyincik atrofisi de eşlik edebilir (55).

Nöronal seroid lipofuskinozda birçok organlarda birikimlere rastlanabilmesine karşın lezyonlar genellikle beyin korteksi ve retina nöronları ile purkinje hücrelerinde meydana gelir. Retinal atrofi perivasküler makrofaj infiltrasyonu, gliosis, retinal ganglion nöronlarında otofloresans lipopigment birikimi vardır (54, 56). Bunun yanında hepatosit, kardiomyosit ve renal tübül epitellerinde vakuoller görülür (57).

## **VI. ULTRASTRÜKTÜREL PATOLOJİ**

Elektron mikroskopi, LDH’nın tanısı için oldukça önemli bir metottür. Etkilenen hücrelerde çok sayıda genişlemiş sekonder lizozomların görülmesi tanıya önemli katkı sağlar. Epoksi-Resin emdirilmiş dokular elektron mikroskopik incelemeler için uygundur.



Sfingolipid biriken hastalarda hücrede biriken materyal konsantrik membranlı lamellar yapıya sahiptir. Bu konsantrik lamellar görünüm GM1 ve GM2 gangliosidoz için de karakteristiktir (19).

Alfa-mannosidozlu hastalarda hücrenin içinde biriken depo materyal yapraksal membran şeklinde ince fibriler yapıda veya boş görülür (1,2).

Glukoserebrosidoz ve galaktoserebrosidoz olgularında hücrenin içinde biriken depo materyal anormal kıvrımlı mikrotübüler yapı ile karakterizedir (1,2). Mukopolisakkaridoz için tanıtıcı elektron mikroskopik görünüm ise zebra cisimciğidir (4).

Mannosidoz ve fukosidozda doku takip işlemleri sırasında suda çözünebilir materyal gözden silinir ve büyük-içi boş membranlı yapılar olarak görülürler. Tip II glikojen depo hastalıklarında membranla çevrili sitozomların içinde glikojen partikülleri şekillenmektedir (19).

Nöronal seroid lipofuskinozda, elektron yoğun sitozomların eğri çizgilerden meydana gelen parmak izi şeklinde multilamellar materyalin bulunması karakteristiktir (58). Bu da ikinci grup NSL'de granüler ozmofilik depozit (GROD) proteinlerin biriktiğinin göstergesidir. Birinci grup NSL'de tipik görünüm, lamellar profillerin şekillenmesidir (54).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

LDH, hem hayvan hem de insan sağlığında önemli bir yer tutar. Türkiye'de hayvanlarla alakalı olarak bu konuda yeterli bilgi birikimi bulunmamakla birlikte, özellikle ithalat izinlerinde genetik olarak taramanın faydalı olabileceği ve ulusal düzeyde mutant bireylerin taranmasının gerekliliği önem arz eder. Bu hastalıklarla ilgili ileri düzey çalışmaların yapılabilmesi için de multidisipliner çalışmaların zorunluluğu da açık bir şekilde görülür. Hayvan modellerinin, insanlardaki hastalıkların gerek tedavide gerekse de patogenezlerinin araştırılmasında önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Dolayısıyla LDH'da hayvan modelleme yöntemleri üzerinde çalışılması gerektiği de görülüyor. Bunun için de veteriner ve tıp hekimlerinin ortak bir paydada buluşup her bir hastalığı ayrı ayrı değerlendirmeleri hem hayvan hem de insan sağlığı için gelecek nesillere ışık tutacağı açıktır.

## **KAYNAKLAR**

- 1) Walkley SU. Cellular Pathology of Lysosomal Storage Disorders. Brain Pathology 1998; 8: 175-193.

- 2) Jolly RD, Walkley SU. Lysosomal Storage Diseases of Animals: An Essay in Comparative Pathology. *Veterinary Pathology* 1997; 34: 527-548.
- 3) Milli ÜH, Hazıroğlu R. Veteriner Patoloji I. Cilt II. Baskı, Özkan Matbaacılık LTD. ŞTİ Ankara ss 2000; 257-262
- 4) Nschmann WU, Armien A, Wallace R, Wictor M, Oglesbee M. Neuronal Storage Disease in a Group of Captive Humboldt Penguins (*Spheniscus humboldti*). *Veterinary Pathology* 2006; 43: 1029–1033.
- 5) Brian AS, Cummings JF, Lahunta A. Lysosomal Storage Disease *Veterinary Neuropathology*, USA p 1995; 214-236.
- 6) Lee RE. The Fine Structure Of The Cerebroside Occurring in Gaucher's Disease. *The Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 1968; 61(2): 484-9
- 7) Futerman AH, Meer GV. The Cell Biology Of Lysosomal Storage Disorders. *Nature Reviews Molecular Cell Biology* 2004; 5: 554– 565
- 8) Geel TM, Mclaughlin PM, Leij LF, Ruiters MH, Niezen-Koning KE. Pompe Disease: Current State Of Treatment Modalities And Animal Models. *Molecular Genetics and Metabolisma* 2007; 92: 299–307.
- 9) Engel AG. Acid Maltase Deficiency In Adults: Studies In Four Cases Of A Syndrome Which May Mimic Muscular Dystrophy Or Other Myopathies. *Brain* 1970; 93: 599–616
- 10) Crawley, Allison CJ, Bonning, Lynda E, Finnie JW, Hopwood et al.  $\alpha$ -Mannosidosis In The Guinea Pig: A New Animal Model for Lysosomal Storage Disorders. *Pediatric Research* 1999; 46(5): 50.
- 11) Walkley SU, Siegel DA, Wurzelmann S. Ectopic Dendritogenesis And Associated Synapse Formation In Swainsonine-Induced Neuronal Storage Disease. *Journal of Neuroscience* 1988; 8(2): 445-57.
- 12) Jolly RD. Mannosidosis And Its Control In Angus And Murray Grey Cattle. *New Zealand Veterinary Journal* 1978; 26: 194-198.
- 13) Noyan A. Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji. *Meteksan yayınevi* s 2004; 82-95
- 14) Nikoletopoulou M, Papandreou E, Tavernarakis N. Autophagy In The Physiology And Pathology Of The Central Nervous System. *Cell Death and Differentiation* 2015; 22, 398–407

- 15) Schwake M, Schröder B, Saftig P. Lysosomal Membrane Proteins And Their Central Role In Physiology. *Traffic* 2013; (7): 739-48
- 16) Murray R, Mayes AP, Granner DK, Rodwellwv Harper's Biochemistry, Harper'in Biyokimyası Çeviren: MENTEŞ G, ERSÖZ B, Barış Kitabevi İstanbul s 1993; 292-298.
- 17) Nelson D, Cox MM. Lehninger Principles of Biochemistry, Lehninger Biyokimyanın İlkeleri Çeviri: KILIÇ N, Palme Yay. Ankara s 2005; 363-388.
- 18) Erer H, Kıran MM, Çiftçi MK. Veteriner Genel Patoloji I. Baskı, Bahçivanlar Basım Sanayi A.Ş. Konya s 2000; 114–116.
- 19) Warren CD, Alroy J. Morphological, Biochemical And Molecular Biology Approaches For The Diagnosis Of Lysosomal Storage Diseases. *Journal of Veterinary Diagnostic Investigation* 2000; 12: 483–496.
- 20) Martin RD, Rigat BA, Foureman P, Varadajan GS, Hwang M, Krum BK et al. Molecular Consequencesof The Pathogenic Mutation In Feline GM Gangliosidosis. *Molecular Genetics and Metabolisma* 2008; 94: 212-221.
- 21) Baker HJ, Lindsey JR, Mckhann GM, Farrell DF. Neuronal GM1 Gangliosidosis In A Siamese Cat with  $\beta$ -Galactosidase Deficiency. *Science* 1971; 174(4011): 838 – 839
- 22) Kolodny E, Frankel B, Torres P. Alroy J Raghavan S GM1-Gangliosidosis In An American Black Bear. *Molecular genetics and metabolism* 2007; 161: 68-72.
- 23) Muller G, Alldinger S, Moritz A, Zurbriggen A, Kirchhof N, Sewell A, Baumgartner W GM-gangliosidosis In Alaskan Huskies: Clinical and Pathologic Findings. *Veterinary Pathology* 2001; 38: 281–290
- 24) Barker CG, Blakemore WF, Dell A, Palmer AC, Tiller PR, Winchester BG. GM1 Gangliosidosis (Type 1) In A Cat. *Biochemical Journal* 1986; 235 (1): 151–158.
- 25) Ishikawa Y, LI SC, Wood PA, LI YT. Bio-Chemical Basis Of Type AB GM Gangliosidosis In A Japanese spaniel. *J Neurochem* (1987); 48(3): 860-4.
- 26) Fox J, Li YT, Dawson G, Alleman A, Johnsrude J, Schumacher J et al. Naturally Occurring GM Gangliosidosis In Two Muntjak Deer With Pathological And Biochemical Features Of Human Classical Tay-Sachs Disease (Type B GM gangliosidosis). *Acta Neuropathologica* 1999; 97(1): 57-62.
- 27) Yamato O, Matsuki N, Satoh H, Inaba M, Ono K, Yamasaki M et al. Sandhoff Disease In A Golden Retriever Dog. *Journal of Inherited Metabolic Disease* 2002; 25: 319–320

- 28) Cummings JF, Wood PA, Walkley SU, de Lahunta A, DeForest ME. GM2 Gangliosidosis In A Japanese Spaniel. *Acta Neuropathologica* 1985; 67(3-4): 247-53.
- 29) Zeng BJ, Torrens PA, Viner TC, Wang ZH, Raghavan SS, Alroy J et al. Spontaneous Appearance Of Tay–Sachs Disease In An Animal Model. *Molecular Genetics and Metabolism* 2008; 95: 59–65.
- 30) Hartley WJ, Blakemore WF. Neurovisceral Storage and Dysmyelinogenesis in Neonatal Goats. *Acta Neuropathologica* 1973; 25: 325-333
- 31) Wenger DA, Victoria T, Rafi MA, Luzi P, Vanier MT, Vite C et al. Globoid cell Leukodystrophy in Cairn and West Highland White Terriers. *The Journal of Heredity* 1999; 90: 138–142.
- 32) Van DE, Water NS, Jolly RD, Farrow BR. Canine Gaucher Disease--The Enzymic Defect. *Australian Journal of Experimental Biology & Medical Science* 1979; 57(5): 551-4.
- 33) June DA, Wenger MS, Stanley TK, Snyder P, Kingston RS. Niemann-Pick Disease: A Genetic Model in Siamese Cats. *Science* 1980; 208: 27.
- 34) Saunders GK, Wenger AD. Sphingomyelinase Deficiency( Niemann-Pick Disease) In A Hereford Calf. *Veterinary Pathology* 2008; 45: 201-202
- 35) Bjurulf B, Spetalen S, Erichsen A, Wanier MT, Strom E, Stromme P et al. Disease Type C2 Presenting As Fatal Pulmonary Alveolar Lipoproteinosis: Morphological Findings In Lung And Nervous Tissue. *Medical Science Monitor* 2008; 14(8): 71-75.
- 36) Hocking JD, Jolly RD, Battr D. An Inherited Lysosomal Storage Disease Deficiency Of A-Mannosidase In Angus Cattle. *Biochemical Journal* 1972; 128: 69-78.
- 37) Stegelmeie B, Molyneux RJ, Elbein AD, James LF. The Lesions of Locoweed (*Astragalus Mollissimus*), Swainsonine, And Castanospermine In Rats. *Veterinary Pathology* 1995; 32: 289–298
- 38) Vandavelde M, Fankhauser R, Bichsel P, Wiesmann U, Herschkowitz N. Hereditary Neurovisceral Mannosidosis Associated With Alpha-Mannosidase Deficiency In A Family Of Persian Cats. *Acta Neuropathol* 1982; 58(1): 64-8.
- 39) Raghavan S, Stuer G, Riviere L, Alroy J, Kolodny EH. Characterization Of Alpha-Mannosidase In Feline Mannosidosis. *J Inherit Metab Dis.* 1988; 11(1): 3-16.
- 40) Bryan L, Schmutz S, Hodges SD, Snyder FF. *Biochem Biophys Res Commun.* Bovine Beta-Mannosidase Deficiency 1990; Dec 14; 173(2): 491-5.

- 41) Margaret ZJ and Abbitt B. Bovine  $\beta$ -Mannosidosis. *American Journal of Pathology* 1993; 142: 3.
- 42) Jolly RD, Thompson KG, Bayliss SL, Vidler BM, Orr MB, Healy PJ. Beta-Mannosidosis In A Salers Calf: A New Storage Disease Of Cattle. *New Zealand Veterinary Journal* 1990; 38(3): 102-5.
- 43) Skelly B, Sargan DR, Herrtage ME, Winchester BG. The Molecular Defect Underlying Canine Fucosidosis. *Journal of Medical Genetics* 1996; 33: 284–288
- 44) Brown ED, Thrall MA, Walkley SU, Wenger DA, Mitchell WT, Royals K et al. Feline Niemann-Pick Disease Type C. *American Journal of Pathology* 1994; 144: 6.
- 45) Hout HV, Reuser AJ, Vulto AG, Loonen MC, Ploeg AT. Recombinant Human Alphasglucosidase From Rabbit Milk In Pompe Patients. *Lancet* 2000; 356: 397–398.
- 46) Wilkerson MJ, Lewis DC, Marks S, Prieur DJ. Clinical and Morphologic Features of Mucopolysaccharidosis Type II in a Dog: Naturally Occurring Model of Hunter Syndrome. *Veterinary Pathology* 1998; 35: 230-233.
- 47) Mark E.Haskins Animal models For Mucopolysaccharidosis Disorders And Their Clinical Relevance. *Acta Pædiatrica* 2001; 4803–5253
- 48) Frances MP, Lachmann RH. Treating Iysosomal Storage Disorders: Current Practice And Future Prospects. *Biophysica Acta* 2008; 159: 9-34.
- 49) Vogler C, Levy B, Galvin N, Sands MS, Birkenmeier EH, Sly WS et al. A Novel Model Of Murine Mucopolysaccharidosis Type VII Due To An Intracisternal A Particle Element Transposition Into The Beta-Glucuronidase Gene: Clinical And Pathologic Findings. *Pediatric Research* 2001; 49(3): 342-348.
- 50) Schultheiss PC, Gardner SA, Owens JM, Wenger DA, Thrall MA. Mucopolysaccharidosis VII In A Cat. *Veterinary Pathology* 2000; 37: 502–505.
- 51) Karageorgos L, Hill B, Bawden MJ, Hopwood JJ. Bovine Mucopolysaccharidosis Type IIIB. *Journal of Inherited Metabolic Disease* 2007; 30: 358–364.
- 52) Jolly RD, Johnstone AC, Norman EJ, Hopwood JJ, Walkley SU. Pathology of Mucopolysaccharidosis IIIA In Huntaway Dogs. *Veterinary Pathology* 2007; 44: 569–578.
- 53) Muenzer J. Overview of The Mucopolysaccharidoses. *Rheumatology*. (2011) 5:v4-12. doi: 10.1093/rheumatology/ker394.

- 54) Rossmeisl JH, Duncan R, Fox J, Erin S, Karen D. Neuronal Ceroid-Lipofuscinosis In A Labrador Retriever. *Journal Of Veterinary Diagnostic Investigation* 2003; 15: 457–460.
- 55) Cesta MF, Mozzachio K, Little PB, Olby NJ, Sills RC, Brown TT. Neuronal Ceroid Lipofuscinosis in a Vietnamese Pot-bellied Pig (*Sus scrofa*). *Veterinary Pathology* 2006; 43: 556–560.
- 56) Hafner S, Flynn TE, Harmon BG, Hill JE. Neuronal Ceroid-Lipofuscinosis In A Holstein Steer. *Journal of Veterinary Diagnostic Investigation* 2005; 17: 194–197.
- 57) Cárceles-Trullols J, Kovács AD, Pearce DA. Cell biology of the NCL proteins: What They Do And Don't Do. *Biochimica et Biophysica Acta* (2015) 925-4439(15)00145-3 doi: 10.1016/j.bbadis.2015.04.027.
- 58) Bauder B, Thalhammer J, Nowotny N, Kolodziejek J, Herout N, Furst S et al. Equine Neuronal Ceroid Lipofuscinosis. *Acta Neuropathologica* 2001; 101: 410–414.

## KADIN SAĞLIĞI TARAMASINDA GÜNCEL DURUM

Gülbahtiyar DEMİREL<sup>1</sup>, Zehra GÖLBAŞI<sup>2</sup>

### ÖZET

Kısa/uzun süreli yaşanan sağlık sorunları ve kronik hastalıklar kişinin yaşam aktivitelerini sınırlamakta ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Bu nedenle kadınlar yaşamları süresince yaşam kalitelerini etkileyecek/bozacak bir dizi hastalıklarla karşılaşacaklarından haberdar olmalıdırlar. Tarama programları ile herhangi bir hastalığa özgü belirti ortaya çıkmadan önce saptanması mümkündür. Hastalık semptomlarına sahip bireylerin başvurmasını beklemek yerine, tarama programları ile asemptomatik dönemde hastaları yakalamak, gerek birey gerekse toplum açısından çok önemlidir. Günümüzde kadın sağlığına yönelik bazı kanserler, jinekolojik sorunlar ve kronik hastalıklarla ilgili tarama yöntemleri mevcuttur. Toplum ve bireyle sürekli iletişim halinde olan sağlık çalışanları, kadın sağlığı açısından önemli olan tarama programları konusunda sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmeli, kendi sağlıklarını korumada daha duyarlı hale getirmelidir. Ayrıca, sağlık çalışanları da kendi sağlıklarını koruma konusunda çok duyarlı olmalıdır. Bu nedenle bu makalede kadın sağlığı taramasına yönelik bilgilerin, güncel literatür doğrultusunda paylaşılması amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Kadın Sağlığı; Kadın Sağlık Sorunları; Tarama Programları.

## CURRENT STATUS IN SCREENING OF WOMEN'S HEALTH

### ABSTRACT

It is probable that chronic illnesses and disease problems in short/long period limit the daily life activities and affect the quality of life. Therefore, women should be informed that they may face some illnesses affecting/corrupting their quality of life during their life period. It is possible to detect the symptoms specific to any disease before its emergence through some screening programs. It is very crucial for individuals and society to detect patients having related symptoms in asymptomatic period through some tests instead of waiting for their application. Nowadays, there are available screening methods about some cancers, gynaecological problems and chronic diseases related to women's health. The medical staff who are in constant communication with patients (as a supervisor) should inform the individuals about screening tests related with gynaecology and proper health habits by collecting appropriate data and providing health care consulting service in order to make them more conscious about protecting their health. Moreover, the medical staff should also be very sensitive in preventing their own health. Therefore, in this article, it is intended to share information about women's health screening in accordance with the current literature.

**Key Words:** Women's Health; Problems of Women's Health; Screening Programs.

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

<sup>2</sup>Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**İletişim / Corresponding Author:** Gülbahtiyar DEMİREL  
Tel: 0346-2191010-177 e-mail: zehragolbasi@gmail.com

**Geliş Tarihi/ Received:** 07.11.2014  
**Kabul Tarihi/ Accepted:** 14.07.2015

## **GİRİŞ**

20. yüzyılda özellikle gelişmiş ülkelerde kadınların ortalama yaşam süresi neredeyse iki katına ulaşmak üzeredir. Türkiye’de de ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre kadınlarda 2013 yılı doğuştan beklenen yaşam süresi 79,4 iken 2023 yılında 80,2’ye ulaşacağı tahmin edilmektedir (1). Bireylerin beklenen yaşam sürelerinin uzaması ve yaşamdan beklentilerinin artması ile birlikte 20. yüzyılın ortalarından itibaren yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmış ve yaşam kalitesinin önemi artmıştır. Kronik hastalıklar ve yaşanan sağlık sorunları kişinin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (2). Tarama programları ile kadınların yaşam kalitelerini etkileyecek/bozacak bir dizi hastalıkla karşılaşmaması mümkündür (3). Tarama, hastalıkların kontrolü amacıyla asemptomatik kişi ya da kişilerin muayene edilmesi ve incelenmesidir (4,5). Tarama testleri "hastalık bulguları olmayan" ancak risk altındaki kişilere uygulanır. Amaç, görünüşte sağlıklı olan kişilerde, (varsa) pozitif bir bulgunun erken dönemde daha ileri yöntemler ile doğrulanmak üzere ortaya çıkarılmasıdır (5,6). Hastaları taramalar ile asemptomatik dönemde yakalamak, gerek birey gerekse toplum açısından çok önemlidir (5).

Tarama programına alınacak bir hastalığın, önemli bir sağlık sorunu olması, erken dönemde tanınabilmesi, tedavisinin erken dönemde daha etkin olması, uygun ve kolay uygulanabilir bir testinin olması, bu testin toplum tarafından kabul görmesi, tanı ve tedavi için uygun şartların mevcut olması gerekir (6). Bu derlemede, kadın sağlığı açısından önemli olan bazı hastalıklara yönelik güncel tarama programları ve testlere sağlık çalışanlarının dikkatini çekerek konuya olan duyarlılığın artırılması amaçlanmıştır.

## **I. YAYGIN GÖRÜLEN KADIN SAĞLIĞI SORUNLARINA YÖNELİK TARAMA PROGRAMLARI**

### **A. Meme Kanseri ve Jinekolojik Kanserler**

Kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle meme kanseri ve jinekolojik kanserler çok yönlü olarak ele alınmalıdır. Çünkü bu kanserlerin tanı ve tedavi işlemleri sırasında, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili önemli endişeler ortaya çıkmaktadır (7). Kanseri riski altında olanların saptanması ve erken tanı, kanserin önlenmesinde iki önemli faktördür (8). Kanseri tarama testleri kesin tanı yöntemi değildir, kesin tanı yöntemlerinin (Biopsi) uygulanacağı riskli



grubu belirler. Semptom ve bulgusu olmayan hedef popülasyona (tüm kadınlara) yapılır. Bu nedenle her yerde ve kolay uygulanmalı, ucuz ve etkili olmalı ve toplum tarafından kabul edilir olmalıdır (9).

### 1. Meme Kanseri

Tüm dünyada kadınlarda görülen her beş yeni kanser vakasından birisi olup (10-13), kadınların kanserden ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (13). Dünyada 100.000’de 38,9 oranında görülen meme kanseri, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre 100.000’de 40,7’dir (14). Meme kanserindeki risk faktörleri; yaş, BRCA (Breast Cancer) 1-2 mutasyonu, ikiden fazla 1. derece akrabada erken yaşta meme Ca öyküsü, bir memede kanser öyküsü, postmenopozal kadında mamografide yüksek dansite, 1. derece akrabada meme Ca, yüksek doz radyasyon, yüksek postmenopozal kemik dansitesi, ilk gebeliğin 35 yaş üzerinde olması, 12 yaş öncesi menarş, 55 yaş sonrası menopoz, postmenopozal obezite, uzun dönem hormon tedavisi kullanımındır (3).

Taramalarla, meme kanserini erken dönemde yakalayıp, etkili tanı koyma yolları ve en iyi tedavilerle, mevcut meme kanseri mortalite hızlarını düşürmek ve toplumdaki hastalığın sıklığını azaltmak mümkündür. Pek çok gelişmiş ülkede insidanda devamlı bir artış olmasına rağmen mortalite oranları sabit kalmıştır. Meme kanseri mortalitesindeki bu azalmaların sebebi erken teşhis ve geliştirilmiş tedavinin birleşimine bağlanmıştır (9). Meme kanseri mortalite oranlarının ve meme kanseri hastalık yükünün tarama programları ile azaltılabileceği kesindir (15,16). Ülkemiz ve tüm dünyada özellikle meme kanseri taramalarının çok etkili olduğu söylenebilir (17). Taramalar ile Amerika’da meme kanserinden ölüm oranı 2000 yılında %20, 2005 yılında %25 azalmıştır. Aynı şekilde İsveç, Hollanda ve Danimarka’da da ölüm oranlarında azalma izlenmiştir. Ülkemizde ölüm oranındaki azalma ile ilgili veriler eksik olmakla birlikte şu anda meme kanseri taramaları kapsama oranı %20-30 arasındadır ve teşhis edilen olguların yarısından çoğu ileri evrededir (14).

Meme kanseri taraması, tarama hizmetlerinin verildiği merkezlere sağlık personeli tarafından gönderilen veya kadınların kendilerinin başvurularını içeren “fırsatçı” faaliyetler ve organize programlar gibi çeşitli yollarla gerçekleştirilebilir. Uygulamadan, kalite güvencesinden ve değerlendirmeden sorumlu idari bir yapıya sahip olmaları nedeniyle organize programlar tavsiye edilmektedir. Tarama süreci, seçilebilir kadınların

bilgilendirilmesi ve taramaya katılmaya davet edilmesi ile başlar, tarama testinin gerçekleştirilmesinden (pek çok durumda mamografi) test sonuçları şüpheli olan kadınların tanı değerlendirmesine ve eğer gerekiyorsa, taramada lezyonları olduğu tespit edilen kadınların tedavisine kadar uzanır (9). Meme kanseri tarama testleri arasında kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile tarama, klinik meme muayenesi (KMM) ile tarama ve mamografi ile tarama önemli bir yer tutar (5,10,16,18). Literatürde KKMM'nin ve KMM'nin meme kanseri mortalitesini düşürmedeki etkisinin düşük olduğu belirtilmektedir (10,19,20). Mamografi ise uzun yıllardır KMM ve KKMM ile birlikte meme kanserinin erken tanısı için önerilen bir yöntem olup, meme kanseri taramasında özgüllüğü ve duyarlılığı daha iyi olan başka bir tarama yöntemi bulunmamaktadır (16). Ancak meme muayenesi olmadan yapılan mamografik değerlendirmede duyarlılığın %10-15 oranında azaldığı hesaplanmıştır (21). KKMM yapanlarda kanseri erken dönemde belirleme oranının, yapmayanlardan yüksek bulunduğu net bir şekilde bildirilmiştir (22-26). Meme kanseri mortalitesini azaltan (27) tarama amaçlı mamografi meme kanserine ilişkin yakınması ya da bulgusu olmayan kadınlara uygulanan, erken tanıda yararı gösterilmiş tek görüntüleme yöntemidir (21). Gothenburg yaptığı çalışmada, kanser taramasının meme kanseri ölümlerini özellikle 50 yaş altındaki olgularda önemli ölçüde azalttığını saptamıştır (28). Kırk yaşından itibaren mamografi ile meme kanseri taraması kadınlarda meme kanserinden ölüm oranını %31 azaltmıştır (29). Schopper ve de Wolf'un, analizinde de 50 yaş üzerindeki kadınlarda meme kanseri mortalitesindeki azalma farklı tarama programlarında %16-36 arasında verilmiştir (30). Taramaların genel sonuçları ve kalitesi tarama sürecinin her bir adımındaki performansa bağlıdır. Program uygulamasına yönelik olarak, taramaya davetin en iyi seviyeye getirilmesi ve tarama performansının ve etkisinin değerlendirilmesi amacıyla popülasyon ve kanser kayıt merkezleri ile bağlantı sağlanması gibi imkanlarla tarama sürecinin etkin bir şekilde yönetimi ve sürekli geliştirilmesine olanak sağlayan örgütsel bir çerçevede sağlanmasından ötürü popülasyon tabanlı yaklaşımlar tavsiye edilmektedir (9).

**KKMM:** 20 yaşından başlayarak her ay yapılması önerilir (31). KKMM'nin yerini yeni bir kavram olan "meme farkındalığı" (MF) almıştır. MF'de memelerin normal görünüp görünmediği, normal hissedilip hissedilmediği önem taşımaktadır (12).

**KMM:** 20-40 yaş arası 3 yılda bir, 40 yaş üzerindeki kadınlarda ise her yıl doktor tarafından yapılması önerilir (32).

**Ultrasonografi:** Tek başına bir tarama testi değildir. Gerekli görüldüğünde diğer testlere eklenmelidir (33).

**Meme MR'ı:** Ailesinde meme kanseri olan, yüksek riskli kişilerde faydalı olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerde tarama testi olarak kullanımını inceleyen çalışmalar devam etmektedir.

**Mamografi:** Asemptomatik pek çok kadın üzerinde gerçekleştirilir. Mamografinin neden olduğu potansiyel zararlar arasında gereksiz anksiyete ve morbidite, uygun olmayan ekonomik maliyet ve iyonlaştırıcı radyasyon kullanımı bulunmaktadır (9). Çok sayıda ülke mamografi taramasının kalite güvencesi konusundaki yönerge ve yönetmelikleri benimsemiştir (34). Amerika Birleşik Devletleri'nde Mamografi Kalite Standartları Yasası (MQSA) mamografi tesislerinin sertifikasyonunu zorunlu hale getirmiştir (35). Meme kanseri taramasında ve teşhisinde kalite güvencesinin sağlanması için uzmanlarca multidisipliner yönergeler hazırlanmış ve bu yönergeler Avrupa Komisyonu tarafından yayınlanmıştır (36). Avrupa Birliği Konseyi Avrupa Birliği üyesi tüm ülkelere popülasyon tabanlı meme kanseri tarama programlarını AB yönergesine göre uygulamalarını tavsiye etmiştir (37). Meme kanseri mortalitesini azaltması bakımından bir yararlılık gösterdiği kanıtlanmamış olmasına rağmen (38) KMM ve KKMM'si mamografi tabanlı tarama programlarında interval kanserlerin tespit edilmesinde yardımcı olabilmektedir.

**Tablo 1:** Meme Kanseri Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi

Yaş grubu	Yöntem	Uygulama sıklığı
20-39	KKMM (MF)	Her ay
	Klinik Muayene	3 yılda bir
40 ve üzeri	KKMM (MF)	Her ay
	Klinik Muayene	Her yıl
	Mamografi	Her yıl

American Cancer Society. Breast Cancer. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. 2011; <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer>

Mamografi 40-49 yaşında olduğu kadar 50 yaş ve üzerinde de yararlıdır. 50-69 yaş grubunda mortalite de %30-40 azalma saptanmıştır. 70 yaş üzerindeki grupta faydası

tartışmalıdır (32). Bazı ülkeler 70-74 yaş aralığındaki kadınlara tarama hizmeti sunmaktadır fakat analiz 70 yaş altındaki kadınlarla sınırlı tutulmuştur. Ortalama 13 yıllık bir takip döneminde popülasyonda gözlemlenen %27'lik mortalite düşüşü (taranan ve taranmayan kadınlar tüm kadınlar için) fiilen taramadan geçen kadınlarda %40-45'lik bir mortalite düşüşüne karşılık gelmektedir (9). Amerikan Kanser Birliği (2009) 40 yaşından itibaren mamografi yapılmasını önermektedir (Tablo 1) (12). BRCA 1-2 geni taşıyan kadınlar gibi yüksek risk taşıyanlarda taramanın daha erken başlatılması gibi ek tarama stratejileri önem kazanır. BRCA 1-2 mutasyonu taşıyanlarda yıllık mamografiye 25-35 yaşta başlanması, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile inceleme yapılması ve ultrasonografiye başvurulması önerilmektedir (39, 40).

## 2. Serviks Kanseri

Dünyada kadın kanserleri arasında meme kanserinden sonra ikinci sırada serviks kanseri gelmektedir (41-43). Servikal kanser riskini artıran faktörler arasında: çok eşli cinsel yaşamın olması, erken yaşta koitusun olması (<16 yaş), cinsel yolla geçen hastalığa sahip olunması (özellikle Human Papilloma Virüs tip16-18, Herpes Simpleks tip II ve HIV), immunosupresyon durumunun olması vb. sayılabilir (44, 45). İyi tarif edilmiş uzun preinvaziv sürecin varlığı nedeniyle serviks kanseri kadınlarda erken tanı ile önlenmektedir. Bunun nedeni, (46,47). Servikal kanserin preinvaziv bir evresinin olması, bu dönemde hastaların yakalanabilmesi ve etkin olarak tedavi edilebilmesi bu hastalığa özgü önemli bir özellik olup tarama ve erken tanıya imkan vermektedir. Böylece daha çok hasta preinvaziv veya erken evrede yakalanabilmekte böylece sağ kalım oranları yükseltilebilmektedir (44,48). Bu nedenle serviks kanseri için tarama testi geliştirilmiştir. Pek çok gelişmiş ülkede serviks kanseri tarama programlarının uygulanmasından sonra geçtiğimiz elli yılda serviks kanseri insidans ve mortalitesinde bir düşüş gözlenmiştir. İnsan papillom virüsünün (HPV) onkojenik türlerinden bir veya birkaçı ile kalıcı bir şekilde enfekte olunması serviks neoplazisinin sebebidir ve serviks kanseri serviks epitelyumunun yaygın viral enfeksiyonunun uzun vadedeki nadiren rastlanan bir sonucudur. Bu bilgi serviks taraması için HPV aşısı ve HPV testi yapılması gibi yeni önleme yöntemlerinin uygulanmasına yol açmıştır. HPV aşısı uzun vadede heyecan verici ve yeni bir önleyici seçenek olarak ortaya çıkarken bugün serviks kanserinin tüm dünyada önlenmesinde tarama hala başlıca stratejidir (9). En genel ve en yaygın olarak uygulanan serviks tarama testi olan konvansiyonel servikal sitoloji (Pap smear)

servikal prekanseröz lezyonların erken teşhisinden ve başarılı tarama programlarının uygulandığı dünyanın gelişmiş pek çok bölgesindeki invaziv serviks kanseri insidansı ve mortalitesinin düşürülmesinden büyük ölçüde sorumludur (48-51). Pap smear için örnek alma saklama ve boyama hataları yanında subjektif değerlendirme kriterleri bu testin tanısallık etkinliğini azaltmakta ve hatalı negatif yada pozitif test oranlarını artırmaktadır. Pap smear testinin belli kısıtlamalarının olması, bazı alternatif tarama testlerinin geliştirilmesine ve değerlendirilmesine neden olmuştur (47). Bunlar;

1. Konvansiyonel Servikal Sitoloji (Pap Smear)
2. Sıvı bazlı sitoloji
3. HPV DNA testleri
4. Auto pap sistemleri
5. Gözle muayene (Visuel inspeksiyon -VIA, VILI)
6. Servikografi
7. Servikal Floresan spektroskopi
8. Multispektral dijital kolposkopi
9. Optik tomografi (48,52-54).

*Konvansiyonel Servikal Sitoloji (Pap smear):* Erken tanı için serviks kanserinde kullanılan bir tarama yöntemidir. Eşsiz bir tarama yöntemi olan Pap smear testi, kadınlar tarafından kolay kabul edilebilmekte, ucuz ve kolay olabilmekte ve toplumsal taramalarda kullanılarak serviks kanserinden ölümleri yaklaşık %75 oranında düşürebilmektedir (48,49). Serviks kanserini, klinik olarak ortaya çıkmadan önce %90-95'e varan bir doğrulukla saptar. Pap smearin yaygın kullanımından sonra invaziv servikal kanser insidansında gerileme olmuştur (49,50). Nanda ve Pitkin, 90 araştırma arasından en güvenilir veri içeren 12 çalışmada duyarlılığın %30-87 ve özgüllüğün %86-100 arasında olduğunu göstermişlerdir (55). Tablo 2'de Pap smear için American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) kriterleri ve Amerikan Kanser Birliği kriterleri yer almaktadır (56,57). Türkiye'de "Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları" 2007 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmıştır. Türkiye'de yürütülecek toplum tabanlı bir tarama programında "35-40 yaş aralığındaki tüm kadınlara en az 1 kez smear yapılması, 5 yıllık aralarla tekrarlanması ve son 2 testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramanın sonlandırılması" önerilmektedir (58).

*Sıvı Bazlı Sitoloji:* Sıvı bazlı sitoloji servikal hücreleri içeren bir sıvı ortamın işleme tabi tutulması ile hazırlanan bir örnek ince katman halindeki servikal hücrelere dayanmakta

ve smearin geliştirilmiş numune yeterliliği ve mikroskopik olarak okunabilirliğini sağlamaktadır. Bu yöntem pap testinden daha pahalıdır (48, 54). Glandüler lezyon saptama özgülüğü ve intraepitelyal lezyonlara duyarlılığı Pap testinden daha fazla olduğunu destekleyen çalışmalar olsa da (48,52). En son yapılan inceleme sonuçları (59) ve randomize kontrollü bir çalışma (60) sıvı bazlı sitoloji'nin daha iyi bir performans gösterdiğine dair iddiaları desteklememektedir.

**Tablo 2:** Pap smear için ACOG ve Amerikan Kanser Birliği Kriterleri

**American College of Obstetricians and Gynecologists Kriterleri**

- Servikal kanser için taramalar 21 yaşında başlamalıdır. Tarama yapılma sıklığı yaşına ve sağlık özgeçmişine bağlı olarak değişmelidir.
- 21-29 yaş aralığındaki kadınlar her 3 yılda bir Pap test yaptırmalıdır. Anormal bir Pap test sonucundan sonra gerekli olmadıkça HPV testi yapılmamalıdır.
- 30-65 yaş aralığındaki kadınlar her 5 yılda bir hem Pap test ve hem de HPV testi yaptırmalıdır (tercih edilen yaklaşım). Her 3 yılda bir yalnızca Pap test de kabul edilebilir.
- 65 yaşının üzerindeki kadınların önceki tarama testleri negatif ise taramaya gerek yoktur. Servikal pre-kanser tanısı almış kadınlar taramaya devam edilmelidir.
- Histerektomi sonrası taramaya gerek yoktur.
- HPV aşısı sonrası kendi yaş grubu için geçerli olan tarama önerileri (HPV aşısı yaptırmayanlardaki gibi) takip edilmelidir.
- Servikal kanser açısından yüksek risk grubunda olan kadınların daha sık tarama yaptırmaları gerekebilir. Yüksek risk grubunu DES maruz kalan, organ nakli olan ve HIV enfeksiyonu olan kadınlar oluşturmaktadır.

Saslow D, Soloman D, Lawson H, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Paphology and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the prevention and early detectin of cervical cancer. CA Cancer J Clin. 2012; 62(3):147-72.

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Cervical cancer screening. 2013; <http://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq085.pdf?dmc=1&ts=20140129T0613134296>

*HPV testi:* Mevcut tüm servikal tarama testleri içerisinde en objektif ve tekrarlanabilenidir. Kadınların tekrar eden taramalardan geçirilmesinin mümkün olmadığı düşük kaynaklara sahip ortamlarda HPV testi hastalık riski taşıyan kadınların belirlenmesi ve

sınırlı kaynakların bu kadınlara tahsis edilmesine ilişkin nesnel bir yöntem sağlayabilir. Fakat diğer testlere göre en pahalı olanıdır. Yaygın CİN 2 veya daha kötü lezyonlar için sitolojiye oranla daha hassastır (42,47,61,62). Yapılan çalışmalarda HPV testinin duyarlılığı %66-100, özgüllüğü %61-96'dır (62-64).

*Gözle Muayene:* Gözle muayene seyreltilmiş asetik asit veya Lugol iyot çözeltisi uygulandıktan sonra gerçekleştirilmektedir. Asetik asit kullanılarak yapılan VIA pamuk bir çubuk veya sprey kullanılarak %3-5 asetik asit uygulandıktan 1-2 dakika sonra serviksin parlak bir fener ışığı veya halojen lamba altında serviksin çıplak gözle muayene edilmesini içermektedir. Yapılan çalışmalarda VIA'nın duyarlılığı %67-79, özgüllüğü %49-97'dir (9, 54,65,66). Görsel muayene sonrasında test sonuçlarının hemen alınması, taramada pozitif çıkan kadınların tedavisinde yüksek oranda uyum sağlamak amacıyla invazif kanserin hiçbir klinik bulgusunu taşımayan ve ablatif terapi görmek için gerekli kriterleri taşıyan kadınların kolposkopi veya histoloji gibi teyit edici tetkikler olmaksızın hemen kriyoterapi ile tedavi edildiği "tara ve tedavi et" ve "tek vizit" yaklaşımı seçeneğinin yolunu açmıştır. Hindistan'da yapılan çalışmada VIA taramasının başlangıcından itibaren 7 yıl içinde serviks kanseri insidansında %25'lik, mortalitesinde ise %35'lik bir azalma gözlemlenmiştir (67). Lugol iyot çözeltisi ile gözle muayene (VILI), Lugol iyodunu uyguladıktan sonra transformasyon sonunda hardal sarısı lezyonları tespit etmek amacıyla serviksin çıplak gözle muayene edilmesidir (66). VILI'nin duyarlılığı %44 ile %92 arasında, özgüllüğü ise %75 ile %85 arasında değişmiştir (54, 66).

Serviks kanserinin önlenmesinin önündeki en büyük engel hiç taramadan geçmemektir. Organize tarama genel olarak fırsatçı taramaya kıyasla somut olarak daha etkili ve verimlidir. Halk sağlığı seviyesinde, sağlık hizmetleri alt yapısı, uygun maliyet ve aşılama ile tarama programlarını başlatacak kapasite serviks kanserinin kontrolünde önemli faktörlerdir. Sitolojiye, görsel tarama testlerine veya HPV testlerine dayalı olarak yürütülecek tarama programlarının nasıl uygulanacağı konusunda somut bilgiler bugün mevcuttur ve uygun tarama programları ciddi biçimde uygulanırsa bu tür faaliyetler köklü halk sağlığı yararları sağlama potansiyeline sahiptir (9).

### **3. Endometrium Kanseri**

Bu hastalık ileri yaşlarda görülmesi ve erken belirti vermesi nedeniyle (kanama, özellikle menopozdaki bir kadında görülen vajinal kanama) %75 oranında başlangıç

evrelerinde yakalanır. Bu nedenle tedavi edilen kadınlarda 5 yıllık yaşam şansı ortalama %70 civarındadır. Tarama testi olarak Pap smear testi, transvajinal ultrasonografi, serum CA 125 düzeyi, endometrial örnekleme (endometrial biyopsi, probe küretaj veya fraksiyone küretaj D&C) kullanılmaktadır (32). Endometrial örneklemede tanısal doğruluk %90-98'dir (68). Günümüzde rutin önerilen tarama testi yoktur.

#### **4. Over Kanseri**

Amerikan Kanser Birliği'ne göre ABD'de kadınlarda görülen tüm kanserler içerisinde over kanseri görülme oranı %3'tür. Over kanserinin tüm dünyada görülme oranı %4, tüm kanser ölümlerinin %4.2'sini oluşturur (41). Bugün kabul gören bir tarama testi bulunmamaktadır. Bugüne kadar önerilen metotlar gereksiz laparotomi yapılmasını gerektiren pek çok yanlış pozitif sonuç vermiştir ve over kanserinin gelişiminin erken safhasında tespit edilmesine yetecek hassasiyete sahip değildirler. Rutin yıllık pelvik muayene, USG, riskli hastalarda tümör markeri (CA 125 düzeyi) kullanılsa da tanısal etkinlikleri düşüktür. (32,69). Asemptomatik pelvik kitle saptanan postmenapozal kadınlarda CA-125'in 65 UI/mL üzerinde saptanması (normal değeri <35 UI/mL) over kanseri tanısını %97 duyarlılık ve %78 özgüllük ile koydurur (70).

#### **5. Kolorektal Kanser**

Kadınlarda erken tanı ve taramanın önemli olduğu kanserlerden birisi de kolon kanseridir (71). Kadınlarda görülme sıklığı açısından 3. sırada olan kanser tiplerinden bir tanesidir (12). 2002 yılında tüm dünyadaki kolorektal kanser (CRC) yükü erkekler için 550.000 yeni vaka ve 278.000 ölüm ve kadınlar için 472.600 yeni vaka ve 255.000 ölüm olarak tahmin edilmiştir (9). Kolorektal kansere yönelik önerilen tarama programı şu şekildedir;

- 50 yaşından itibaren her yıl muayene ve dışkıda gizli kan bakılması: Farklı günlerde alınan 3 dışkı örneği test edilir.
- 50 yaşından itibaren 5 yılda bir sigmoidoskopi: Şüphelenilen bir bölge, polip, ülser vb. görülürse aynı zamanda biyopsi yapılmasına da olanak sağlar.
- 50 yaşından itibaren 10 yılda bir kolonoskopi veya 5-10 yılda bir defa barsak filmi çekilmesi: Kolonoskopi, şüphelenilen bir bölgede, polip, ülser vb. görülürse aynı zamanda biyopsi yapılmasına da olanak sağlar.



- 40 yaşının üzerinde yılda bir rektal tuşe: Sadece bu yöntem tarama için tek başına yeterli değildir (12).

Gaitada kolorektal kanser biyomarkörlerinin tesbit edilmesine yönelik olarak gaitada anormal DNA'ların tespit edilmesi de dâhil olmak üzere yeni test metotları da mevcuttur. Ailesinde yoğun kolorektal kanser veya polip görülenler, kronik inflamatuvar barsak hastalığı tanısı olanlar, adenomatöz polip veya kolorektal kanser tanısı alanlar, ailevi adenomatöz poliposis veya herediter nonpoliposis koli gibi genetik geçişli kolorektal kanser hastalıklarının ailede görülmesi gibi risk faktörlerine sahip olan kişilerin kolon kanserine yakalanma olasılıkları yüksektir. Bu nedenle tarama testlerine erken yaşlarda başlanmalı ve sık yaptırılmalıdır (12).

## 6. Osteoporoz

Osteoporoz birçok ülkede en önemli sağlık problemlerinden biridir. Osteoporozun önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir. Dünyada ortalama yaşam süresinin artması osteoporozun önemini arttırmıştır (72). Osteoporozun prevalansının yüksek olması morbidite ve mortaliteyi artırır. Sağlığı bozar, hayat kalitesini azaltır, ciddi düşünlüğe yol açabilir ve ekonomik yükü ağırdır (73). Osteoporoz için risk faktörleri; birinci derece akrabada frajiliteye bağlı fraktür öyküsü, düşük vücut ağırlığı, sigara içimi, 3 aydan fazla oral kortikosteroid kullanımı (74). 45 yaş öncesi E<sub>2</sub> azlığı, demans, kötü sağlık koşulları, düşük Ca alımı, fiziksel inaktivite, günde 2 kadeh üzeri alkol alımıdır (75). Son yıllarda dual enerji X-ray absorbtometri (DEXA), kantitatif bilgisayarlı tomografi (QCT), dual foton absorbtometri (DPA) gibi noninvazif ve yaygın kullanılan tekniklerle kemik yapısı incelenebilmektedir. Kemik mineral dansitesi risk faktörlerine göre doktor kararı ile 65 yaş ve üzerinde ise bir kez yapıp izlem yapılmalıdır (72,76,77).

## 7. Kardiyo-vasküler Hastalıklar

Birçok kanser tipinde olduğu gibi bazı hastalıklarda da (Kardiyo-vasküler Hastalık (KVH), Osteoporoz gibi) erken tanı önemlidir. KVH'lar kadın mortalitesinde önemli yer tutar. Menopoz öncesi risk azdır. 50-59 yaşlarındaki kadınlarda KVH insidansı 30-34 yaşlarındakilerden 50 kat fazladır (78). Kochanek ve arkadaşlarının çalışmasında (2004), ABD'de kadınların ölüm nedenleri arasında ilk üç sırayı sırasıyla kalp hastalıkları, kanser ve inme almaktadır. Ölümlerin çoğunu koroner kalp hastalıkları ve serebro-vasküler hastalıklar

oluşturur. Genel olarak KVH fataldir ve ölenlerin 2/3'ünde önceden semptom yoktur. Bu nedenle KVH'dan korunma oldukça önemlidir (71). KVH için en önemli risk faktörleri yaş, sigara, yüksek kan basıncı, düşük HDL düzeyleri, yüksek LDL düzeyleridir. Bu risk faktörleri için en önemli skorlama sistemi Framingham Skorudur (79). Framingham kalp çalışmasında, risk değerlendirmesinin temelini ileri yaş, sigara, yüksek kan basıncı, total LDL, kolesterol, HDL düşüklüğü ve diabetes mellitus (DM) oluşturur. Önemli olan her kişide bireysel KVH riskini hesaplamak ve riske göre gereken önerilerde bulunmaktır (Tablo 3) (78). Kronik hastalıkların oluşmasında risk faktörlerindedir. Tanı konarak izlenmesi ve tedavi edilmesi önemlidir. Tarama testi olarak; Body mass index (BMI) kullanılması kolay ve ucuzdur (80). Kronik hastalıkların oluşmasında risk faktörlerindedir. Tanı konarak izlenmesi ve tedavi edilmesi önemlidir. Risk faktörlerine göre doktor kararı ile izlenmelidir. 45 yaşında düzenli kontroller başlar. Sigara içme, ailede kalp hastalığı hikayesi varlığı, şeker hastalığı ya da yüksek kan basıncı varlığında 45 yaş altında başlanmalıdır (81). Kronik hastalıkların oluşmasında risk faktörlerindedir. Tanı konarak izlenmesi ve tedavi edilmesi önemlidir 2 yılda bir kontroller önerilmektedir (82).

**Tablo 3:** Kadınlarda KVH Risk Sınıflaması (Flamingham global risk skoru) Klinik Öneriler

<b>Kadınlarda KVH Risk Sınıflaması (Flamingham global risk skoru) Klinik Öneriler</b>		
Yüksek risk	>%20	Bilinen KVH, serebrovasküler hastalık, perinatal arter hastalıkları, abdominal aort anevrizması, diabetes mellitus, kronik böbrek hastalıkları
Orta risk	%10-20	Subklinik KVH, metabolik sendrom, multiple risk faktörleri, 65 yaş altı kadınlarda aterosklerotik KVH görülmesi
Düşük risk	<%10	Multiple risk faktörü bulunan kadınlar, metabolik sendrom yada birinin olması
Optimal risk	<10	Risk faktörü olmaması ve sağlıklı yaşam tarzı olması
Yüksek riskli kadınlar: (>%20)		
Class I öneriler: kan basıncı kontrolü, lipit kontrolü, DM'lilerde glisemik kontrol		
Class II A: Depresyon yönünden tarama		
2. Orta derece riskli kadınlar: (%10-20)		
Class I: lipit kontrolü, kan basıncı kontrolü		

Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobos N, Fabunmi RP, et al. Evidence- based guidelines for cardiovascular disease prevention in women, Circulation 2004; 109:672-93.

## 8. Diabetus Mellitus

Risk faktörlerine göre doktor kararı ile tarama yapılmalıdır. 45 yaşından sonra her 3 yılda bir tarama yapılmalıdır. Diyabetik gebelerin (gestasyonel diabet) erken saptanması hem anne, hem de fetus sağlığı açısından çok önemlidir. Bu amaçla çeşitli tarama yöntemleri ve testleri geliştirilmiştir. Yüksek kolesterol ya da yüksek kan basıncında diyabet için tarama yapılmalıdır. Açlık kan şekeri ölçümü tarama testi olarak uygundur. Sahada toplum taramalarında random kan şekeri bakılabilir. Gestasyonel diyabet taramasında ise; Oral glikoz tolerans testi (OGTT), oral glikoz yükleme testi (OGL) önerilmiştir. Başlangıçta 50 gram glukoz testi uygulanır, eğer kan şekeri 130 mg/dl veya 140 mg/dl'den daha yüksek çıkarsa kadına 100 mg glukoz tolerans testi uygulanır. İki veya daha fazla anormal sonuçta kadına oral glukoz testi yapılmalıdır. Gestasyonel diabet için tarama testlerinin uygulandığı hafta 24-28. gebelik haftasıdır (83).

## 9. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE), başlıca bulaşma yolunun koruyucu bariyer olmadan penisin ağıza, vajinaya ya da anüse penetrasyonu ile gerçekleşen cinsel ilişki ile olan bir grup bulaşıcı hastalık olarak tanımlanır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli halk sağlığı sorunlarından birini oluşturan bu enfeksiyonlar arasında en yaygın olarak bilinenler gonore, sifilis, klamidy, trikomaniyazis, genital herpes ve HPV (human papilloma virüs) enfeksiyonudur. Bu enfeksiyonların yayılması ve sekellerinin önlenmesi için yapılması gerekenlerin başında basit ve ucuz olarak doğru tarama, tanı ve etkin tedavi yöntemlerinin bulunması yer almaktadır (84).

**a. Sifilis:** *Tropenema pallidum*'un neden olduğu sistemik bir hastalıktır. Sifilisin rutinde en çok kullanılan tanı koydurucu testleri nonspesifik testler olan karanlık saha mikroskopisi, nontreponemal testler (VDRL/Venereal Disease Laboratory Research Slide Test ve RPR/ Rapid Plasma Reagin Test) ve spesifik olan treponemal testler (FTA-ABS/ Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed Test ve TPHA/Troponema Pallidum Hemagglutination Assay Test) olmak üzere temelde üçe ayrılmaktadır. Tanı koymak için tek tip serolojik test yetersizdir. Bundan dolayı, ülkemizde geleneksel yaklaşımda önce RPR gibi bir nontreponemal testle çalışılır, ardından da treponemal testle teyidi yapılır. Bu yaklaşımda, tarama amaçlı olarak ön plana çıkan hızlı tanı testi RPR'dir. Ancak, son yıllarda treponemal EIA (enzyme immunoassay) testlerinin de tarama testi olarak kullanılabileceği tartışmaları başlamıştır. Tarama programlarında parmak ucundan alınan kanın bir tanı

kasedine aktarılıp, kısa sürede görsel olarak işaret ettiğinin okunmasıyla, basitçe sonuca ulaşılan, hızlı POC (point of care) sfiliz tanı testi uygulanmaya başlanmıştır (85).

**b. Gonore:** Klinisyenler, artan bir CYBE riski varsa, gebeler dahil olmak üzere tüm cinsel aktif kadınların taranmasını önermektedir. Özellikle 25 yaş altı kadınlar en yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. Gonokoklar oldukça hassas olduklarından Gonore tanısında direkt olarak Thayer- Martin besi yerinde kültür (%80-90 duyarlılıkta), endoservikal sekresyonda (%50-70 duyarlılık) ve üretral örneklerde gram boyamada diplokokların belirlenmesinin yanı sıra nükleik asid amplifikasyon testleri (NAAT) de kullanılmaya başlanmıştır. Kültüre göre NAAT'ler daha yüksek duyarlılığa sahiptir. Tarama ve hızlı tanı için NAAT'ler daha uygundur (85).

**c. Klamidya enfeksiyonu:** 25 yaş altı bütün cinsel aktif kadınlarda, 25 yaş üstü yeni ve çoklu partner ve gebelik söz konusu ise yıllık klamidya taraması önerilmektedir. Klamidyal enfeksiyonların taranmasında ilk tercih olarak nükleik asid amplifikasyon testleri ve idrar örneği uygulanması önerilmektedir. Bu uygulamanın %90'dan daha yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu belirtilmektedir. İdrar, vulvar ve servikal sürüntü örnekleri ile çalışılır. Klamidyal enfeksiyonlarda ayrıca kültür, DNA probe, Leukocyte esterase (LE) test, enzim immuno testleri (EIA: enzyme immunoassay) de kullanılır (85).

**d. Trikomoniyazis:** Sık rastlanan bir diğer CYBE olan trikomonasa, bir protozoa olan *Trichomonas vaginalis* neden olmaktadır. *T. vaginalis*'in tanısında taze yayma (hızlı, yüksek özgüllük, %36-70 duyarlılık), kültür (yavaş sonuç verir, %95 duyarlılık) ve PCR (Polymerase Chain Reaction) (%97 duyarlılık, %98 özgüllük) yanı sıra hızlı testlerden de yararlanılır. İmmünokromotografik ölçüm çubuğu teknolojilerinden yararlanılarak tasarlanan OSOM *Trichomonas* Hızlı Testi (Genzyme Diagnostics, Cambridge, Massachusetts) ve *T. vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, ve *Kandida albicans*'i de değerlendiren bir nükleik asid probu olan Affirm VP III (Becton Dickenson, San Jose, California) hızlı tanı testleridir. Duyarlılığı %83'ün, özgüllüğü %97'nin üzerindedir (85).

**e. Genital herpes:** Genital herpes, ömür boyu sürebilecek kronik bir viral enfeksiyondur. Herpes Simplex Virüsü'nün HSV-1 ve HSV-2 olmak üzere iki tipi tanımlanmıştır. Taramada PCR tekniği kullanılan HSV, DNA tetkiki daha yaygın kullanım alanına sahiptir. Bunun yanı sıra tipe özel HSV serolojisi ise rekürren genital belirtiler veya negatif HSV kültürleri ile birlikte atipik semptomlarda, laboratuvar onayı olmayan klinik genital herpes tanısında ve genital herpesli partnere/eşe sahip olma durumunda önerilmektedir. Ancak genital

herpesle ilgili herhangi bir tarama programı önerilmemektedir (85). Genital herpesin laboratuvar tanısında kullanılan tüm testlerin duyarlılığının en yüksek olduğu evre veziküllü evredir. Genital ülser zemininden alınan sürüntü, viral taşıma besiyerine konur. Kültür HSV'nin sitopatik etkisine göre değerlendirilir. Kültür duyarlılığı vezikül evresinde %100, püstüler evresinde %89, ülser evresinde %33 oranındadır. Kültürün ancak teknik olanakların yeterli olduğu merkezlerde yapılabilir olması dezavantajdır. Antijen tayini ya da nükleik asit hidridizasyon testleri de ancak büyük merkezlerde yapılabilir. Kolay uygulanabilen sitolojik test "Tzanck smear" dir. Lezyon tabanından alınan kazıntı Wright, Giemsa ya da Papnicolau boyası ile boyanır. Bu yöntem, herpes virüsü ile enfeksiyon sonucunda ortaya çıkan multinükleer dev hücreleri gösterir. Duyarlılık vezikül evresinde en fazladır. Ancak bu yöntemde tip ayrımı yapılamaz. Genital herpes enfeksiyonunda unutulmaması gereken bir nokta, ülser evresindeki negatif bir sonucun tanıyı ekarte ettirmeyeceğidir (86).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Taramalar ve tarama programları kadın sağlığı için önemlidir. Kadınlar sağlığını riske sokan ve yaşamları süresince karşılaşma ihtimali yüksek olan hastalıklara karşı önlem alabilmek için o hastalığa özgü taramaları bilmeli ve yeri, zamanı geldiğinde bu taramaları yaptırmalıdır. Böylece tarama testleri ile hastalık bulguları ortaya çıkmadan gerekli önlemler alınabilecektir. Erken dönemde tanı, tedavi ile daha ucuz, daha kolay, daha çabuk, daha iyi sonuçlara ulaşmak mümkün olacaktır. Sağlık çalışanlarının bu anlamda toplumu bilinçlendirmede ve duyarlı hale getirmede sorumlulukları büyüktür. Korunma ve tarama testleri ve önemi konusunda topluma ve özellikle risk altında olan gruba sağlık eğitimlerinin yapılması, bilinçlendirilmesi ve duyarlı hale getirilmesi sağlık çalışanlarının en önemli rollerindedir.

## **KAYNAKLAR**

1. T.C. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Hayat Tabloları, 2013. Haber Bülteni. Ankara-2014; <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18522> Erişim tarihi: 08-07-2015
2. Kelleher CJ, Radley S. Ouality of Life and Urinary İncontinence. In: Cardoza L, Staskin D (eds). Textbook of Female Urology and Urogynecology. 2nd Edition. Informa Healthcare. United Kingdom - 2006. ss:63-74.

3. Turhan NÖ. Kadın ve Erkek Sağlığını Koruma Stratejileri ve Tarama Programları. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28(6): 255-261.
4. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and Reporting of Clinical Breast Examination: A Review of the Literature. CA. Cancer J Clin 2004; 54: 345-361.
5. Başkan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. Meme Kanseri Tarama ve Tanı. Meme Sağlığı Dergisi 2012; 8(3): 100-125.
6. Özaydın N. Kadın Sağlığı için Önemli Tarama Testleri. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı. Ankara - 2009. ss:131-133.
7. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara - 2009. ss:607-616.
8. Fidaner C. Kanserde Erken Yakalama: Erken Tanı ve Taramalar. Tuncer AM (ed). Türkiye'de Kanser Kontrolü. Onur Matbaacılık. Ankara - 2007. ss:319-331.
9. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Kanser Raporu. Peter B, Bernard L (Editör). Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC). 2008. ss:261-320.
10. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Harirchi AM, Sajadian A, Khaleghi F, et al. Breast Cancer in Iran: Need for Greater Women Awareness of Warning Signs and Effective Screening Methods. Asia Pacific Family Medicine 2008; 7(1): 1-7.
11. Han H, Lee H, Kim MT, Kim KB. Tailored Lay Health Worker Intervention Breast Cancer Screening Outcomes in Non-Adherent Korean- American Women. Health Education Research 2009; 24(2): 318-329.
12. American Cancer Society. Breast Cancer. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. 2011; <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/> Erişim tarihi: 29-01-2014
13. Parkin DM, Fernandez LM. Use of Statistics to Assess the Global Burden of Breast Cancer. The Breast Journal 2006; 12(1): 70-80.
14. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. Meme Kanseri Taramaları. 2012; <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/> Erişim tarihi: 09-07-2015
15. Kearney AJ, Murray M. Breast Cancer Screening Recommendations: Is Mammography the Only Answer. Journal Of Midwifery & Women's Health 2009; 54(5): 393-400.

16. Seçginli S. Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler. *Taf Prev Med Bull* 2011; 10(2): 193-200.
17. Yücel A. Ankara'da Yaşayan Kadınların Tarama Testleri Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Ketemlerde Yapılan Tarama Testleri. 7. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi; Ankara. 2011. ss.7-8.
18. Aslan A, Temiz M, Beşirov E, Aban N. Meme Kanseri Taraması. *Meme Hastalıkları Dergisi* 2004;11: 4-11.
19. Miller AB, To T, Baines Cj, Wall C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-Year Results of A Randomized Trial in Women Aged 50-59 Years. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 1490-1499.
20. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized Trial of Breast Self-Examination in Shanghai: Final Results. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94(19): 1445-1457.
21. Turgut A, Hasırcıoğlu F, Koşar U. Meme Hastalıklarının Tanısında Mamografi. *STED* 2000; 9(12).
22. Bevers TB. Efficacy and Opinions About Breast Self-Examination. In: Singletary SE, Robb GL, Gabriel NH (Eds). Second Edition. *Advanced Therapy of Breast Disease*. Hamilton Ont. 2004. ss:193-201.
23. Kuroishi T, Hirose K, Suzuki T, Tominaga S. Effectiveness of Mass Screening for Breast Cancer in Japan. *Breast Cancer* 2007; (1): 1-8.
24. Epstein SS, Bertell R, Seaman B. Dangers and Unreliability of Mammography: Breast Examination is A Safe, Effective, and Practical Alternative. *International Journal Of Health Services* 2001; 31(3): 605-615.
25. Champion VL. Breast Self-Examination: What Now. *Oncology Nursing Forum* 2003;30(5): 723-724.
26. Weiss NS. Breast Cancer Mortality in Relation to Clinical Breast Examination and Breast Self-Examination. *The Breast Journal* 2003; 9: 86-89.
27. Özmen V. Dünya'da ve Türkiye'de Meme Kanseri Tarama (Screening) ve Kayıt Programları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006; 2: 55-58.
28. Bjurstam N, Björnelid L, Warwick J, Sala E, Duffy SW, Nyström L, et al. The Guthenburg Breast Cancer Screening Trial. *Cancer* 2003; 97(10): 2387-2396.

29. Duffy SW, Tabar L, Vitak B, Yen MF, Warwick J, Smith RA, et al. The Swedish Two-County Trial of Mammographic Screening: Cluster Randomisation and End Point Evaluation. *Ann Oncol* 2003; 14(8): 1196-1198.
30. Schopper D, De Wolf C. How Effective Are Breast Cancer Screening Programmes By Mammography? Review of the Current Evidence. *Eur J Cancer* 2009; 45(11): 1916-1923
31. Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P. Meme Kanserinde Geç Başvuruyu Etkileyen Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; 5(2): 87-91.
32. Çelik İ. Kanserde Tarama Testleri: Kime ve Ne Zaman. *Türkiye Tıp Dergisi* 2003; 10(2): 71-78.
33. Öztürk E, Yücesoy C. Kadın Sağlığında Mamografi ve Kemik Dansitometrinin Önemi. *Posyon* 2005; 14(1): 10-14.
34. Yankaskas BC, Klabunde CN, Ancelle-Park R, Renner G, Wang H, Francheboud J, et al. International Comparison of Performance Measures for Screening Mammography: Can It Be Done. *J Med Screen* 2004; 11(4):187-193.
35. US Food and Drug Administration, Center for Devices and Radiological Health. Mammography. 2011; <http://www.fda.gov/CDRH/mammography/> Erişim tarihi: 15-09-2013
36. Perry N, Broeders M, De Wolf C, Törnberg S, Holland R, Von Karsa L. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. *Ann Oncol* 2008;19 (4): 614-622.
37. Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening 2003/879/EC. *Official Journal of the European Union* 2003; 46: 34-38.
38. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Handbooks of Cancer Prevention. Breast Cancer Screening. Lyon - 2002(7).
39. Euhus DM, Smith KC, Robinson L, Stucky A, Olopade OI, Cummings S, et al. Pretest Prediction of BRCA<sub>1</sub> or BRCA<sub>2</sub> Mutation By Risk Counselors and the Computer Model BRCAPRO. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94: 844-851.
40. Smith RA, Brooks D, Cokkinides V, Saslow D, Brawley OW. Cancer Screening in The United States, 2013: A Review of Current American Cancer Society Guidelines,



Current Issues in Cancer Screening and New Guidance on Cervical Cancer Screening and Lung Cancer Screening. *CA Cancer J Clin* 2013;63:87-105.

41. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55(2):74-108.
42. Mayrand M, Duarato-Franco E, Rodrigues I, Walter SD, Hanley J, Ferenczy A, et al. Human Papillomavirus DNA Versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2007; 357(16): 1579-1588.
43. Unang I, Abasiattai MA, Udoma JE. Awareness and Practice of Cervical Smear as A Screening Procedure for Cervical Cancer Among Female Nurses in A Tertiary Hospital in South-South Nigeria. *TAF Prev Med Bull* 2011; 10(6): 675-680.
44. Güner H, Taşkıran Ç. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virüs. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2007; 4(1): 11-19.
45. Koç F, Akşit S, Kurugöl Z, Koturoğlu G, Halıcıoğlu O, Aslan A. Serviks Kanseri Hakkında Hekimlerin Bilgi Düzeyi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010; 20(5): 281-286.
46. Tuncer ZS. Jinekolojik Açıdan Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007;38(1):8-14.
47. Yalçın TÖ. Serviks Kanseri Taramasında Sitoloji Dışı Yöntemler. 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Bildiri Özet Kitabı; Bursa. 2011.
48. Sankaranarayanan R, Gaffikin TL, Jacob M, Sellors J, Robles S. A Critical Assessment of Screening Methods for Cervical Neoplasia. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 89(2): 4-12.
49. Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal Kanserlerin Erken Tanısında Pap Testinin Önemi. *STED* 2005;14(1): 1-4.
50. Barry HC, Smith M, Weismantel D, French L. The Feasibility of Risk-Based Cervical Cancer Screening. *Preventive Medicine* 2007;45(2-3):125-129.
51. Kavoussi KS, Smith RY, Ernst DS, Quint HE. Cervical Cancer Screening with Liquid Cytology in Women with Developmental Disabilities. *Journal of Women's Health* 2009; 18(1): 115-118.
52. Mcneeley SG. New Cervical Cancer Screening Techniques. *Am J. Obstet Gynecol* 2003; 189(4): 40-41.

53. Milbourne A, Park YS, Benedet LJ, Miller D, Ehlen T, Rhodes H, et al. Results of A Pilot Study of Multispectral Digital Colposcopy for the in Vivo Detection of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Gynecologic Onkology* 2005; 99(3): 67-75.
54. Haberal A. Serviks Kanseri Tarama Programları. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi; Ankara. 2009. ss:84-85.
55. Nanda K, Pitkin RM. A View of Reviews. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 95(4):605-606.
56. Saslow D, Soloman D, Lawson H, et al. American Cancer Society, American Society for Colpocopy and Cervical Paphology and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detectin of Cervical Cancer. *CA Cancer J Clin* 2012; 62(3): 147-172.
57. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Cervical Cancer Screening. 2013; <http://www.acog.org/> Erişim Tarihi: 17-01-2014
58. TC Sağlık Bakanlığı Kanselerle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Tuncer M (ed). Ulusal Kanser Tarama Standartlarımız. Ankara - 2009.
59. Davey E, Barratt A, Irwig L, Chan SF, Macaskill P, Mannes P, et al. Effect of Study Design and Quality on Unsatisfactory Rates, Cytology Classifications, and Accuracy in Liquid-Based Versus Conventional Cervical Cytology: A Systematic Review. *Lancet* 2006; 367(9505): 122-132.
60. Ronco G, Cuzick J, Pierotti P, Cariaggi MP, Dalla Palma P, Naldoni C, et al. Accuracy of Liquid Based Versus Conventional Cytology: Overall Results of New Technologies for Cervical Cancer Screening: Randomised Controlled Trial. *Bmj* 2007;335(7609): 28.
61. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective Screening Programmes for Cervical Cancer in Low- and Middle Income Developing Countries. *Bulletin of The World Health Organization* 2001;79 (10):954-962.
62. Sankaranarayanan R, Chatterji R, Shastri SS, Wesley RS, Basu P, Mahe C, et al. Accuracy of Human Papillomavirus Testing in The Primary Screening of Cervical Neoplasia: Results from A Multicentre Study in India. *Int J Cancer* 2004; 112(2): 341-347.
63. Denny L, Kuhn L, Pollack A, Wainwright H, Wright T. Evaluation of Alternative Methods of Cervical Cancer Screening in Resource Poor Settings. *Cancer* 2000; 89(4): 826-833.

64. Wright T, Denny L, Kuhn L, Pollack A, Lorincz A. Hpv Dna Testing of Self-Collected Vaginal Samples Compared with Cytologic Screening to Detect Cervical Cancer. *Jama* 2000; 283(1): 81-86.
65. Cronje HS, Parham GP, Cooreman BF, De Beer A, Divall P, Bam RH. A Comparison of Four Screening Methods for Cervical Neoplasia in A Developing Country. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:395-400.
66. Sankaranarayanan R, Basu P, Wesley R, Mahe C, Keita N, Gombe Mbalwa CC, et al. Accuracy of Visual Screening for Cervical Neoplasia: Results From an Iarc Multicentre Study in India And Africa. *Int J Cancer* 2004; 110: 907-913.
67. Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swaminathan R, Shanthakumari S, et al. Effect of Visual Screening on Cervical Cancer Incidence and Mortality in Tamil Nadu, India: A Cluster-randomised trial. *Lancet* 2007; 370:(9585): 398-406.
68. National Cancer Institute of the National Institutes of Health. Endometrial Cancer (PDQ). 2012; <http://www.cancer.gov/> Erişim tarihi: 15-05-2013
69. Munkarah A, Chatterjee M, Tainisky MA. Update on Ovarian Cancer Screening. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19(1): 22-26.
70. National Cancer Institute of the National Institutes of Health. Genetics of Breast and Ovarian Cancer (PDQ). 2012; <http://www.cancer.gov/> Erişim tarihi: 15-09-2013].
71. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: Final Data For 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2004; 53(5): 1-115.
72. Küçükardalı Y, Solmazgül E, Kaplan M, Şahan B, Salmanoğlu M. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Popülasyonda Osteoporoz Taraması. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2006; 9(1): 25-29
73. Johnell O, Kanis JA. An Estimate of the Worldwide Prevalence, Mortality and Disability Associated with Hip Fracture. *Osteoporos Int* 2004; 15: 897-902.
74. North American Menopause Society (NAMS). Management of Postmenopausal Osteoporosis: Position Statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2002; 9: 84-101.
75. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Osteoporosis, A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Vol.71. SIGN. Edinburgh - 2003. pp:45.

76. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Osteoporosis in Postmenopausal Women: Recommendations and Rationale. *American Family Physician* 2002; 66(8): 1430-1432.
77. Kraemer DF, Nelson HD, Bauer DC, Helfand M. Economic Comparison of Diagnostic Approaches for Evaluating Osteoporosis in Older Women. *Osteoporos* 2005; 17(1): 68-76.
78. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobos N, Fabunmi RP, et al. Evidence- Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. *Circulation* 2004; 109:672-693.
79. Pearson TA. New Tools for Coronary Risk Assessment: What Are Their Advantages and Limitations. *Circulation* 2002; 105: 886-892.
80. Mctigue K, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, Lohr KN. Screening and Interventions for Obesity in Adults: Summary of the Evidence for The U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 139(11): 933-949.
81. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). High Blood Cholesterol: What You Need to Know. Vol. 05-3290. NIH Publication. 2005.
82. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) . Your Guide To Lowering Blood Pressure. 2006; <http://www.nhlbi.nih.gov/> Erişim tarihi: 15-09-2013
83. US Preventive Services Task Force. Screening for Gestational Diabetes Mellitus: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2008;148 (10): 759-765.
84. Özgülner N, Tözeren A. CYBE için Tarama Yöntemleri Nelerdir, Kimlere Uygulamalı. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi; Ankara. 2009. ss.47-49.
85. Centers for Disease Control and Prevention. Screening for Sexually Transmitted Diseases During The Domestic Medical Examination for Newly Arrived Refugees. 2012; <http://www.cdc.gov> Erişim tarihi: 15-09-2013
86. Neyzi O, Yolsal N. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi. 2. Baskı. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Aşama Matbaası. İstanbul - 2002. ss:87-89.

## 65 YAŞ VE ÜZERİ YAŞLILARDA DÜŞME RİSK VE KORKUSUNUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Tuğba ÇINARLI<sup>1</sup>, Zeliha KOÇ<sup>2</sup>

### ÖZET

Yaşlanma süreciyle birlikte yaşlılarda gerilemeler meydana gelmekte, gözle görülür yetersizlikler ortaya çıkmakta, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili zorluklar yaşanmaktadır. Yaşlılarda meydana gelen bu değişimler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle düşmeler, yaşlılarda korku ve kaygı yaratan bir durumdur. Düşmeler yaşlılığa özgü bir durum olmamasına rağmen görülme sıklığı yaşla birlikte artan, yaşlı bireylerde mortalite ve morbiditeye neden olan önemli bir sağlık problemidir. Bununla birlikte literatürde tıbbi durumun bozulması, polifarmasi, çevresel faktörler ve konfüzyona bağlı olarak özellikle hastanede tedavi görmekte olan yaşlılarda düşme riskinin arttığı belirtilmiştir. Düşme korkusu da yaşlı bireylerin, yaşam aktiviteleri ile ilgili güven duygusunu olumsuz yönde etkileyerek, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini azaltabilmekte ve daha az aktif olan bir yaşam tarzına neden olabilmektedir. Yaşlı bakımında amaç, hastalıkların tedavisi kadar yaşlının yaşam kalitesini arttırmak, yaşlı bireylerin mümkün olduğu kadar sağlıklı ve bağımsız olmasını sağlamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Günlük Yaşam Aktiviteleri; Düşme Riski; Düşme Korkusu; Yaşlılık; Yaşam Kalitesi

<sup>1</sup>Araş.Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

<sup>2</sup>Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**İletişim / Corresponding Author:** Zeliha KOÇ

Tel: 0362-3121919e-mail: zelihaceren@hotmail.com

**Geliş Tarihi/ Received:** 04.07.2014

**Kabul Tarihi/ Accepted:** 09.03.2015

## **EFFECT OF RISK AND FEAR OF FALLING ON QUALITY OF LIFE AND DAILY LIVING ACTIVITIES IN ELDERLY OVER 65**

### **ABSTRACT**

With the ageing process, elderly persons experience regression, with visible insufficiency, and difficulty in daily living activities. These changes in elderly persons restrict the daily living activities of individuals, with negative impacts on their quality of life. In particular, falls represent a phenomenon that causes fear and concern in elderly persons. Although falls are not limited to elderly persons, it is an important health issue the prevalence of which increases with age, causing mortality and morbidity in elderly persons. However, the literature states that fall risk increased in elderly persons, particularly those under treatment at hospitals, and increased subject to deterioration of medical conditions, polypharmacy, environmental factors and confusion. Also the fear of falling affects the feeling of confidence in elderly persons in relation to their daily activities, reducing their ability to perform daily living activities and leading to a less active lifestyle. The purpose of elderly care is not only to treat diseases but also to increase quality of life, and to ensure that elderly persons become as healthy and independent as possible.

**Key words:** Daily Living Activities; Fall Risk; Fear of Falling; Old Age; Quality of Life

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üstü insan sayısının 2010 yılında 524 milyon olduğunu; 2050 yılında bu sayının 1,5 milyara ulaşacağını ve yaşlı nüfusun en çok gelişmekte olan ülkelerde artış göstereceğini bildirmektedir (1). Dünyanın her yerinde olduğu gibi Türkiye’de de yaşlı nüfusta artış beklenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 yılı kayıtlarına göre Türkiye nüfusu 76.481.847 olmakla birlikte, 5.875.603 kişi 65 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır (2). Bununla birlikte Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfusun 2030, 2040 ve 2050 yıllarında sırasıyla toplam nüfusun %10,8’ini, %13,6’sını ve %17,3’ünü oluşturması beklenmektedir (3).

Yaşlanma süreciyle birlikte yaşlılarda biyolojik, psikolojik, fizyolojik olarak gerilemeler meydana gelmekte, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili zorluklar yaşanmakta ve fonksiyonlarda gözle görülür yetersizlikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda meydana gelen bu değişimler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (4). Bununla birlikte yaşlılarda sağlık problemleri arttıkça kendi kendilerine yeterlilik durumları giderek azalmakta kaza ve düşme oranlarında artışlar görülmektedir (5).

Düşmeler yaşlılığa özgü bir durum olmamasına rağmen (6), görülme sıklığı yaşla birlikte artan, yaşlı bireylerde mortalite ve morbiditeye neden olan önemli bir sağlık problemidir (7). Bununla birlikte düşmeler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen (8,9), günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kaybına neden olan yaşlılarda korku ve kaygı yaratan bir durumdur (10,11). Dünya Sağlık Örgütü düşmeyi yaşlılık döneminin en önemli sağlık problemlerinden biri olarak görmekle birlikte (9), 2004 yılında yayınladığı bir raporda yaşlıların üçte birinin her yıl düştüğünü, 75 yaş üzeri olan yaşlılarda bu oranın daha yüksek olduğunu, düşen yaşlıların %20 ile %30’unda düşmelere bağlı olarak meydana gelen yaralanmaların yaşlılarda hareket ve bağımsızlığı azalttığını ve erken ölüm riskini artırdığını bildirmiştir (12).

Bu makalede 65 yaş ve üzeri yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi açıklanmıştır.

## I. YAŞLILIK

Yaşlanma kronolojik, biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan (13), intrauterin yaşamda başlayıp, ölüme kadar süren bir değişim sürecidir (14). Kronolojik yaşla birlikte görülen değişimler yaşlılığın fizyolojik boyutunu; insanın uyum sağlama yeteneğinin yaş ilerledikçe değişimi yaşlılığın psikolojik boyutunu; bireylerden beklenen davranışlar ile toplumun o gruba verdiği değerlerde yaşlılığın sosyolojik boyutunu ifade eder (13).

Bruce'e göre yaşlılık; "bazı sistemlerin organlarına ait doku ve hücrelerin fonksiyonlarının azalması ve yapılarının değişmesiyle ortaya çıkan çok etkenli bir değişim sürecidir" (15).

Norman ise yaşlanmayı; "vücudun sistemlerinin işlevselliğinin yavaş yavaş kaybetmesi" olarak tanımlamıştır (16).

Goethe'ye göre yaşlılık, "deneyim ve tecrübelerin zirveye ulaştığı bir dönem olup iyi uyum sağlayan yaşlı birey bu dönemi aktif bir şekilde geçirebilir" (17).

Mazzeo ve arkadaşları (1998) ise yaşlılığı; "genetik faktörler, yaşam tarzı, hastalıklar gibi birçok değişkeni kapsayan kompleks bir süreç" olarak tanımlamışlardır (18).

Yaşlanma kalıtsal yapının ve dış faktörlerin etkisiyle vücudun fonksiyonlarının azalması olarak tanımlanmakla birlikte (19), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı, genç yaşlılık, ileri yaşlılık ve çok ileri yaşlılık olmak üzere 3 grupta incelemektedir (20-21).

Günümüzde tıp ve teknolojiye paralel olarak yaşam süresi uzamakta ve bu durum yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 2000-2030 yılları arasında 65 yaş ve üzeri yaşlı insan sayısının yaklaşık olarak 3 kat artarak %59'dan %71'e çıkması beklenmektedir (22). Türkiye'de gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ve yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ülkelerden biridir. Mevcut demografik eğilimler, 21. yüzyılın dünyadaki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçen Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağını göstermektedir (13). Yaşlanma süreci bireysel farklılıklar göstermesine karşın, yaşlı bireylerde bilişsel sorunlar, yürüme ve denge sorunları, inkontinans, sağlık problemlerine bağlı sorunlar ve düşmelere bağlı yaralanma ve kırıklar oldukça sık görülmektedir (23).

## II. DÜŞME RİSKİ VE KORKUSU

Düşme "kişinin herhangi bir kasıtlı hareket, inme gibi major bir intrinsik olay ya da araba çarpması gibi ekstrinsik bir kuvvet olmadan yere veya bulunduğu seviyeden daha düşük bir düzeye gelmesi" olarak açıklanabilir (24-25). Morse (2002), düşmeleri kaza ile oluşan



düşmeler, tahmin edilebilen düşmeler ve tahmin edilemeyen düşmeler olmak üzere üç başlık altında sınıflandırmıştır. Kaza ile oluşan düşmeler tüm düşmelerin %14'ünü oluşturan kayma, takılma gibi çevresel tehlikelerden kaynaklanan düşmelerdir. Tahmin edilebilen düşmeler risk grubunda olan bireylerde meydana gelen düşmeler olup tüm düşmelerin %78'ini oluşturmaktadır. Tahmin edilemeyen düşmeler ise tüm düşmelerin %8'ini oluşturan, bireylerde bayılma ve baş dönmesi gibi fizyolojik nedenlerle oluşan düşmelerdir (26).

Düşme, korku ve kaygı yaratan önemli bir sağlık sorunudur (27). Yaşlılarda meydana gelen düşmeler, yaşlı bireylerin %20-30'unda hareket ve bağımsızlık kaybına, %10'unda ise ciddi yaralanmalara neden olmakta (12), bakım süresini uzatmakta, tıbbi bakım ve tedaviye olan ihtiyacı artırmakta ve sağlık bakım harcamalarını etkileyerek sağlık bakım maliyetini arttırmaktadır (28). Krauss ve arkadaşları (2005) tarafından bu konuda yapılan bir çalışmada, düşme olayının yaşlıların %81,6'sında hasta odasında, %45,9'unda ayağa kalkarken, %18,4'ünde tuvalet ihtiyacını karşılamak hareket ederken meydana geldiği, düşme ile ilgili primer nedenin %35,7'inde kas güçsüzlüğü, %12,2'sinde baş dönmesi ve bayılma olduğu, düşenlerin %93,9'unda yürüme-denge bozukluğu veya düşük ekstremiteleri problemi bulunduğu, %35,7'sinde görme bozukluğu belirlendiği ve %50,0'ının geçen altı ay içinde düştüğü bildirilmiştir (29).

Türkiye'de bu konuda yapılan bir çalışmada ise yaşlıların %85,3'ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu, %88,8'inin sürekli ilaç kullandığı, %29,7'sinin yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyduğu, %91,3'ünün baston kullandığı, %48,7'sinin daha önce düştüğü, düşme sıklıklarının yaşlıların %53,9'unun "birden fazla" olarak ifade ettiği, yaşlıların %42,6'sında düşme olayının caddede yürürken meydana geldiği, yaşlıların %36,2'sinde en önemli düşme nedeninin baş dönmesi olduğu, düşme sonucu yaşlıların %31,8'inde kırık meydana geldiği ve yaşlıların %51,1'inin düşme korkusu yaşadığı bildirilmiştir (30).

Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitelerini etkileyen en önemli faktörlerden biri diğeri de düşme korkusudur. Düşme korkusu literatürde, "bireyin temel günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken düşme yönünden kendisini düşük düzeyde yeterli hissetme" olarak tanımlanmıştır. Düşme korkusu yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili güven duygusunu olumsuz yönde etkilemekte, daha az aktif olan bir yaşam tarzına yol açmaktadır. Bununla birlikte bu durum yaşlı bireylerin alt ekstremitelerinde kas atrofisi ve kas güçsüzlüğü gibi sağlık problemlerinin görülmesine de neden olmaktadır (31).

## **A. Yaşlılarda Düşmeye Neden Olan Risk Faktörleri**

Yaşlı bakımında amaç, hastalıkların tedavisi kadar yaşlı bireyin fiziksel, mental, ruhsal ve fonksiyonel kapasitesini en üst düzeyde tutarak yaşam kalitesini arttırmak (32-33), mümkün olduğu kadar sağlıklı ve bağımsız olmasını sağlamaktır (34). Bununla birlikte yaşlılarda düşmeye neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi ve düşmeleri önlemeye yönelik koruyucu stratejilerin geliştirilmesi son derece önemlidir. Yaşlılarda düşme risk faktörleri içsel faktörler, dışsal faktörler (12,34-35), durumsal faktörler (36) ve davranışsal faktörler olarak sınıflandırılabilir (37-38).

Yaşlılarda düşme nedenleri ve risk faktörleri yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu konuda yapılan bazı araştırmalarda sosyo-demografik değişkenler, ileri yaş, akut ve kronik sağlık problemleri, baş dönmesi, halsizlik, fiziksel aktivite, alt ekstremitte problemleri, denge kaybı, yürüme bozuklukları, idrar ve gaita inkontinansı, görme kaybı, mobilite kısıtlılığı, kognitif bozukluklar, konfüzyon, sedatize/hipnotize ve diyabet ilaçları ve postüral hipotansiyon gibi faktörlerin yaşlılarda düşme riskini artırdığı bildirilmiştir (29,33,39-40).

### **1. İçsel Faktörler**

Yaşlılarda düşmelere neden olan içsel faktörler demografik özellikler, fizyolojik değişiklikler ve sağlık sorunları, ilaç kullanımı, denge ve yürüme bozuklukları ile düşme korkusunu içermektedir (34,38).

#### **a. Demografik özellikler**

Literatürde düşme durumunun yaş ile birlikte artış gösterdiği (41), 70 yaş grubu yaşlı bireylerde düşme oranı %25 iken, 75 yaş üzeri grupta bu oranın %35'e yükseldiği (42), nedeni tam olarak bilinmemekle beraber kadınların düşme yönünden daha fazla risk altında oldukları (11,37,43-44) ve erkeklerle karşılaştırıldıklarında kadınların daha fazla düşme deneyimledikleri belirtilmiştir (35,41,45). Yalnız yaşama durumu da düşme riskini etkileyen içsel faktörlerden biri olmakla birlikte (12,46), bu konuda yapılan bir çalışmada ailesi ile birlikte yaşayan yaşlılarla karşılaştırıldığında, yalnız yaşayan yaşlılarda düşme olayının daha fazla meydana geldiği bildirilmiştir (44).

#### **b. Fizyolojik değişiklikler ve sağlık sorunları**

Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen, kişide fizyolojik ve anatomik bazı değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olan bir süreçtir. Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan

bu değişiklikler, bireyin hastalıklara karşı korunmasız bir hale gelmesine yol açmakta, çeşitli nedenlere bağlı olarak kaza ve yaralanma oranlarını artırmaktadır (47). Ülkemizde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda yaşlılarda kronik hastalık prevalansının %69,3 ile %85,3 arasında değiştiği, yaşlıların kronik hastalıklarına yönelik olarak sürekli ilaç kullanma durumunun oldukça yüksek olduğu (30,33,48), yaşlı bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklar ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (49).

Literatürde de belirtildiği gibi yaşlıların sahip oldukları sağlık problemleri düşme olasılığını arttırabilirler (50). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda dolaşım sistemi hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, depresyon, artrit, baş dönmesi, diyabet (12), üriner inkontinans (12,24,43), postüral hipotansiyon (40) gibi yaşlılığın organizmada meydana getirdiği bazı değişikliklerin ve sağlık problemlerinin yaşlılarda düşmeye yatkınlığı arttırdığı ve yaşlıların sahip olduğu kronik hastalık sayısı arttıkça düşme riskinin de arttığı bildirilmiştir (51). Yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun kronik bir hastalığa sahip olduğu ve bu hastalıklarına yönelik olarak sürekli ilaç kullandıkları göz önüne alındığında, yaşlıların düşme riski ve ilaçların yan etkileri yönünden yakından izlenmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

### **c. İlaç kullanımı**

Yaşlılarda düşme riskini belirlemeye yönelik olarak yapılan bazı çalışmalarda ilaç kullanımı ile düşme arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, dört ya da daha fazla ilaç kullanımının düşme riskini arttırdığı (7,12,24,51), bu duruma bilişsel yetersizlik eşlik ettiğinde düşme korkusunun dokuz kat arttığı (52), özellikle sedatif/hipnotiklerin, antidepresanların, antiaritmik ajanların, diüretiklerin, antihipertansiflerin, nöroleptik, antiparkinson ajanlarının, antikonvülzanların ve diabet ilaçlarının düşme yönünden büyük risk oluşturduğu bildirilmiştir (12,24-25,29,52). Yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun kronik bir hastalığa sahip olduğu ve bu hastalıklarına yönelik olarak sürekli ilaç kullandıkları göz önüne alındığında, yaşlı bireylerin düşme riski ve ilaçların yan etkileri yönünden yakından izlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

### **d. Denge ve yürüme bozuklukları**

Düşmeye sebep olan risk faktörlerinden bir diğeri de denge-yürüme problemleri ile güçsüzlüktür. Denge “kişinin düşmeden yaşamını sürdürme yeteneği” olarak tanımlanmakla birlikte yaşlı popülasyonda düşmenin önemli bir belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (53). Denge ayakta dururken, otururken ve çevrede hareket ederken gerekli olmakla birlikte, yaşa bağlı

değişiklikler denge durumunu yavaş yavaş etkilemektedir (54). Bununla birlikte literatürde yaşlıların düşmesine neden olan önceden kanıtlanmış düşme risk faktörleri yürüme ve denge bozuklukları, yürümek için yardımcı cihaz kullanımı ve son düşme öyküsü ve olası düşük extremité güçsüzlüğü, duyuşsal kayıplar ve önemli görme kayıpları olarak bildirilmiştir (48).

#### **e. Düşme korkusu**

Düşme korkusu yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan (55-57), yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen (15,27,33) ve düşme riskini arttıran içsel faktörlerden biridir (12). Düşme korkusu, önceden düşme deneyimi yaşanması ile ilgili olmasına rağmen, ciddi bir düşme deneyimleyen pek çok yaşlıda düşme korkusunun arttığı bildirilmektedir (32). Literatürde önceki düşmelerin gelecekteki düşmeler için anlamlı bir risk faktör olduğu (25,36), daha önce düşme olayı yaşama durumunun yaşlılarda düşme riskini artırdığı bildirilmiştir (12).

### **2. Dışsal Faktörler**

Aydınlatmanın yetersiz olması, evin içindeki ve dışındaki merdivenlerde korkulukların bulunmaması, tuvalet ve banyo küvetinin etrafında tutunma çubuklarının olmaması, banyo küvetinin zemininde ayağın kaymaması için bir önlem alınmaması, tuvalette oturma yerlerinin çok alçak olması, yer halılarının kaygan olması, yaya kaldırımlarının aralıklı ve engebeli olması, buz ve kar, protez, baston veya yürüteç kullanımı düşmeye neden olan dışsal faktörler içinde yer almakla birlikte (37-38), yaşlı bireylerde düşmelerin genellikle yürüme yada pozisyon değiştirme, sandalye yada merdivene çıkmak gibi aktiviteler ile spor yapma sırasında geliştiğı bildirilmiştir (42). Bu konuda yapılan bir çalışmada yaşlılarda görülen düşmelerin %43'ünün ev dışında, %31'inin ev içinde (45), %10'unun merdivende meydana geldiğı inişlerin çıkıştan daha tehlikeli olduğu (42) ve yaşlıların en fazla banyo ve tuvalette düştüğü bildirilmiştir (45).

### **3. Durumsal Faktörler**

Durumsal faktörler düşme ile ilişkili yaralanmaların şiddetini etkilemektedir (37). Örneğın, yaşlı bir kişinin ayakta iken lateral olarak düşmesi kalçasına direk etki ettiğı için yaralanma olasılığını artırmakta ve kalça kırığı oluşabilmektedir (36).

#### **4. Davranışsal Faktörler**

Yaşlıların yüksek raflara uzanmak için sandalyeye çıkması veya fiziksel yeteneklerinin üstünde enerji gerektiren koşma gibi aktivitelerde bulunmaları düşmeye neden olan davranışsal risk faktörleri içerisinde yer almaktadır (37). Tinetti ve ark., bu konuda yaptıkları bir çalışmada, yaşlıların sahip oldukları risk faktörleri arttıkça düşme oranının da arttığını belirlemişlerdir (58). Reyes-Ortiz ve arkadaşlarının Meksika kökenli Amerikalı yaşlılar üzerinde düşmeye ilişkin risk faktörlerini belirlemeye yönelik olarak yapmış oldukları çalışmada hiçbir risk faktörüne sahip olmayan bir yaşlıda düşme riski %14 iken, 3 ve daha fazla risk faktörüne sahip olan bir yaşlıda düşme riskinin %41'e kadar yükseldiğini bildirmişlerdir (59).

### **III. YAŞAM KALİTESİ**

Yaşam kalitesi; kişinin amaçları, duygu ve düşünceleri göz önünde bulundurularak, kültürel özellikleri ve sahip olduğu değerleri ile ilişkili, kişinin yaşadığı bilişsel ve duygusal tepkilerin bir bütünü olarak tanımlanmaktadır (60). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi holistik yaklaşım doğrultusunda tüm boyutlarda bireyin iyi ve aktif olmasını ifade etmektedir (61). Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili literatürde birçok tanım yapılmıştır.

Mc Daniel ve Bach “yaşam kalitesinin dinamik özelliği, çok boyutluluğu, interaktif olması, bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi gibi dört temel özelliğinden” söz etmiştir (14).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, bireyin sosyal, demografik, ekonomik ve tıbbi durumuna göre değişiklik gösteren, bireyin içinde bulunduğu durumu algılama biçiminden etkilenen, fiziksel, sosyal ve mental alanları içeren, çok boyutlu bir durum olup yaşam kalitesinin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır (62).

#### **A. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi**

Yaşlılık dönemi bireyin fiziksel yeteneklerinin azaldığı, bağımlılık yaşama durumlarının arttığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bir dönemdir (4). Bu dönemde yaş ilerledikçe bilişsel yıkım artmakta, bu yıkıma paralel olarak yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (63-66). Yaşlı bireylerde aktif bir yaşam biçimi fiziksel fonksiyonun korunmasını sağlayarak yaşam kalitesinin

yükselmesine katkıda bulunmakta (15) ve fiziksel olarak aktif olan yaşlılarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmektedir (67).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve değerlendirilmesinde önemli bir yeri olan yaşam kalitesi bireyden bireye değişiklik göstermekle birlikte, bireyin yaşı, eğitim durumu, cinsiyeti, sahip olduğu kronik hastalıklar yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Bu konuda yapılan bazı araştırmalarda yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu (64), erkeklerin yaşam kalitesi algılarının kadınlardan yüksek olduğu, (15, 64), kronik hastalıkların bireyin genel sağlık durumu ile yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği (68-69), eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir (70).

Yaşlanma sürecine bağlı olarak, yaşlı bireylerde çeşitli kronik hastalıklar gelişebilmekte, bu durum da bireylerin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebilmektedir. Literatürde ilerleyen yaşa bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü (69), herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan yaşlılarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu (70), kullanılan ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı (15), baston gibi yardımcı araç kullanımının yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (68).

#### **IV. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ**

Günlük yaşam aktiviteleri; bireyin kendi bakımı için temel olan beslenme, boşaltım, banyo yapma, giyinme, hareket etme, kişisel bakım gibi aktivitelerini ifade etmektedir (71). Yaşlanmayla birlikte bireyin, fonksiyonlarında yetersizlikler meydana gelmekte ve bu nedenle birey günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede problemler yaşamaktadır (72-73). Türkiye’de bu konuda yapılan bazı araştırmalarda, yaşlılarda kronik hastalık prevalansının %69.3 ile %85.3 arasında değiştiği (30,33,48) ve yaşlıların kronik hastalıklarına yönelik olarak ilaç kullanma durumlarının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (30).

Kronik hastalığı olmayan yaşlılar ile karşılaştırıldığında kronik hastalığı olan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı oldukları (49), yaşlıların kullandığı ilaç sayısı arttıkça (74) ve yaş ilerledikçe temel günlük yaşam aktivitelerinde ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaşama durumlarının anlamlı bir şekilde arttığı (32,49,71), günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaşama durumunun kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (32,49). Bu durumun yaşlanma ile birlikte bireylerde biyolojik, fizyolojik ve psikolojik olarak meydana gelen gerilemelerden ve fonksiyon yetersizliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

## V. YAŞLILARDA DÜŞME RİSK VE KORKUSUNUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Düşme risk ve korkusu yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kaybına neden olan (10,51,75) ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (9,15,76). Yaşlılarda düşme durumunu araştırmak üzere yapılan çalışmalarda düşme prevalansının %13 ile %55,6 arasında değiştiği (29-31,33,35,39,77-79), düşme durumunun caddede (30), hasta odasında (29), hasta banyosunda (29), baş dönmesi (29-30, 40), bayılma (29), çevre ilgili kazalar (40), yürüme ve denge bozuklukları (40), halsizlik (29,40) ve vertigo (40) nedeniyle meydana geldiği belirtilmiştir.

Gemalmaz ve arkadaşlarının yaşlılarda düşme riskini değerlendirmek amacıyla Tinnetti Denge ve Yürüme Değerlendirme Skalası kullanarak yapmış oldukları çalışma sonrasında, kadınların düşme riskinin erkeklerden fazla olduğu (80), yaşlıların sağlık problemlerinin düşme olasılığını arttırdığı (50), yürümeye yardımcı araç kullanımının düşme için önemli bir risk faktörü olduğu (30,81), görme problemi olan bireylerde düşmenin anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (35). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda düşme korkusunun, düşme için önemli bir risk faktörü olduğu fiziksel yetersizliğe neden olarak yaşam kalitesini azalttığı (8,15,27,55,82), yaş ilerledikçe düşme korkusunun arttığı (45,56,83-85), kadınların erkeklere göre daha fazla düşme korkusu yaşadığı (33,45,86), denge, fonksiyonel mobilite, kas gücü ve düşme korkusu gibi risk faktörlerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (87).

Literatürde yaşlıların bir çoğunun düşme korkusu yaşadıkları, düşme korkusu prevalansının daha önce düşme olayı deneyimleyen bireylerde daha yüksek olduğu (86), düşme korkusunun da en az düşmeler kadar sağlık bakım maliyetini arttırdığı (35), bireyin duygu ve davranışlarında önemli farklılıklar yaratarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini azalttığı (32-33,55-56,84,88), fiziksel aktiviteleri kısıtlayarak fonksiyonel gerilemelere, sosyal katılımı sınırlamalara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu (8,15,30,33), özellikle yürüme ve banyo yapma aktivitelerinde tam yardıma ihtiyacı olan yaşlıların, aktivitelerinde bağımsız olan yaşlılara göre düşmekten daha çok korktukları bildirilmektedir (8,89). Suzuki ve arkadaşları (2002) yapmış oldukları çalışma sonrasında, yürüme ve banyo yapma aktivitelerinde tam yardıma ihtiyacı olan bireylerin bağımsız olanlara göre düşmekten daha çok korktuklarını belirlemişlerdir (8).

Yaşlılarda düşmelerin önlenmesi, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bağımlılık durumunu azaltacak, yaşam kalitesini arttıracak ve sağlık bakım maliyetini düşürecektir (90). Yaşlı bireylerde düşme korkusunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olduğu ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı sonucu göz önünde bulundurularak, düşme korkusuna neden olan faktörlerin belirlenmesi ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması büyük önem arz etmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlılarda, yaşlanma sürecine bağlı olarak meydana gelen değişimler, bireylerin aktivitelerini sınırlayarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilenmekte, kaza ve düşme oranlarında artışlar görülmektedir. Yaşlı bireylerin düşme risk ve korkusunu azaltmada ve yaşam kalitelerini arttırmada hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu doğrultuda:

- Düşme risk değerlendirmesinde hastanın tıbbi tanısı, kullandığı ilaçlar ve yürümeye yardımcı araç kullanımı dikkate alınarak düşme önlemlerinin artırılması,
- Düşme riskini artırması nedeniyle yaşlı bireylerin kronik hastalıklar ve bu hastalıklarına yönelik olarak kullandıkları ilaçların yan etkileri yönünden yakından izlenmesi,
- Yaşlılarda düşme risk ve korkusunu azaltma ve önleme amacına yönelik olarak, sağlık bakım profesyonellerinin periyodik aralıklarla, bireye özgü düşme risk tanılması ve değerlendirmesi yapmaları,
- Hizmet içi eğitim programları ile düşmeyi önleme ve risk faktörlerini belirleme konusunda sağlık bakım profesyonellerinin farkındalıklarının artırılması,
- Yaşlılara, yakınlarına ve bakım vericilere düşme ile ilgili olası riskler ve düşmelerin önlenmesi konusunda eğitim verilmesi,
- Düşmeleri önlemek amacıyla ev güvenlik önlemlerinin alınması,
- Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin önemli bir parçası olan düşmelerin önlenmesine yönelik protokoller oluşturulması ve bu protokollerin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önerilmektedir (40,79, 91).



## KAYNAKÇA

1. World Health Organization Global Health and Ageing. National institute on aging, National Institute of Health. NIH Publication: No. 11-7737, October 2011.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK), 2013. <http://www.tuik.gov.tr>. erişim tarihi 20 Ocak 2015.
3. Aslan D (ed.), Ertem M (ed.), Akın A. Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık: Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler. 1. Baskı. ISBN: 978-975-97836-1-7 Ankara - 2012. ss: 17-25
4. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of Health-Related Quality Of Life in Elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health 2008 (doi: 10.1186/1471-2458-8-323).
5. Koç Z. Hastaneye Yatan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2006; 16 (3): 84-96.
6. Masud T, Morris R. Epidemiology of Falls. Age and Ageing 2001; 30 (4): 3-7.
7. Daal J, Lieshout J. Falls and Medications in the Elderly. The Journal of Medicine 2005; 63 (3): 91-94.
8. Suzuki M, Ohyama N, Yamada K, Kanamori M. The Relationship Between Fear of Falling, Activities of Daily Living and Quality of Life Among Elderly Individuals. Nursing and Health Sciences 2002; 4(4): 155-161.
9. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age, 2007. World Health Organization, 1-7.
10. Aktaş B. Doktora Tezi; “Yaşlı Bireylerde Düşmeleri Önlemeye Yönelik Rehber Geliştirme ve Rehber Doğrultusunda Verilen Eğitimin Düşmeye Etkisi” Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Behice Erci Erzurum-2012.
11. Işık A, Cankurtaran M, Doruk H, Mas MR. Geriatrik Olgularda Düşmelerin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (1): 45-50.
12. Todd C, Skelton D. What are The Main Risk Factors for Falls Among Older People and What are the Most Effective Interventions to Prevent These Falls? 2004 Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health EvidenceNetwork report; <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>, erişim tarihi 1 Şubat 2015.
13. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2012; 25 (3): 1-3.

14. Kalıncara V. Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. 1. Baskı. ISBN: 978-605-133-047-1 Ankara - 2011. ss: 1 – 7; 255
15. Dönmez G. Yüksek Lisans Tezi; “Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler” Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Yrd.Doç.Dr.Necmiye Ün Yıldırım Bolu-2010.
16. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15 (3): 219-224.
17. Er D. Psikososyal Açıdan Yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4 (11): 134.
18. Mazzeo R, Evans W, Hagberg J, McAuley E, Statzell J. Exercise and Physical Activity for Older Adults. Medicine & Science in Sports & Exercise 1998; 30 (6): 992-1008.
19. Arıoğul S (ed.), Kırdı N, Bumin G, Kayıhan H. Geriatrik Yaş Grubunda Yaşam Kalitesi ve Değerlendirmesi: Geriatri ve Gerontoloji. 1. Baskı. ISBN: 975-567-037-8 Ankara - 2006. ss: 245 – 256.
20. Tümerdem Y. Editöre Mektup. Gerçek Yaş. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (3): 195-196.
21. Aslan D (ed.), Ertem M (ed.), Tezcan S, Seçkiner P. Türkiyede Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi: Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler. 1. Baskı. ISBN: 978-975-97836-1-7 Ankara - 2012. ss: 1-9
22. Goulding MR. Public Health and Aging:Trends in Aging-United States and Worldwide. MMWR 52:101-106, 2003. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm> erişim tarihi: 01/01/2015
23. Dişçigil G. Geriatrie Sık Karşılaşılan Sorunlar. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi 2009; 3(1):7-13.
24. Victorian Government Department of Human Services. Minimising the Risk of Falls & fall-related Injuries 2004.
25. Chu LW, Chi I, Chiu AYY. Incidence and Predictors of Falls in the Chinese Elderly. Annals of the Academy of Medicine Singapore 2005; 34(1): 60-72.
26. Morse J. Enhancing the Safety of Hospitalization by Reducing Patient. American Journal of Infection Control 2002; 30 (6): 376-380. [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(02\)00018-4/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(02)00018-4/abstract), erişim 1 Şubat 2015.

27. Arfken CL, Lach HW, Birge SJ, Miller JP. The Prevalence and Correlates of Fear of Falling in Elderly Persons Living in the Community. *American Journal of Public Health* 1994; 84 (4): 565-570.
28. Van Doorn C, Gruber BA, Zimmerman S, et al. Dementia as a Risk Factor for Falls and Fall Injuries Among Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51(9): 1213-1218.
29. Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Nquqi KE, Dunagan WC, Fischer IA. Case-control Study of Patient, Medication and Care Related Risk Factors For Inpatient Falls. *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20(2): 116–122.
30. Yeşilbakan ÖU, Karadakovan A. Narlıdere Dinlenme ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005; 8 (2): 72-77.
31. Hawk C, Hyland JK, Rupert R, Colonvega M, Hall S. Assessment of Balance and Risk for Falls in a Sample of Community-Dwelling Adults Aged 65 and Older. *Chiropractic & Osteopathy* 2006; 14: 3.
32. Erdem M, Emel FH. Yaşlılarda Mobilite Düzeyi ve Düşme Korkusu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7 (1): 1-10.
33. Yıldırım YK, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004; 7 (2): 78-83.
34. Bıyıklı K. Yüksek Lisans Tezi; “Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Düşme ile İlişkili Faktörler: Demografik Özellikler, Sağlık Sorunları ve Kullanılan İlaçlar” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Prof.Dr.Nursen Ö Nahcivan İstanbul-2006.
35. Uz S. Yüksek Lisans Tezi; “Geriatrik Hastalarda Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi”. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Arzu Razak Özdiñler İstanbul-2008.
36. Işık A.T (ed), Eker E (ed), Doruk H, Naharcı İ. Düşmelere Yaklaşım: Geriatrik Geropsikiyatrik Aciller. 1. Baskı. ISBN: 978-605-60355-1-7 İstanbul - 2009. ss: 73-79.
37. Toraman A. Yüksek Lisans Tezi; “Yaşlılarda Düşme Riski ve Fiziksel Uygunluk” Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi: Yrd.Doç.Dr. Necmiye Ün Yıldırım Bolu-2007

38. Beyazay S. Yüksek Lisans Tezi; “Yaşlı Hastalarda Tedavi Süreçlerindeki Düşme Riskinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi” İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Zehra Durna İstanbul-2011.
39. O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S. Incidence of and Risk Factors For Falls and Injurious Falls Among the Community-dwelling Elderly. *American Journal of Epidemiology* 1993; 137 (3): 342–354.
40. Rubenstein L. Falls in Older People: Epidemiology, Risk Factors and Strategies for Prevention. *Age and Ageing* 2006; 35 (2): 37-41.
41. Kressig RW, Wolf SL, Sattin RW, et al. Associations of Demographic, Functional, and Behavioral Characteristics with Activity-Related Fear of Falling Among Older Adults Transitioning to Fragility. *Journal of American Geriatrics Society* 2001; 49(11): 1456-1462.
42. Tinetti M, Speechley M. Prevention of Falls Among the Elderly. *The New England Journal of Medicine* 1989; 320 (16): 1055-1059.
43. Berke D. Yüksek Lisans Tezi; “Nöroşirürji Hastalarında Düşme Risk Derecesinin Belirlenmesi” Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Fatma Eti Aslan İstanbul- 2008.
44. Kamel MH, Abdulmajeed AA, El-Sayed Ismail S. Risk Factors of Falls Among Elderly Living in Urban Suez – Egypt. *PanAfrican Medical Journal* 2013. <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/14/26/full/> erişim tarihi 1 Şubat 2015.
45. Lök N. Yüksek Lisans Tezi; “Yaşlılarda Düşmelere Sebep Olan Ev İçi Çevresel Risk Faktörleri ve Düşme ile İlişkisi” Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi: Doç.Dr. Belgin Akın Konya- 2010.
46. Atman ÜC, Dinç G, Oruçoğlu A, Oğurlu H, Ecebay A. Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlılarda Kaza Sıklığı ve Kaza İle İlişkili Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007; 10 (2): 83-87.
47. Türk Tabipler Birliği. Kutsal G. Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları: Geriatri. 1. Baskı. Ankara - 2007. ss: 13-19
48. Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Risklerinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9 (2): 75-80.

49. Şahbaz M, Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu ile Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Turkish of Journal of Geriatrics 2006; 9 (2): 85-93.
50. Lawlor DA, Patel R, Ebrahim S. Association Between Falls in Elderly Women and Chronic Disease and Drug Use: Cross Sectional Study. British Medical Journal 2003; 327(7417): 712-717.
51. Damian J, Barriuso R, Gama E, Coesta J. Factors Associated With Falls Among Older Adults Living in Institutions. BMC Geriatrics 2013; 13 (6): 2-9.
52. Atun R. What are the Advantages And Disadvantages of Restructuring A Health Care System to be More Focused on Primary Care Services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report) <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>, erişim tarihi 1 Şubat 2015.
53. Berg KO, Maki BE, Williams JI, Holliday PJ, Wood-Dauphinee SL. Clinical and Laboratory Measures of Postural Balance in an Elderly Population. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1992; 73: 1073–1080.
54. Newton RA. Balance and falls among older people. Generations-Journal of the American Society on Aging 2003; 27(1): 27–31.
55. Cumming R, Salkeld G, Thomas M, Szonyi G. Prospective Study of the Impact of Fear of Falling on Activities of Daily Living, SF-36 Scores, and Nursing Home Admission. Journal of Gerontology 2000; 55A (5): 299-305.
56. Zijlstra GAR, Van Haastregt JCM, Van Eijk TM. Prevalence and Corralates of Fear of Falling, and Associated Avoidance of Activity in The General Population of Community-Living Older People. Age Aging 2007; 36(3): 304-309.
57. Dukyoo J. Fear of Falling in Older Adults: Comprehensive Review. Asian Nursing Research 2008; 2 (4): 214-220.
58. Tinetti M. Preventing Falls in Elderly Persons. The New England Journal of Medicine 2003; 348:42-49
59. Reyes-Ortiz CA, Al Snih S, Lorea J, Ray LA, Makides K. Risk Factors for Falling in Older Mexican-Americans. Ethnicity & Disease 2004; 14 (3): 417-422 (Abstract).
60. Levasseur M, Desrosiers J, Tribble DSC. Do Quality Of Life, Participation and Environment of Older Adults Differ According to Level of Activity? Health and Quality of Life Outcomes 2008; 6: 30.

61. Arıoğul S (ed.), Arıoğul S. Yaşlanmanın Biyolojik Temelleri: Geriatri ve Gerontoloji. 1. Baskı. ISBN: 975-567-037-8 Ankara - 2006. ss: 81-85.
62. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28 (2): 81-89.
63. Güler N, Akal Ç. Quality of Life of Elderly People Aged 65 Years and Over Living at Home in Sivas, Turkey. Turkish Journal of Geriatrics 2009; 12 (4): 181-189
64. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (1): 30-33.
65. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, ve ark. Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3 (4): 133-140.
66. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3 (4): 141-145.
67. Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, et al. Physical Activity is Related to Quality of Life in Older Adults. Health and Quality of Life Outcomes 2006; 4 (37): 1-6.
68. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş ve ark. İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 21 (3): 145-153.
69. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2009; 1: 48-60.
70. Aydın S, Karaoğlu L. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2012; 15 (4): 424-433.
71. Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Etmenleri. Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7 (4): 199-205.
72. Aştı N.Ö. Demans (Bunma) ve Başa Çıkma Yolları El Kitabı. ISBN: 978-5-01-971800-9 İstanbul – 1997. ss: 5-7.
73. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş 4. Baskı. Ankara – 1993. ss: 18-24

74. Akın B, Emiroğlu O. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yeti Yitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003; 6 (2): 59-67.
75. Akdeniz M, Yaman A, Kılıç S, Yaman H. Aile Hekimliğinde Önlenebilen Sorunlar: Yaşlılarda Düşmeler. *GeroFam-Kanıtı Dayalı, Hakemli Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi* 2010; 1 (1): 117-132.
76. Atay E, Akdeniz M. Yaşlılarda Düşme, Düşme Korkusu ve Bedensel Etkinlik. *GeroFam-Kanıtı Dayalı, Hakemli Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi* 2011; 2 (1): 11-28.
77. Van CL. Master of Science "Relationship Between Balance and Falls Among Older Adults Living in the Community" Queen's University Thesis Management; Dr. Gaye Greaves Kingston, Ontario, Canada- 2001.
78. Fisher A, Davis M, McLean A, Couteur D. Epidemiology of Falls in Elderly Semi-independent Residents in Residential Care. *Australasian Journal on Ageing* 2005; 24 (2): 98-102.
79. Kumar S, Vendhan G, Awasthi S, Tiwari M, Sharma VP. Relationship Between Fear of Falling, Balance Impairment and Functional Mobility in Community Dwelling Eldery. *Indian Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 2008; 19(2): 48-52.
80. Gemalmaz A, Dişçigil G, Başak O. Huzurevi Sakinlerinin Yürüme ve Denge Durumlarının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004; 7 (1): 41-44
81. Karataş GK, Maral I. Ankara Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı ve Düşme için Risk Faktörleri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2001; 4 (4): 152-158.
82. Brouwer B, Walker C, Rydahl SJ, Cukham EG. Reducing Fear of Falling in Seniors Through Education and Activity Programs: A Randomised Trial. *Journal of American Geriatrics Society* 2003; 51 (6): 829-834.
83. Legters K. Fear of Falling. *Physical Therapy* 2002; 82(3): 264-272.
84. Meriç M, Oflaz F. Yaşlı Bireylerin Düşme Yaşantısıyla İlgili Algıları ve Günlük Yaşamlarına Etkisi Üzerine Niteliksel Bir Çalışma. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007; 10 (1): 19-23.
85. Scheffer AC, Schuurmans MJ, Dijk NV, Hooft TVD, Rooij AED. Fear of Falling: Measurement Strategy, Prevalence, Risk Factors and Consequences Among Older Persons. *Age and Ageing* 2008; 37(1): 19-24.

86. Murphy SL, Williams CS, Gill TM. Characteristics Associated with Fear of Falling and Activity Restriction in Community-Living Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50(3): 516-520.
87. Özcan A, Donat H, Gelecek N, Özdirenç M, Karadibak D. The Relationship Between Risk Factors for Falling and the Quality of Life in Older Adults. *BMC Public Health*. 2005; 5(90): 1-6.
88. Kaya T, Karatepe AG, Avcı A, Günaydın R. Yaşlılarda Düşme Korkusu ve Düşmeye Karşı Yetkinlik. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012; 15 (3): 260-265.
89. Kara B, Yıldırım Y, Genç A, Ekizler S. Geriatriklerde Ev Ortamı ve Yaşam Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve Düşme Korkusu ile İlişkisinin İncelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* 2009; 20 (3): 190-200.
90. Kawanabe K, Kawashima A, Sashimoto I, Takeda T, Sato Y, Iwamoto J. Effect of Whole-Body Vibration Exercise and Muscle Strengthening, Balance, and Walking Exercises on Walking Ability in The Elderly. *The Keio Journal of Medicine* 2007; 56(1): 28-33.
91. Moylan K, Binder E. Falls in Older Adults: Risk Assessment, Management and Prevention. *The American Journal of Medicine* 2007; 120(6): 493-497.





## SAĞLIKTA ŞİDDETE SON



İLETİŞİM	SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
ADRES	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
TELEFON	+90 456 233 11 72 +90 505 34762 06
FAKS	+90 456 233 11 79
e-posta	<a href="mailto:sbd@gumushane.edu.tr">sbd@gumushane.edu.tr</a> Makalelerinizi Hotmail üzerinden göndermeyiniz.