

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
DERGİSİ**

**JOURNAL OF EGE UNIVERSITY
NURSING FACULTY**

Cilt/Volume: 34

Sayı/Number: 3

Yıl/Year: 2018

AÇIKLAMALAR

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

Yayın Türleri

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

Yayın Hakları

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



EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

Yayın Sahibi

Prof.Dr. Ayşegül BİLGE Hemşirelik Fakültesi Adına

Sorumlu Müdür

Prof.Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN

Yayın Alt Komisyonu

Prof.Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR

(Başkan)

Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van

Prof.Dr. M.Olcay ÇAM

GIERBERGEN

Prof.Dr. Asiye AKYOL

Dergi Yayın Kurulu

Prof.Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN **(Baş Editör)**

Prof.Dr. Olcay ÇAM

Prof.Dr. Leyla KHORSHTD

Prof.Dr. Süheyla ÖZSOY

Prof.Dr. Aynur TÜREYEN

Prof.Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Prof.Dr. Ümran SEVİL

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova - İzmir

Baskı Tarihi

25.12.2018

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (EÜHF) tarafından

yılda üç sayı/bir cilt hakemli dergi olarak yayınlanır.

Türkiye Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index.

Cilt:34 Sayı:3/Volume:34 Number:3

EDİTÖR KURULU/EDITORIAL BOARD

Baş Editör /Editor in Chief

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERSBERGEN

Alan Editörleri/Field Editor

İsmet EŞER

Esra ENGİN

Yasemin YILDIRIM

Türkan ÖZBAYIR

Şafak DAĞHAN

Selmin ŞENOL

Şenay ÜNSAL ATAN

Fahriye VATAN

Editör Yardımcıları/ Editor

Assistants

Arş.Gör. Gizem BEYCAN EKİTLİ

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KAHRAMAN

Dr. Hülya KANKAYA

Hakem Kurulu/ Advisory Board

Asiye GÜL

Ayden ÇOBAN

Ayfer ÖZBAŞ

Aysun BABACAN GÜMÜŞ

Ayşe GÜROL

Ayten TAŞPINAR

Cantürk ÇAPIK

Dilek AYGİN

Dilek ÖZDEN

Duygu GÖZEN

Elif ÜNSAL AVDAL

Emel TAŞÇI DURAN

Emel YILMAZ

Emine GEÇKİL

Emine İYİGÜN

Esra ENGİN

Fatma CEBECİ

Fatma ORGUN

Figen Işık ESENAY

Figen YARDIMCI

Funda BÜYÜKYILMAZ

Gülendam KARADAĞ

Güler BALCI ALPARSLAN

Gülseren KESKİN

Gülsüm ANÇEL

Hatice BAL YILMAZ

Hatice BAŞKALE

Hatice MERT

Hülya KAYA

Melek ARDAHAN

Nadiye ÖZER

Neriman SOĞUKPINAR

Nevin AKDOLUN

Nevin KUZU KURBAN

Nuriye DUMAN

Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

Öznur USTA YEŞİLBALKAN

Rana YİĞİT

Selmin ŞENOL

Serap ÖZER

Sevgisun KAPUCU

Sevil GÜLER DEMİR

Sevilay HİNTİSTAN

Sultan AYAZ

Şeyda DÜLGERLER

Türkan ÖZBAYIR

Yasemin KUTLU

Zeynep DAŞIKAN

Zeynep GÜNEŞ

Zeynep KARAMAN ÖZ

*Bu sayıya verdikleri katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

İÇİNDEKİLER

2018/Sayı-3

Editörden

Araştırmalar

- Öğrencilerin Hemşirelik Eğitiminde Akreditasyon Konusundaki Görüşleri
Thoughts of Students About Accreditation in Nursing
Selmin ŞENOL, Seda ARDAHAN SEVGİLİ, Betül KEKEÇ.....1-13
- Üniversite Öğrencilerinde Patolojik İnternet ve Oyun Kullanımının İncelenmesi
Investigation of the Use of Patological Internet and Game in University Students
Ayşegül BİLGE, Yağmur BEĞLİ, Dilek YILMAZ, Gizem MANAS, Yasemin KORKMAZ14-23
- Pulse Oksimetredeki Çocuk Hasta Bakımı İle İlgili Çocuk Hemşirelerinin Bilgi Durumu
Knowledge Level of Pediatric Nurses on Pulse Oxymeter in Pediatric Care
Öznur TİRYAKİ, Nursan ÇINAR.....24-33
- Annelik Deneyimi İle Çocuk Sevme Düzeyi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
Evaluation of the Relationship Between Maternal Experience and Liking of Children Levels and Factor Affecting
Elif ERBAY, Sümeyra TOPAL, Öznur TİRYAKİ, Nursan ÇINAR.....34-44
- Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Preoperatif Eğitimin: Postoperatif Dönemde Anksiyete ve İyileşme Süreci Üzerine Etkisinin İncelenmesi
Analysis of the Effects of Preoperative Trainings Given to Patients Who Will Undergo Open-Heart Surgery on Their Anxiety and Recovery Process During Postoperative Period
Aynur KAYNAR ŞİMŞEK, Tahsin ŞİMŞEK, Şule ECEVİT ALPAR45-62
- Hemşirelerin Kan Şekeri Ölçüm Yöntemleri ile İlgili Gözlemsel Bir Çalışma
An Observational Study on Blood Glucose Level Methods Implemented by Nurses
Eda ERGİN, Ayten ZAYBAK.....63-72
- Yaşlılarda Düşme ve Düşmeye İlişkin Özelliklerin İncelenmesi
Investigation of Falls in the Elderly and Characteristics of Falls
Gamze AĞARTIOĞLU KUNDAKÇI, Medine YILMAZ, Melih Kaan ÖZMEN.....73-88

- Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi
Investigation of Nursing Faculty Students' Burnout Levels
M.Olcay ÇAM, Gizem BEYCAN EKİTLİ, Tuğba Büşra DÖKMETAŞ
Nazgül MERCAN.....89-102

Derleme Yazılar

- Palyatif Bakımda Kanser Rehabilitasyonu ve Hemşirelik Yönetimi
Cancer Rehabilitation in Palliative Care and Nursing Management
Gönül DÜZGÜN, Ayfer KARADAKOVAN.....103-118
- Rehabilitasyon Hemşireliğinde Hortikültürel Terapi
Horticultural Therapy in Rehabilitation Nursing
Kadriye SAYIN KASAR, Yasemin YILDIRIM, Serap ÖZER..... 119-127
- Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım
Preconception Counseling and Care
Mükerrem BAŞLI, Hilmiye AKSU..... 128-140
- Yenidoğan Cildi Ve Verniks Kazeozanın Bebeğe Faydaları
Newborn Skin and Benefits of Vernix Caseosa for the Infant
Özge KARAKAYA SUZAN, Nursan ÇINAR..... 141-147
- 65 Yaş ve Üzerindeki Bireylerde Aşılama Programları ve Hemşirelik
Vaccination Programs for Individuals Over 65 Years of Age and Nursing
Elif OKUR, Sevilay HİNTİSTAN..... 148-156
- Topikal Uygulamada Zeytinyağının Etkinliği
Effectiveness of Olive Oil in Topical Application
Münevver SÖNMEZ, Ülkü YAPUCU GÜNEŞ.....157-168

Olgu Sunumu

- İleus Ön Tanısıyla İzlenen ve Kolostomi Açılan Hastanın Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Hazırlanan Hemşirelik Bakım
Nursing Care Prepared According to Roy's Adaptation Model of a Patient Following Ileus Prediagnosis and Opening Colostomy
Neslihan ILKAZ, Sevinç TAŞTAN, Emine İYİGÜN.....169-178

İyi Klinik Uygulamalar

- Kanıta Dayalı Uygulamalar: Yaşam Sonu Dönemde Yetişkin Bireyin Hemşirelik Bakımı
Evidence-Based Approaches: Nursing Care of Adults in The Last Days of Life
Şule OLGUN, Meryem YAVUZ van GIERBERGEN.....179-191

Editörden Okura,

Dergimizin Değerli Okuyucuları,

Merhaba

Yılsonu değerlendirmelerinin yapıldığı ve gelecek yeni yılın heyecanla beklendiği aralık ayın da yayınlanan sayımız vesilesi ile dergi yayın kurulu ve tüm ekibimiz adına okuyucularımızın ve meslektaşlarımızın yeni yılını kutluyor, gönlünüzce güzel, sağlıklı, başarılı bir yıl diliyoruz.

Dergimizde 2018 yılında yapılan çalışmalar konusunda sizlere bilgi vermek istiyorum. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisinin 1985 yılından itibaren yayınlanan tüm sayıları dergi park üzerinden erişime açıldı (<http://dergipark.gov.tr/egehemsire>). Dergi hakemleri güncellendi. Dergide haziran ayından itibaren dokuz alan editörü görev almaya başladı. Dergimize gönderilen yayınların hızlı, etkin planlamasına başlandı. Derginin diğer indeksler de yer alması ile ilgili çalışmalar sürmektedir.

2018 yılının üçüncü sayısı içeriğinde hemşirelik eğitimi ve bakımı içeren konularda sekiz araştırma, altı derleme, bir olgu sunumu, bir iyi klinik uygulamalar bölümünde olmak üzere toplam 16 adet makale bulunmaktadır.

Bu yıl yayınlanan üç sayımızda toplam 21 araştırma, 12 derleme, iki olgu sunumu, iki iyi klinik uygulamalar olmak üzere toplam 37 adet makale okuyucularımıza ulaştı. Tüm yayınların mesleğimize ve öğrencilerimize yararlı olmasını umuyoruz. Bu yıl dergimizde yayınlanan makalelerin süreç ortalaması beş ay olarak hesaplandı. Önümüzde yıl bu sürecin üç ay olması yönünde çalışmalarımız planlandı.

Bu sayının hazırlanmasında yayınları olan yazarlara, emeği olan hakem kuruluna, hazırlık aşamasında tüm işlemlerin gerçekleştirmesinde özveri ile çalışan dergi ekibimize desteklerinden dolayı dergimiz adına çok teşekkür ediyorum.

Ülkemizde mesleğimizde hızla artan dergi ve yayın sayısı ile beraber siz değerli meslektaşlarımızdan mesleğimizin gelişimine katkı sağlamada güncel verileri **hızlı bir şekilde paylaşmada** dergimizi yayınlarınız ile desteklemenizi bekliyoruz.

Sevgi ve saygılarımla

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN

Baş Editör

ÖĞRENCİLERİN HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE AKREDİTASYON KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ

THOUGHTS OF STUDENTS ABOUT ACCREDITATION IN NURSING EDUCATION

Doç. Dr. Selmin ŞENOL* **Arş. Gör. Seda ARDAHAN SEVGİLİ***
Betül KEKEÇ** **Ayşegül ORHAN**** **Leman SEVİNÇ****

*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

**E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Lisans Öğrencisi

Geliş Tarihi/Received: 16.03.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 10.10.2018

ÖZ

Amaç: Günümüz bilgi dünyasında her alanda meydana gelen değişim ve gelişimler, toplumların eğitim sistemlerini sürekli güncellemelerini zorunlu kılmaktadır. Eğitimde "kalite-akreditasyon" terimleri son dönemde gündemdeki kavramlardır. Akredite olan eğitim kurumlarında, mezun olmadan önce öğrencilerin mesleki donanımlarının zenginleştirilmesi ve olanaklarını olumlu yönde değerlendirebilmesi hedeflenir. Öğrencilerin aldıkları eğitim, müfredat ve uygulamalar, lisans eğitimi sonrasında daha nitelikli koşullarda çalışabilecek şekilde mezun olmasını sağlar. Bu çalışmada, öğrencilerin hemşirelik lisans eğitiminde akreditasyon konusunda bilgi durumları ve kazançlarının neler olacağı konusundaki görüşleri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte olup, Şubat-Haziran 2016 tarihleri arasında bir üniversitenin Hemşirelik Fakültesi'nde okuyan 775 öğrenci ile yürütülmüştür. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan sosyo-demografik veri formu ve Yapılandırılmış Akreditasyon İfadeleri Formu ile toplanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Öğrencilerin %89'u kadın ve yaş ortalamaları 21.376 ± 1.704 (min: 18, max: 36)'dır. Örneklemin %85.4'ü akreditasyon kelimesini ilk kez fakültenin akreditasyon afiş ve broşürleri sırasında duyduğunu belirtmiş olup, yaklaşık %60'ı "Akreditasyon bir fakültenin imajını ve kalitesini olumlu yönde etkiler" ifadesine katılmaktadır. "Akreditasyon hemşirelik fakültesinin sürekli gelişim içinde olmasını sağlar" görüşünde olan öğrencilerin oranı %63.1'dir. "Öğrenci Hemşireler Derneğine" üye olanlar %46'dır. Öğrencilerin hemşirelik

eğitiminde akreditasyonun gerekliliği konusunda olumlu görüşleri olmakla birlikte, akreditasyonun mezuniyet sonrasında kendilerine sağlayacağı yararlar konusundaki olumlu görüşler düşük orandadır. Hemşirelik eğitim programında, akreditasyon hakkında sunumlara yer verilerek, öğrencilerin bu konuda bilgilendirilmesi sağlanabilir. Ayrıca, akreditasyon gerekliliklerinin yerine getirilmesinde öğrenci katılımlarının artırılması da önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Akreditasyon, hemşirelik eğitimi, hemşirelik öğrencisi.

ABSTRACT

Objective: *In today's world of knowledge, changes and developments in every field make it necessary to constantly update the education systems of the societies. The terms "quality-accreditation" in education are concepts that have recently been on the agenda. It is aimed at the accredited educational institutions to evaluate the possibilities of enriching the professional skills of students before they graduate. In the context of the educational contents received by the students, graduation is ensured with certain earnings so that they can work on more qualified conditions after graduation. In this study, nursing students' knowledge of accreditation and views on their earnings are examined.*

Methods: *This descriptive study was conducted with 775 students studying at a Nursing Faculty of a university between February and June 2016. The research data were collected by the individual identification form and the likert typed accreditation questionnaire prepared by the researchers.*

Results: *Among the participants, the ratio of women was 89% and 85.4% of the students stated that they had heard the accreditation word during accreditation announcement. The average age of the students is 21.376 ± 1.704 (min: 18, max: 36). Approximately 60% of participants share the expression of "Accreditation affects the image and quality of a faculty positively" and 63.1% "Accreditation ensures that the nursing faculty is in constant development". The members of "Student Nurses Association" are 46%.*

Conclusion: *Although the students have positive opinions about the necessity of accreditation in nursing education, the positive opinions about the benefits of accreditation after graduation are low. In the nursing education program, presentations about accreditation can be provided and students can be informed about this issue. It may also be recommended to increase student participation in meeting accreditation requirements. Students should be informed about the accreditation in the training programs. It may also be recommended to increase student participation in meeting accreditation requirements.*

Key words: Accreditation, nursing education, nursing student.

GİRİŞ

Güvenirlilik, inovasyon, standardizasyon kavramlarının giderek yaygınlaşmasıyla birlikte, kalite güvence ve akreditasyonun önemi artmıştır. Bu kavramlar tüm disiplinlerde tartışılırken, sağlık disiplinlerinde de yer almış ve konunun giderek geliştiği bir süreç başlamıştır (Ralph 2015, Halstead 2017). Türk Akreditasyon Kurumu'nun (TÜRKAK) tanımına göre; "Akreditasyon; uygunluk değerlendirme kuruluşlarınınca gerçekleştirilen çalışmaların ve dolayısıyla bu çalışmalar sonucunda düzenledikleri uygunluk teyit belgelerinin güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemek amacıyla oluşturulmuş bir kalite alt yapısıdır" (Türk Akreditasyon Kurumu 2018).

Yükseköğretimde akreditasyonun amacı ise, alandaki kurumların verdiği eğitimin "kabul edilebilir düzeydeki kalite seviyesine" ulaşabildiğini kanıtlamaktır (Herdman 2010). Türkiye'de bu konuda hizmet veren dernekler arasında; "Türkiye Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK)" ve "Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (HEPDAK)" bulunmaktadır. Hemşirelik disiplini eğitim programları için akreditasyon ve değerlendirme faaliyetleri yürüterek Türkiye'de hemşirelik eğitiminin seviyesinin artırılmasını hedefleyen HEPDAK, nitelikli eğitim almış hemşirelerin yetiştirilmesini sağlayarak toplum sağlığının iyileştirilmesine, yükseltilmesine katkıda bulunur (Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği 2018). Bu yaklaşımla hemşirelik eğitiminde akreditasyonun sağlanması; eğitimin niteliğini yükseltmekte, mezuniyet sonrasında daha nitelikli, meslek bilinci yüksek, araştırmacı, ekip işbirliği gücü yüksek meslektaş anlayışını desteklemektedir. Tüm bunlar hemşirelik eğitimi alan hemşire adayları için bir kazançtır. Bu kazanç disiplinin bütününe yansiyarak, hemşirelik statüsünü güçlendirir. Tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmanın amacı; hemşirelik öğrencilerinin akreditasyon konusunda bilgi durumlarını ve kazançlarının neler olacağı konusundaki görüşlerini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, bir üniversitenin Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin akreditasyon konusundaki görüşlerini inceleyen tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma Şubat-Haziran 2016 tarihleri yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Fakülte'deki hemşirelik öğrencilerinin tümü oluşturmaktadır (1. sınıf 296, 2. sınıf 482, 3. sınıf 401, 4. sınıf (intörn) 257 öğrenci ile toplam N:1436 öğrencidir). Araştırma örneklemini ise; araştırmanın uygulandığı tarih ve saatler içerisinde Fakülte'de olup, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 775 öğrenci oluşturmuştur (1. sınıf 187, 2. sınıf 213, 3. sınıf 217, 4. sınıf 158). Örneklemde ulaşılabilirlik %53'tür. Araştırmada bağımsız değişkenlerle ilgili sorular sosyo-demografik veri formu (*yaş, cinsiyet, meslekle ilgili derneğe üye olma durumu vb.*) ile toplanmıştır. Ek olarak, öğrencilerin akreditasyon konusundaki görüşlerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan "Yapılandırılmış Akreditasyon İfadeleri Formu" kullanılmıştır. Formda toplam 19 ifade vardır. İfadeler "hemşirelik eğitimi akreditasyonuna" vurgu yapacak şekilde, hemşirelik eğitiminin misyonu (ifade 1, 4), vizyonu (ifade 2, 3), akredite eğitimin kazandırdıkları/eğitim süreci sonrası yararları (ifade 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18) ve akreditasyona ilişkin genel görüş ifadelerinden (ifade 15, 16, 19) oluşmaktadır. Bu ifadelerin 12'si olumlu (ifade 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18) ve 7'si olumsuz (ifade 3, 6, 8, 11, 13, 15, 19)'dur. Form araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, uzman görüşleri alındıktan sonra uygulanmıştır. Araştırma için gerekli etik izin ve kurum onayı alınmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 Paket Programı'nda sayı, yüzdelik ve ortalama alınarak yapılmıştır.

BULGULAR VE YORUM

Öğrencilerin %89'u kadın (n=690), yaş ortalamaları 21.376 ± 1.704 (Min=18, Max=36)'dır. Sınıf dağılımları birinci sınıf % 24.1, ikinci sınıf %27.5, üçüncü sınıf %28, intörn %20.4'tür. Öğrencilerin 2/3'ü (n=505) Anadolu/Fen lisesinden mezun, %54.3'ü

(n=421) İngilizce okuyup yazabilmektedir. Öğrencilerin en uzun yaşadığı yer %32.8 ile (n=254) ilçe olup, %46.2'si yurttan kalıp, %31.6'sı arkadaşları ile evde kalmaktadır. Aile yapısına bakıldığında ise %81.3'ü çekirdek aileye sahiptir. Öğrencilerin sadece %24.3'ünün öğrenim kredi/bursu almadığı saptanmıştır. Öğrencilerin %46.0'si ise mesleki aidiyet duygusunun ilk adımı olan "Öğrenci Hemşireler Derneğine" üyedir. Öğrencilerin %85.4'ü "akreditasyon" kelimesini ilk kez fakültenin akreditasyon duyuru çalışmaları sırasında duyduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=775)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	690	89.0
Erkek	85	11.0
<u>Sınıf</u>		
1. sınıf	187	24.1
2. sınıf	213	27.5
3. sınıf	217	28.0
4. sınıf	158	20.4
<u>Mezun olunan lise</u>		
Düz lise	210	27.1
Anadolu/ fen lisesi	505	65.2
Sağlık meslek lisesi	60	7.7
<u>En uzun yaşanan yer</u>		
Büyükşehir	152	19.6
Şehir	241	31.1
İlçe	254	32.8
Köy	128	16.5
<u>İkametgâh</u>		
Kredi Yurtlar Kurumu	236	30.5
Özel yurt	122	15.7
Arkadaşlarla evde	245	31.6
Aile yanında	172	22.2
<u>Aile yapınız</u>		
Geniş aile	79	10.2
Çekirdek aile	630	81.3
Anne baba ayrı	66	8.5
<u>Maddi destek durumu</u>		
Devlet bursu (geri ödemesiz)	221	28.5
Kredi (geri ödemesiz)	313	40.4
Vakıf bursu	53	6.8
Burs almıyorum	188	24.3
<u>Öğrenci Hemşireler Derneği üyeliği</u>		
Evet	419	46.0
Hayır	356	54.0

Akreditasyonun ne zaman duyulduğu		
Duymadım	29	3.7
Fakülte içi duyuruda	662	85.4
Klinik uygulama sırasında klinikte	59	7.6
İnternette taramalar sırasında	25	3.2
TOPLAM	775	100.0

Tablo 2’de öğrencilerin akreditasyon konusundaki görüşleri incelenmiştir. Öğrencilerin %53.7’si Madde 1’deki “Değişim yaratabilen, insan haklarına saygılı, otonomi sahibi, lider, lisans ve lisans üstü düzeyde hemşire yetiştirmek fakültemizin misyonudur” ifadesine katılmaktadır. Öğrencilerin %56.4’ü Madde 2’deki “Hemşirelik fakültesinin vizyonu ulusal ve uluslararası düzeyde tercih edilen, dünya standartlarında rekabet edecek akademisyen ve hemşirelerin yetiştirildiği model bir eğitim kurumu olmaktır” ifadesine katılmaktadır. Öğrencilerin %33.9’u Madde 3’teki “Hemşirelik Fakültesi akreditasyon gerektiren bir bölüm değildir” ifadesine katılmazken; öğrencilerin %61.4’ü Madde 4’teki “Hemşirelik Fakültesinin misyonu, bilimsel değişmelere dayalı olarak toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt vermek için, etik değerlere sahip hemşireler yetiştirmektir” ifadesine katılmaktadır. Öğrencilerin %66.5’i Madde 5’teki “Akreditasyon hemşirenin, etkili iletişim, problem çözme ve araştırma becerilerine sahip olmasını sağlar” ifadesine katılırken; %37.9’u Madde 6’daki “Akreditasyon, mezuniyet sonrası kullanılan standartlara uygun yerlerde çalışma imkanı sağlamaz” ifadesinde kararsız kalmaktadır. Öğrencilerin %50.1’i Madde 7’deki “Akreditasyon, risklerin yönetilmesi ve azaltılmasıdır” ifadesinde kararsız kalmaktadır. Öğrencilerin %30.5’i Madde 8’deki “Akreditasyonun iş bulmaya etkisi yoktur” ifadesinde kararsız kalırken; %59.7’si Madde 9’daki “Akreditasyon bir fakültenin imajını ve kalitesini olumlu yönde etkiler” ifadesine katılmaktadır. %58.5’i Madde 10’daki “Akreditasyon, öğrencilerin eğitim deneyimlerini olumlu yönde değiştirmeye katkıda bulunur” ifadesine katılırken; %47’si Madde 11’deki “Akreditasyon Hemşirelik Fakültesi üyelerinde kuruma ait olma duygusu uyandırmaz” ifadesine katılmamaktadır. Öğrencilerin %57’si Madde 12’deki “Akreditasyonun eğitim, yönlendirme, denetim, kıyaslama gibi fonksiyonlara sahip olması öngörülür” ifadesine katılırken, %47.9’u Madde 13’teki “Akreditasyonun öğrencilerin öğrenme kalitesine katkısı yoktur” ifadesine katılmamaktadır. Öğrencilerin %38.8’i Madde 14’teki “Akreditasyon mezun öğrencilerin daha iyi iş fırsatları elde etmesine olanak sağlar” ifadesine katılırken; %50.8’i Madde 15’teki “Akreditasyonun gerekliliklerini yerine getirmek için fakültenin yapısını ve iş yapma biçimini değiştirmek gerekir” ifadesine katılmaktadır. %34.5’i Madde 16’daki “Akreditasyon zaman alıcı bir iş değildir” ifadesine katılmamaktadır. Öğrencilerin %63.1’i Madde 17’deki “Akreditasyon Hemşirelik disiplininin sürekli gelişim içinde olmasını sağlar” ifadesine katılırken; %59.5’i Madde 18’deki “Akreditasyon, okulun akranları arasında ve toplumda tanınmasını sağlar” ifadesine katılmaktadır. Öğrencilerin %39.5’i Madde 19 “Akreditasyon standartları optimal ve uygulanabilir değildir” ifadesine katılmamaktadır.

Tablo 2’de öğrencilerin akreditasyon konusundaki görüşleri incelenmiştir. Öğrencilerin %53.7’si Madde 1’deki “Değişim yaratabilen, insan haklarına saygılı, otonomi sahibi, lider, lisans ve lisans üstü düzeyde hemşire yetiştirmek fakültemizin misyonudur” ifadesine katılmaktadır. Öğrencilerin %56.4’ü Madde 2’deki “Hemşirelik fakültesinin vizyonu ulusal ve uluslararası düzeyde tercih edilen, dünya standartlarında rekabet edecek akademisyen ve hemşirelerin yetiştirildiği model bir eğitim kurumu olmaktır” ifadesine katılmaktadır. Öğrencilerin %33.9’u Madde 3’teki “Hemşirelik Fakültesi akreditasyon gerektiren bir bölüm değildir” ifadesine katılmakzen; öğrencilerin %61.4’ü Madde 4’teki “Hemşirelik Fakültesinin misyonu, bilimsel değişmelere dayalı olarak toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt vermek için, etik değerlere sahip hemşireler yetiştirmektir” ifadesine katılmaktadır. Öğrencilerin %66.5’i Madde 5’teki “Akreditasyon hemşirenin, etkili iletişim, problem çözme ve araştırma becerilerine sahip olmasını sağlar” ifadesine katılırken; %37.9’u Madde 6’daki “Akreditasyon, mezuniyet sonrası kullanılan standartlara uygun yerlerde çalışma imkanı sağlamaz” ifadesinde kararsız kalmaktadır. Öğrencilerin %50.1’i Madde 7’deki “Akreditasyon, risklerin yönetilmesi ve azaltılmasıdır” ifadesinde kararsız kalmaktadır. Öğrencilerin %30.5’i Madde 8’deki “Akreditasyonun iş bulmaya etkisi yoktur” ifadesinde kararsız kalırken; %59.7’si Madde 9’daki “Akreditasyon bir fakültenin imajını ve kalitesini olumlu yönde etkiler” ifadesine katılmaktadır. %58.5’i Madde 10’daki “Akreditasyon, öğrencilerin eğitim deneyimlerini olumlu yönde değiştirmeye katkıda bulunur” ifadesine katılırken; %47’si Madde 11’deki “Akreditasyon Hemşirelik Fakültesi üyelerinde kuruma ait olma duygusu uyandırmaz” ifadesine katılmamaktadır. Öğrencilerin %57’si Madde 12’deki “Akreditasyonun eğitim, yönlendirme, denetim, kıyaslama gibi fonksiyonlara sahip olması öngörülür” ifadesine katılırken, %47.9’u Madde 13’teki “Akreditasyonun öğrencilerin öğrenme kalitesine katkısı yoktur” ifadesine katılmamaktadır. Öğrencilerin %38.8’i Madde 14’teki “Akreditasyon mezun öğrencilerin daha iyi iş fırsatları elde etmesine olanak sağlar” ifadesine katılırken; %50.8’i Madde 15’teki “Akreditasyonun gerekliliklerini yerine getirmek için fakültenin yapısını ve iş yapma biçimini değiştirmek gerekir” ifadesine katılmaktadır. %34.5’i Madde 16’daki “Akreditasyon zaman alıcı bir iş değildir” ifadesine katılmamaktadır. Öğrencilerin %63.1’i Madde 17’deki “Akreditasyon Hemşirelik disiplininin sürekli gelişim içinde olmasını sağlar” ifadesine katılırken; %59.5’i Madde 18’deki “Akreditasyon, okulun akranları arasında ve toplumda tanınmasını sağlar” ifadesine katılmaktadır. Öğrencilerin %39.5’i Madde 19 “Akreditasyon standartları optimal ve uygulanabilir değildir” ifadesine katılmamaktadır.

Tablo 2. Öğrencilerin Hemşirelik Eğitiminde Akreditasyon ile İlgili İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı (n=775)

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Değişim yaratabilen, insan haklarına saygılı, otonomi sahibi, lider, lisans ve lisans üstü düzeyde hemşire yetiştirmek fakültemizin misyonudur	26	3.4	39	5.0	125	16.1	416	53.7	169	21.8
Hemşirelik fakültesinin vizyonu ulusal ve uluslararası düzeyde tercih edilen, dünya standartlarında rekabet edecek akademisyen ve hemşirelerin yetiştirildiği model bir eğitim kurumu olacaktır	17	2.2	44	5.7	93	12.0	437	56.4	184	23.7
Hemşirelik Fakültesi akreditasyon gerektiren bir bölüm değildir	225	29.0	263	33.9	213	27.5	53	6.8	21	2.7
Hemşirelik Fakültesinin misyonu, bilimsel değişimlere dayalı olarak toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt vermek için, etik değerlere sahip hemşireler yetiştirmektedir	16	2.1	34	4.4	93	12.0	476	61.4	156	20.1
Akreditasyon, hemşirenin, etkili iletişim, problem çözme ve araştırma becerilerine sahip olmasını sağlar	12	1.5	35	4.5	64	8.3	515	66.5	149	19.2
Akreditasyon, mezuniyet sonrası kullanılan standartlara uygun yerlerde çalışma imkânı sağlamaz	159	20.5	237	30.6	294	37.9	65	8.4	20	2.6
Akreditasyon, risklerin yönetilmesi ve azaltılmasıdır	10	1.3	45	5.8	388	50.1	253	32.6	79	10.2
Akreditasyonun iş bulmaya etkisi yoktur	132	17.0	215	27.7	236	30.5	166	21.4	26	3.4
Akreditasyon bir fakültenin imajını ve kalitesini olumlu yönde etkiler	7	0.9	45	5.8	99	12.8	463	59.7	161	20.8
Akreditasyon, öğrencilerin eğitim deneyimlerini olumlu yönde değiştirmeye katkıda bulunur	17	2.2	58	7.5	105	13.5	453	58.5	142	18.3
Akreditasyon Hemşirelik Fakültesi düzeyinde kuruma ait olma duygusunu uyandırmaz	100	12.9	364	47.0	220	28.4	63	8.1	28	3.6
Akreditasyonun eğitim, yönlendirme, denetim, kıyaslama gibi fonksiyonlara sahip olması önerülür	18	2.3	73	9.4	149	19.2	442	57.0	93	12.0
Akreditasyonun öğrencilerin öğrenme kalitesine katkısı yoktur	121	15.6	371	47.9	182	23.5	66	8.5	35	4.5
Akreditasyon mezun öğrencilerin daha iyi iş fırsatları elde etmesine olanak sağlar	16	2.1	65	8.4	241	31.1	301	38.8	152	19.6
Akreditasyonun gerekliliklerini yerine getirmek için fakültenin yapısını ve iş yapma biçimini değiştirmek gerekir	12	1.5	44	5.7	217	28.0	394	50.8	108	13.9
Akreditasyon zaman alıcı bir iş değildir	87	11.2	267	34.5	265	34.2	130	16.8	26	3.4
Akreditasyon Hemşirelik disiplininin sürekli gelişim içinde olmasını sağlar	15	1.9	42	5.4	95	12.3	489	63.1	134	17.3
Akreditasyon, okulun aktarılan arasında ve toplumda tanınmasını sağlar	15	1.9	33	4.3	139	17.9	461	59.5	127	16.4
Akreditasyon standartları optimal ve uygulanabilir değildir	121	15.6	306	39.5	280	36.1	45	5.8	23	2.9

Tablo 3. Katılımcıların Akreditasyon İfadelerine Katılımlarının Sınıflara Göre Dağılımı (n= 775)

İfadeler	Katılım Seçenekleri	1.sınıf Sayı/yüzde	2.sınıf Sayı/yüzde	3.sınıf Sayı/yüzde	4.sınıf Sayı/yüzde
Hemşirelik Fakültesi akreditasyon gerektiren bir bölüm değildir.	Kesinlikle Katılmıyorum	9 (%4.8)	1 (%0.5)	2 (%0.9)	9 (%5.7)
	Katılmıyorum	3 (%1.6)	31 (%14.6)	10 (%4.6)	9 (%5.7)
	Fikrim Yok	39 (%20.9)	62 (%29.1)	84 (%38.7)	28 (%17.7)
	Katılıyorum	59 (%31.6)	70 (%32.9)	69 (%31.8)	65 (%41.1)
	Kesinlikle Katılıyorum	77 (%41.2)	49 (%23)	52 (%24)	47 (%29.7)
Akreditasyon hemşirenin, etkili iletişim, problem çözüme ve araştırma becerilerine sahip olmasını sağlar.	Kesinlikle Katılmıyorum	1 (%0.5)	1 (%0.5)	5 (%2.3)	5 (%3.2)
	Katılmıyorum	9 (%4.8)	0	9 (%4.1)	17 (%10.8)
	Fikrim Yok	15 (%8)	0	30 (%13.8)	19 (%12)
	Katılıyorum	98 (%52.4)	206 (%96.7)	127 (%58.5)	84 (%53.2)
	Kesinlikle Katılıyorum	64 (%34.2)	6 (%2.8)	46 (%21.2)	33 (%20.9)
Akreditasyon, risklerin yönetilmesi ve azaltılmasıdır.	Kesinlikle Katılmıyorum	2 (%1.1)	1 (%0.5)	3 (%1.4)	4 (%2.5)
	Katılmıyorum	12 (%6.4)	0	23 (%10.6)	10 (%6.3)
	Fikrim Yok	70 (%37.4)	136 (%63.8)	121 (%55.8)	61 (%38.6)
	Katılıyorum	64 (%34.2)	70 (%32.9)	46 (%21.2)	73 (%46.2)
	Kesinlikle Katılıyorum	39 (%20.9)	6 (%2.8)	24 (%11.1)	10 (%6.3)
Akreditasyon bir fakültenin imajını ve kalitesini olumlu yönde etkiler.	Kesinlikle Katılmıyorum	1 (%0.5)	0	3 (%1.4)	3 (%1.9)
	Katılmıyorum	9 (%4.8)	0	24 (%11.1)	12 (%7.6)
	Fikrim Yok	25 (%13.4)	0	50 (%23)	24 (%15.2)
	Katılıyorum	75 (%40.1)	206 (%96.7)	100 (%46.1)	82 (%51.9)
	Kesinlikle Katılıyorum	77 (%41.2)	77 (3.3)	40 (%18.4)	37 (%23.4)
Akreditasyon mezun öğrencilerin daha iyi iş fırsatları elde etmesine olanak sağlar.	Kesinlikle Katılmıyorum	4 (%2.1)	0	7 (%3.2)	5 (%3.2)
	Katılmıyorum	10 (%5.3)	14 (%6.6)	22 (%10.2)	19 (%12)
	Fikrim Yok	44 (%23.5)	62 (%29.1)	75 (%34.7)	60 (%38)
	Katılıyorum	87 (%46.5)	74 (%34.7)	85 (%39.4)	55 (%34.8)
	Kesinlikle Katılıyorum	42 (%22.5)	63 (%29.6)	27 (%12.5)	19 (%12)

Akreditasyon hemşirelik disiplininin sürekli gelişim içinde olmasına katkıda bulunur.	Kesinlikle Katılmıyorum	2 (%1.1)	6 (%2.8)	4 (%1.8)	3 (%1.9)
	Katılmıyorum	8 (%4.3)	8 (%3.8)	15 (%6.9)	11 (%7)
	Fikrim Yok	23 (%12.3)	0	38 (%17.5)	34 (%21.5)
	Katılıyorum	92 (%49.3)	198 (%93)	122 (%56.2)	77 (%48.7)
	Kesinlikle Katılıyorum	62 (%32.3)	1 (%0.5)	38 (%17.5)	33 (%20.9)

Tablo 3'te katılımcıların akreditasyon ifadelerindeki katılım seçeneklerinin sınıflara göre dağılımı verilmiştir. Birinci sınıf öğrencilerinin %81.3'ü akreditasyonun bir fakültenin imajını ve kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünürken, son sınıfların %75.3'ü aynı ifadeye katılmaktadır. Birinci sınıf öğrencilerinin %69'u akreditasyonun mezun öğrencilerin daha iyi iş fırsatları elde etmesine olanak sağladığını düşünürken, son sınıfların yalnızca %46.8'i bu ifadeye katılmaktadır. Son sınıfların %38'inin akreditasyon iş bulmaya katkısı konusunda fikir sahibi olmadığını belirtmiştir.

TARTIŞMA

Günümüzde teknolojinin hızlı ilerleyişi hızlı değişimler yaratmaktadır. Bu değişimlerle uyum içinde kalarak, ilerleme ve beklentilere yanıt verme durumu stratejik yaklaşımları zorunlu kılmıştır. Kalite kavramı daha da önem kazanarak tüm disiplinlerde gündeme gelmiştir. Kalite, sadece kurumsal hedeflere ulaşmada değil, aynı zamanda örgütsel bir bütünlük için önemli bir faktördür (Green 1994).

Örgütsel açıdan toplam kaliteden söz edebilmek için öncelikle bir örgütteki insanların ortaklaşa paylaştıkları anlamlar dünyasına ihtiyaç vardır. Belli kavramlara ortak anlamlar yüklenmedikçe, ortaklaşa eylemlerden de söz edilemez. Yani ortaklaşa bir kavram haritasına ve bilişsel bir şemaya sahip olmayan kişilerin ortak eylemlere girilmesi ve ortak amaçlar için çalışması mümkün değildir (Şişman ve Turan 2001). Uçar ve Levent'in çalışmalarında belirttiği üzere, Morley'e göre kaliteyi tanımlamaya çalışırken hizmet alanların kim olduklarının; istek, ihtiyaç ve tercihlerinin ne olduğunun farkındalığı ile bu istek ve ihtiyaçların maksimum oranda tatmin edilmesinin altını çizilmelidir (Uçar ve Levent 2017). Bu kapsamda sağlık bilimlerinde yer alan uygulamaların standardize edilme eğilimi hız kazanmakta ve "hasta güvenliği", "iyi klinik uygulamalar", "hatalı tıbbi uygulamalar" gibi kavramlarla sağlık bakım uygulamaları daha nitelikli ve güvenli alana çekilmeye çalışılmaktadır. Bu nedenle sağlık disiplinlerinin henüz aday olduğu eğitim sürecinde konuya dikkatleri çekilerek, mezuniyet öncesinde çalışma koşullarına ideal olan üzerinden hazırlanması misyonu son derece önemlidir.

Hemşirelik öğrencilerinin akreditasyon ile ilgili görüşlerini yansıtan bilgilerinin tanımlanması, insan sağlığına her yaş döneminde bakım veren hemşirelik disiplini için nitelikli bakımın en üst düzeyde sunulmasında önemli bir etkidir. Bu çalışma, akreditasyonun hem ürünü hem de paydaşı olan öğrencilerin konuya ilişkin görüşlerinin akredite eğitim kurumunun, süreçteki ilerlemelerine katkı sağlayacağı

varsayımından yola çıkılarak gerçekleştirildi. Örneklemdeki hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğu fakülte “misyon ve vizyonu”nda ortak görüştedirler. Benzer şekilde bu misyonun “bilimsel değişmelere dayalı olarak toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt vermek için, etik değerlere sahip hemşireler yetiştirmek” olduğuna yaklaşık üçte ikisi katılmıştır (Tablo 2, Madde 4). Akreditasyon, eğitim kalitesini ve kurumun vizyonunu güvence altına almak, kaliteyi sürekli artırmak, standartları yükseltmek ve disipline eden bir kontrol mekanizması oluşturmak için en iyi yol göstericilerden biridir. Bir hizmetin ulusal veya uluslararası standartları sağlamakta olduğunun tescili ve düzenli aralıklarla denetlenerek sürekliliğinin sağlanması sürecine “akreditasyon” adı verilmektedir. Akreditasyonun amacı, yükseköğretim kurumlarının öğretim elemanları profili, müfredat, öğrenci ve kütüphane hizmetleri gibi temel eğitim bileşenlerinin asgari standartlarda olduklarından emin olmaktır. Eğitimde akreditasyonu, eğitim kalitesinin tescili, diploma denkliği, mesleki yeterlik ve eğitimlerin yetkinliği ile ilişkilendirilebilir. Bazı ülkelerde eğitimde hedefe yönelik sorgulayıcı ve araştırmayı teşvik eden sistemlerin oluşturulması için akreditasyon şart koşulabilmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde yükseköğretim kurumlarını kalite güvencesi ve kalite geliştirme açısından değerlendirmek için başlıca araç olarak akreditasyon kullanılmaktadır (Özer ve ark. 2011, Halstead 2017, Lippe & Carter 2018). Benzer şekilde Avustralya’da "Australian Nursing&Midwifery Accreditation Council’in (ANMAC)" 1992 yılından bu yana süregelen çalışmaları, akreditasyonun sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada önemini vurgulamakta ve bu konudaki çalışmaların hız kazanması yönündedir (Ralph et al. 2015).

Bu çalışmada öğrencilerin yaklaşık %60’ı akreditasyonun kaliteyi, imajı güçlendirdiği konusunda hemfikirdir. Günümüze dek yapılan çalışmalarda hemşirelik disiplini bu konuda istendik noktada olunmadığına dikkat çekilmiştir (Çınar ve Demir 2009). İmaj, bir kimsenin, bir grubun, kendisi ile ilgili oluşturmak istediği izlenim olarak tanımlanmaktadır (Çelik 2013). Hemşirelik, hakkında en çok genelleme yapılan disiplinlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu genellemelerin ana nedenlerinden biri, önceki dönemlerde yalnızca kadınlara açık bir disiplin olmasıdır. Hemşirelerin kadın olması mesleğin bağımsızlığını, örgütsel, ekonomik haklarını olumsuz yönde etkilemiştir. Toplumun hemşirelerden yalnızca sevgi, şefkat beklemesi klinik uygulama alanlarında hemşirelerin bilimsellikten uzaklaşmalarına, haklarını arama düşüncelerinden vazgeçmelerine neden olmuştur (Özsoy 2000, Çınar ve Demir 2009). Özsoy 2000 yılında yaptığı çalışmada hemşirelik imajının toplumdaki bireylerin gözünde orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Çelik’in çalışmasında (2013) ise orta düzeyde belirlenen hemşirelik imajının serbest meslekle uğraşan ve ailesinde bir hemşire yakını olan bireylerin sahip oldukları hemşirelik imajlarının olumlu anlamda daha yüksek olduğunu vurgulamıştır. Günümüzde ise hemşirelik eğitimindeki akreditasyon süreci, toplumdaki hemşirelik imajının yükseltilmesinde bir fırsat olabilir.

Akreditasyonun mezuniyet sonrasında iş bulmayı kolaylaştırıcı, fark yaratıcı bir etken olduğu konusunda ise öğrencilerin çoğunluğunun kararsız kaldığını ve bir kısmının da buna katılmadıkları görülmüştür. Hemşirelik lisans eğitimi son sınıf

öğrencilerinin, akreditasyonun “iş bulmadaki katkısı” noktasında diğer sınıflara göre katılımın düşük olmasının birinci nedeni, son sınıfların intörn uygulaması nedeniyle haftanın dört günü klinikte olmalarıdır. Ayrıca, mezuniyete çok yaklaştıkları bu dönemde atama gerçeğiyle daha iç içe olmaları, ülkemiz koşullarında mezun hemşirelerin kamu kurumlarında görevlendirilmelerinin kamu personeli seçme sınavı (KPSS/B grubu) ile yapılıyor olması ve sınavda mesleki bilgiyi ölçen bir alanın olmayışının bu kararsızlığın belirleyicisi olabileceği düşünülmüştür. Oysaki A grubu disiplinlerde (işletme-iktisat, eğitim fakültesi mezunları gb.) mesleki sorular yer almaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Devlet Personel Başkanlığı 2014).

Yükseköğretimde akreditasyon faaliyetlerinin; ilgili yükseköğretim kurumuna, öğrencilere ve tüm paydaşlara birçok faydası bulunmaktadır. Bir anlamda şeffaflık ve hesap verme sorumluluğunun bir aracı olan akreditasyon, ulusal eğitim sistemiyle uluslararası standartlar arasında yaşanabilecek uyum sorunlarını azaltmaktadır. Başka bir ifadeyle akredite belgesi almak, ilgili kurumun verdiği derece ve diplomaların kalitesini uluslararası standartlarla karşılaştırma imkânı sağlamaktadır (Aktan ve Gencel, 2007, Ard et al. 2017). Bununla birlikte akreditasyon süreci ve bu sürecin işleyişi ile ilgili birtakım eleştiriler de olmuştur. En önemli eleştirilerden biri akreditasyon süreci sırasında öğrencilerin uygun bilgi ve becerileri kazanıp kazanmadıkları, istihdam için uygun hazırlığa sahip olup olmadıkları, sosyal ve duygusal özellikleri ile ilgili uygun beceriler kazanıp kazanmadıkları üzerinde durulmasıdır. Yani akreditasyon, gerçek performans ölçümü yerine yapı ve süreçlere odaklanmasından dolayı eleştirilmektedir (Bakioğlu ve Ülker, 2015: 158-159)

Çalışmada öğrencilerin, akreditasyonun disiplinindeki aidiyet duygusunu beslediğine ve öğrencilerin öğrenme sürecini güçlendirdiğine çoğunluğun katıldığı saptanmıştır (Tablo 2, Madde 11-13). Ancak, akreditasyonun fakülte eğitimindeki gerekliliğine ilişkin katılım düzeyi düşük bulunmuştur. Bu konudaki farkındalığın henüz yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir. Bununla birlikte “*Hemşirenin, etkili iletişim, problem çözme ve araştırma becerilerine sahip olmasını sağlar*” ifadesine katılımın tüm sınıflarda belirgin bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (1. sınıf %86.6, 2. sınıf %99.5, 3. sınıf %79.7, 4. sınıf %74.1). Öğrencilerin etkili iletişim kurma, problem çözme, araştırma becerilerine sahip olmaya ilişkin görüşlerinde anlamlı bir katılım göstermesine karşın, bu temel noktaların akreditasyon tanımı içinde olduğunun farkında olmadığı görülmüştür. Bu nedenle öğrencilere akreditasyona ilişkin bilgilendirme programları düzenlenirken, akreditasyon bileşenleri konusuna dikkat çekilmesi ile “akreditasyonun fakülte eğitimindeki gerekliliği” de bütünün içindeki önemini görünür kılacaktır.

“*Akreditasyon risklerin yönetilmesi ve azaltılmasıdır*” ifadesinde öğrencilerin çoğunluğunun hemen her sınıfta katılım oranı katılmayanlara göre daha yüksek olmakla birlikte; konuya ilişkin fikri olmayanların oranı oldukça dikkat çekicidir. Bu doğrultuda risklerin yönetilmesi/azaltılması hemşirelik disiplininin çalışma olasılığı olan tüm alanlarda (*hastaneler, halk sağlığı alanları, kreşler, anaokulları, iş yeri hemşireliği alanları vb.*) görev tanımı kapsamına girmektedir. Bu nedenle yapılacak eğitimlerde risklerin yönetilmesi/azaltılması ifadesinin hemşirelik disiplini açısından

anlamının örneklerle açıklanmasının, öğrencilerin bu konudaki algılarını güçlendireceği düşünülmektedir.

Disiplinlerin tüm üyelerini bir arada toplayan sivil toplum örgütü kimliğindeki birliktelikleri ve bu örgütlere üye olmak profesyonelliği arttıran önemli faktörlerden birisidir (Kurt ve Taş 2015, Haverkamp et al. 2018). Tüm mesleklerde, hemen her alanda bir yaşam biçimi haline gelen örgütlü olma ve bir örgüte kayıtlı olma durumu mesleğin profesyonel bir statü kazanması için yaşamsal özellik taşımaktadır. Hemşirelikte profesyonelliğin yansıtılmasında mesleki örgütler/derneklerin önemi büyüktür. Mesleki örgütlenme, hemşireler arasında birliktelik sağlanmasının yanında uygulamalar için kılavuz oluşturması açısından da önemlidir. Kiper ve Koştü (2010) çalışmalarında, öğrencilerin büyük çoğunluğunun mesleki örgütlerle iletişim kurmada sıkıntı yaşadığı belirtilmiştir (Kiper ve Koştü 2010). Çalışmamızda fakülte öğrencilerinin %46'sı (n:419) Öğrenci Hemşireler Derneği'ne üye olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmanın yapıldığı tarihler kapsamında "Öğrenci Hemşireler Derneği"nin üyelik konusunda hızla ilerleme kaydetmesinde, derneğin İzmir'de olmasının ve fakülte içinde kendini ifade etme fırsatı bulmasının olumlu etkilediği düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yükseköğretimde akreditasyon, eğitim-öğretimin niteliğinin artırılması ve sistematik bir yaklaşımla sürekli geliştirilmesi, eğitim-öğretimin niteliğinin güvence altına alınması, yükseköğretimin hizmet sunduğu kesimlere eğitim-öğretimin niteliğinin belirli standartlara dayalı olarak yürütüldüğünün güvencesinin verilmesi amacıyla hizmet etmek üzere yaygın biçimde uygulanmaktadır (Yükseköğretim Kurulu, 1999). Yapılan literatür incelemesi doğrultusunda, Türkiye örneğindeki ilk çalışmadır. Bu nedenle akreditasyonun öğrenci görüşleri üzerinden farklı çalışmalarla tartışılması sınırlı kalmakla birlikte, çalışmanın yapıldığı hemşirelik lisans eğitimi alanında yukarıdaki amaçlara yaklaşan sonuçlar saptanmıştır. Hemşirelik lisans eğitimi alan öğrencilerin eğitim yılları arttıkça konuya ilişkin farkındalıkları da artmaktadır. Ancak "akreditasyonun gerektirdikleri ve kazanımları" konusunda daha açık ve net bilgilere gereksinim olduğu görülmektedir.

Hemşirelik lisans eğitimine yeni başlayan sınıflarda öğrencilere akreditasyonun ne olduğu ve gerekliliği aktarılıp, öğrencilere bu sürecin aktif paydaşı olduklarını hissettiren, katılımcı çalışmalar yapılabilir.

Akreditasyon farkındalığının artması amacıyla hemşirelik uygulamalarında risklerin yönetilmesi ve azaltılmasındaki katkılar neden-sonuç ilişkisi temelinde güçlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- Aktan CC, Gencil U. Yükseköğretimde Akreditasyon. İçinde. Değişim Çağında Yükseköğretim. Aktan CC, Editör. İzmir: Yaşar Üniversitesi Yayını, 2007.
- Nell Ard N, Beasley S, Nunn-Ellison K. Quality Education Through Accreditation. Teaching and Learning in Nursing 2017; 12(2): 85-87
- Bakioğlu A, Ülker N. Üniversitede Akreditasyon. Ankara: Nobel Yayıncılık. 2015.

- Çelik SA, Pasinlioğlu T, Kocabeyoğlu T ve ark. Hemşirelik Mesleğinin Toplumdaki İmajının Belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013; 21(3): 147-53.
- Çınar Ş, Demir Y. Toplumdaki Hemşirelik İmajı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(2): 24-33.
- Green D. What Is Quality In Higher Education? London, UK: Society for Research into Higher Education&Open University Press; 1994. 12-30
- Halstead JA. The Value of Nursing Program Accreditation. Teaching and Learning in Nursing 2017; 12(3): 181-182.
- Haverkamp J, Ribar AK, Ball K et al. A Map For Successful CCNE Accreditation. Journal of Professional Nursing 2018; 34(3): 182-188.
- Herdman EA. Akreditasyon Süreci. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2010; 7(2): 3-4.
- Türkiye Cumhuriyeti Devlet Personel Başkanlığı (2014) <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr> Erişim Tarihi: 15.01.2018.
- Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (2016) <http://www.hepdak.org.tr/> (Erişim Tarihi: 15.04.2016)
- Türk Akreditasyon Kurumu (2016) <http://www.turkak.org.tr/TURKAKSITE/> Akreditasyon Akreditasyon Nedir.aspx (Erişim Tarihi: 18.04.2016)
- Kiper S, Koştu N. Denizli Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenme Konusundaki Görüşleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(14): 1-14.
- Kurt S, Taş HY. Sivil Toplum Örgütlerinde Profesyonel ve Gönüllü Çalışma İlişkileri: Tehditler ve Fırsatlar. Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi 2015; 4(4): 199-214.
- Lippe M, Carter P. Using the CIPP Model to Assess Nursing Education Program Quality and Merit. Teaching and Learning in Nursing 2018; 13(1): 9-13.
- Özer M, Gür BS, Küçükcan T. Kalite Güvencesi: Türkiye Yükseköğretimi İçin Stratejik Tercihler. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2011; 1(2): 59-65.
- Özsoy SA. Toplumda Hemşirelik İmajının Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 16: 1-19.
- Ralph N, Birks M, Chapman Y. The Accreditation Of Nursing Education In Australia. Collegian 2015; 22(1): 3-7.
- Şişman M, Turan S. Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2001.
- Uçar EM, Levent F. Yükseköğretimde Uluslararası Akreditasyon Deneyimi: Bir Vakıf Üniversitesi Yabancı Diller Hazırlık Okulu Örneği. Journal of International Social Research 2017; 10(52): 846-57.
- Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı (1999) Türkiye'de Öğretmen Eğitiminde Standartlar ve Akreditasyon. Ankara: Öğretmen Eğitimi Dizisi.

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PATOLOJİK İNTERNET VE OYUN KULLANIMININ İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF THE USE OF PATOLOGICAL INTERNET AND GAME IN UNIVERSITY STUDENTS

Prof.Dr. Ayşegül BİLGE* Yağmur BEĞLİ** Dilek YILMAZ**

Gizem MANAS** Yasemin KORKMAZ**

*E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

**E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Lisans Öğrencileri

Geliş Tarihi/Received: 14.12.2017

Kabul Tarihi/ Accepted: 17.10.2018

ÖZET

Amaç: Araştırmada üniversite öğrencilerinde patolojik internet ve oyun kullanımının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırma, bir kamu üniversitesi öğrenci kampüsünde yapılmıştır (N=360). Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu, internet ve oyun bağımlılığını belirlemek amacıyla İnternet ve Oyun Bağımlılık Ölçekleri ile toplanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Araştırmaya katılan öğrencilerin %33,9'u erkek, %66,1'i kadındır. Erkek öğrencilerin, 1,50-2,49 okul başarı ortalamasına sahip olanların ve spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin oyun ve internet bağımlılığı puan ortalamaları daha yüksek olup, istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç olarak üniversite öğrencilerinin zamanlarının çoğunu internette oyun oynayarak geçirdiği, 10 öğrenciden birinin internet ve oyun bağımlılığı yaşadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite Öğrencileri, İnternet, İnternet Bağımlılığı, Oyun Bağımlılığı

ABSTRACT

Onjective: *in this study it is aimed to investigation of the use of pathological internet and game in university students*

Methods: *Research has been conducted on the public university student campus (N=360). The questionnaire prepared by researchers of the study was collected by Internet and Game Addiction Scales in order to determine internet and game dependency.*

Results: *33,9% of the students who participated in the survey were male, 66,1% were females. Male students, those with average achievement of 1,50-2,49, and students of sports science faculty game and internet addiction scores were higher and statistically significant difference was found ($p < 0,05$).*

Conclusion: *It can be said that university students spend most of their time playing games on the internet, and one of the 10 students has internet and gaming addiction.*

Keywords: *University Students, Internet, Internet Addiction, Game Addiction*

GİRİŞ

Günümüzde yeni bir bağımlılık türü olarak internet bağımlılığı ortaya çıkmış, sosyoloji, psikoloji ve iletişim başta olmak üzere farklı disiplinlerden araştırmacıların dikkatini yönelttiği önemli bir çalışma alanı olmuştur (Chou ve ark. 2005).

Oyunlar, insanları bir araya getiren aktivitelerdir. Oyun oynarken bilgisayarla zaman harcayan bireyde, birçok sorun ortaya çıkabilir. Bunlar arasında aile ve arkadaşlarıyla sosyal ilişkilerinin bozulması, okul ve çalışma hayatının değişmesi ya da bu kişilerin bağımlı hale gelmesi gibi pek çok sorun ortaya çıkmaktadır (NIMF 2005).

Günümüz çocukları eskiden olduğu gibi dışarıda oyun oynamak yerine bilgisayar ile oyun oynamayı tercih etmektedir. Yetişkinler sosyal ortamları birbirleriyle sohbet etme ve vakit geçirme amacı yerine bilgisayarla oyun oynama ya da iletişimi buralardan sağlayarak vakit geçirmeyi tercih edebilmektedir (Şahin, Gümüş ve Dinçel 2014).

Ulaşılabilen çalışmalara göre, oyun bağımlılığı prevalansı %0,6 - %5 arasında değişmektedir (İSMMMO Yaşam, 2012 Kasım-Aralık, 15) Amerikan Tıp Birliği'ne göre, Amerikalı gençlerin %90'ı dijital oyun oynamakta ve bunların %15'inin oyun bağımlısı olduğu belirtilmektedir (Tanner 2007). Norveç'te 2500 kişi ile yapılan araştırma sonucunda, problemlili dijital oyun oynama %4,1, bağımlılık ise %0,6 olarak bulunmuştur (Mentzoni ve ark. 2011).

Ülkemizde de benzer sorunlar yaşanmaktadır. Özmenler (2001) yaptığı araştırmada lise öğrencisi ergenin evdeki bilgisayara internet bağlantısı sağlandıktan sonra belirgin derecede artan bilgisayar ve internet kullanımı ile bunların ardından görülen ders başarısızlığı dikkati çekmektedir (Özmenler 2001).

Türkiye'de oyun bağımlılığı ile ilgili yayımlanmış ve ulaşılabilir bilimsel makale sayısı sınırlı olup, Irmak (2014) doktora çalışmasında oyun bağımlılık oranını %28.8 bulmuştur (Irmak ve Erdoğan 2016).

Üniversite öğrencilerinde patolojik internet ve oyun kullanımının belirlenmesi önemlilik arz etmekte olup, araştırmada bulunan sonuçlar doğrultusunda üniversite ortamında sosyal alan kullanımının arttırılmasına yönelik öneriler sunulacaktır.

AMAÇ

Bu araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinde patolojik internet ve oyun kullanımının incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Tipi: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Bir kamu üniversitesinde Aralık 2016- Mayıs 2017 yılları arasında lisans düzeyinde öğrenim gören tüm öğrenciler (N=67.748) oluşturmaktadır. Öğrencilerin belirlenmesinde olasılıksız örneklem seçme yöntemlerinden birisi olan gelişigüzel örneklem yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Aralık 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında üniversite kampüsünde bulunan ve anket uygulamasını kabul eden tüm öğrencilerle çalışma yürütülmüştür (N=360).

Araştırmada Kullanılan Ölçekler: Araştırmanın verileri 13 sorudan oluşan "sosyodemografik bilgi formu", yedi sorudan oluşan "Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ)" ve 20 sorudan oluşan "İnternet Bağımlılığı Ölçeği" olmak üzere 40 soruluk anket uygulanmıştır.

İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)

Young (1996) tarafından, DSM-IV"ün "Patalojik Kumar Oynama" ölçütlerinden uyarlanarak oluşturulan "Tanı Anketi" daha sonra geliştirilmiş ve 20 soruluk bir "İnternet Bağımlılık Ölçeği" oluşturulmuştur. Türkçe'ye uyarlaması Bayraktar (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçek internet bağımlılık düzeyini belirlemek için hazırlanmıştır. Likert tipi bir ölçek olan İnternet Bağımlılık Ölçeği'nde katılımcıdan "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Arada sırada", "Çoğunlukla", "Çok sık" ve "Devamlı" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Bu seçeneklere sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 ve 5 puan verilmektedir. 80 ve üzeri puan alanlar "İnternet bağımlısı" olarak tanımlanmaktadır. 50-79 puan arası alanlar "Sınırlı Semptom gösterenler", "50 puan ve altı " alanlar "Semptom Göstermeyenler" olarak tanımlanmıştır. Cronbach alpha .90 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmada ise .93 bulunmuştur.

Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ)

DOBÖ-7 Lemmens ve arkadaşları tarafından 12-18 yaşları arasındaki ergenlerin sorunlu dijital oyun oynama davranışlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması İrmak ve Erdoğan (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli Likert tipinde, bir faktörlü bir yapıya sahiptir. Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeğinde her bir soruyu katılımcılar "Hiçbir Zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık", "Her Zaman" şeklinde derecelendirmektedir. Bu seçeneklere sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 puan verilmektedir. Oyun bağımlısı olup olmadığını belirlenmesi için yedi maddenin en az dördüne üç (bazen) ve üzerinde puan veriyorsa oyun bağımlısı olarak tanımlanmaktadır. Cronbach alpha .72 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmada ise .89 bulunmuştur.

Etik: Anket çalışmaları için öğrencilerden Helsinki Deklerasyonuna göre bilgilendirilmesi ve sözlü onamlarının alınması sağlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS (versiyon 15.0) veri analiz programı ile hesaplanmış, tanımlayıcı analiz ve t ve wilcoxin analizleri ile yorumlanmıştır.

BULGULAR VE YORUM

Üniversite öğrencilerinin %33,9'u erkek, %66,1'i kadındır. Öğrencilerin anne baba boşanma durumları incelendiğinde %11,1'unun boşanmamış olduğu, %42,5'i ise iki veya daha fazla kardeşe sahip olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin annelerinin %51,1'inin ilkokul mezunu olduğu, babalarının %39,2'sinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılan öğrencilerin %35'i sağlık ile ilgili fakültelerde eğitim görmektedir. Öğrencilerin başarı ortalamaları ise %65'inin 2,50-3,49 aralığında olduğu saptanmıştır.

Üniversite öğrencilerinin %89,7'si bilgisayara sahiptir. Öğrencilerin %17,2'si internette oyun oynama, %37,8'i sosyal paylaşım sitelerinde chat yapma, %28,3'ü film ve dizi izleme, %16,7'si araştırma ve ödev yapma amacı ile interneti kullanmaktadır. Öğrencilerin internette kalma süreleri %5,0'ı 0-1 saat, %35,3'ü 2-3 saat, %35,3'ü 4-5 saat, %18,6'sı 6-7 saat,%5,8'i 8 saat ve daha fazla olarak belirlenmiştir. Üniversite öğrencilerinin boş zamanlarını %19,7'sinin TV izleyerek, %63,1'inin sosyal paylaşım sitelerine girerek, %9,7'sinin internette oyun oynayarak, %7,5'inin ödev ve araştırma yaparak geçirdiği saptanmıştır. Öğrencilerin internet kafeye gitme durumları incelendiğinde %85,2'sinin gitmediği belirlenmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin İnternet Bağımlılığı ve Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin Puan Ortalamasının Cinsiyet Durumlarına Göre Karşılaştırılması (N=360)

ALT ÖLÇEKLER	N	\bar{X}	SS	t	P
OYUN BAĞIMLILIĞI					
ÖLÇEĞİ					
Kadın	238	3,25	3,67	10,47	0,00
Erkek	122	9,30	5,81		
İNTERNET BAĞIMLILIĞI					
ÖLÇEĞİ					
Kadın	238	23,11	12,73	7,35	0,00
Erkek	122	35,22	15,74		

Tablo 1'de öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamaları ile cinsiyet durumları karşılaştırılmış, erkek öğrencilerin oyun bağımlılığı ve internet bağımlılığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan cinsiyetler arasında fark olduğu saptanmıştır (t=10,47; p=0,00).

Tablo 2. Öğrencilerin İnternet Bağımlılığı ve Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin Puan Ortalamasının Başarı Durumlarına Göre Karşılaştırılması (N=360)

ALT ÖLÇEKLER	N	\bar{X}	SS	W	P
OYUN BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ					
0,00-1,49	13	6,61	6,49		
1,50-2,49	88	6,80	5,98		
2,50-3,49	234	4,70	4,99	3,67	0,01
3,50-4,00	25	4,97	4,65		
İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ					
0,00-1,49	13	30,70	18,72		
1,50-2,49	88	34,57	16,50	11,25	0,00
2,50-3,49	234	24,84	13,40		
3,50-4,00	25	21,84	12,24		

Tablo 2’de öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamaları ile başarı ortalamaları karşılaştırılmış, başarı ortalamalarına göre 1,50-2,49 arası başarı ortalamasına sahip olan bireyler ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 3. Öğrencilerin İnternet Bağımlılığı ve Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin Puan Ortalamasının Eğitim Aldıkları Bölümlere Göre Karşılaştırılması (N=360)

ALT ÖLÇEKLER	N	\bar{X}	SS	W	P
OYUN BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ					
Sağlık bilimleri fakülteleri	126	4,50	4,28		
Edebiyat fakültesi	40	2,82	3,65		
Fen fakültesi	27	3,78	4,98		
İİBF	28	5,25	5,35		
İletişim fakültesi	44	4,98	5,83		
Mühendislik fakültesi	55	7,80	6,45	6,20	0,00
Spor bilimleri fakültesi	29	8,75	5,61		
Eğitim fakültesi	11	7,09	5,24		

İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ				
Sağlık bilimleri fakülteleri	126	21,92	12,80	
Edebiyat fakültesi	40	28,58	15,25	
Fen fakültesi	27	29,55	14,00	
İİBF	28	27,97	12,90	4,94 0,00
İletişim fakültesi	44	26,80	15,10	
Mühendislik fakültesi	55	33,25	16,57	
Spor bilimleri fakültesi	29	34,13	15,82	
Eğitim fakültesi	11	28,63	15,22	

Tablo 3'de öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamaları ile bölümleri karşılaştırılmış, bölümler arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bölümler incelendiğinde, spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. Öğrencilerin İnternet Bağımlılık Ölçeği Dağılımı

İnternet Bağımlılık Ölçeği Değerlendirmesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Semptom göstermeyenler(<50 puan)	333	92,5
Sınırlı semptom gösterenler (50-79 puan)	25	6,94
Patolojik internet kullanıcısı (>80 puan)	2	0,56
Toplam	360	100

Tablo 4'de öğrencilerin internet bağımlılık ölçeği puan ortalamasının puan aralıkları dağılımı incelendiğinde, patolojik internet kullanımının %0,56 olduğu, %6,94'ü sınırlı semptom gösterdiği, %92,5'inin ise semptom göstermeyenler olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Öğrencilerin Oyun Bağımlılık Ölçeği Dağılımı

Oyun Bağımlılık Ölçeği Değerlendirmesi	Sayı(n)	Yüzde(%)
Bağımlı olanlar (12<)	50	13,89
Bağımlı olmayanlar (≥ 12)	310	86,11
Toplam	360	100

Öğrencilerin oyun bağımlılık ölçeği puan ortalamasının dağılımı incelendiğinde, bağımlı olan öğrenciler %13,89 bulunurken, bağımlı olmayanlar %86,11 olarak bulunmuştur (Tablo 5).

TARTIŞMA

Araştırmada üniversite öğrencilerinde bilgisayara sahip olanların (%89,7), çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Bu durumun yapılan araştırmalarda patolojik

internet kullanımı üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (Chisholm 2006, Cömert, Livingstone 2003).

Öğrencilerin internette kalma sürelerine göre çoğunluğu %35,3'ü 2-3 saat, %35,3'ü 4-5 saatlik süreyi içermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu 2-3 saat ve 4-5 saat internette kaldığı saptanmıştır. İnternet bağımlılığı ve internette kalma süresi arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda da internetin kullanım süresinin patolojik internet kullanımı üzerine önemli etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Chen 1998, Hackbart 1997, Li and Chung 2006).

Üniversite öğrencilerinin boş zamanları etkinliklerinin %19,7'sinin TV izlemek, %63,1'inin sosyal paylaşım sitelerine girmek, %9,7'sinin internette oyun oynamak, %7,5'inin ödev ve araştırma yapmak olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu boş zamanlarında sosyal paylaşım sitelerine girdiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrenciler boş zamanlarında internetin sosyal paylaşım sitelerini kullanmaktadırlar. Bu bulgular diğer yapılan araştırmalar ile tutarlılık göstermektedir (Hürriyet 2010, Karasar 1994, Özcan ve Buzlu 2007).

Öğrencilerin internet kafeye gitme durumları incelendiğinde çoğunluğunun (%85,2) internet kafeye gitmediği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun bilgisayara sahip olduğu için internet kafeye gitmedikleri saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da patolojik internet kullanımı açısından evde internet kullanımının etkili olduğu görülmüştür (Özcan ve Buzlu 2007, Simkova and Cincera 2004).

Araştırmada öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamaları ile cinsiyet durumları karşılaştırılmış, erkek öğrencilerin oyun bağımlılığı ve internet bağımlılığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan cinsiyetler arasında fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 1). Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu kadın olmasına rağmen bağımlılık durumları incelendiğinde, erkeklerin çoğunluğunun oyun ve internet bağımlısı olduğu saptanmıştır. Ayaroğlu (2002)'a göre erkeklerin kızlara göre daha fazla internet kullandığını ve kızlara göre bağımlılık oranının fazla olduğunu ifade etmiştir. Araştırma bulgularından, erkek öğrencilerin kadınlara göre internet ve oyun bağımlılığı açısından risk taşıdıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu 1,50-2,49 başarı ortalamasına sahip ve bu öğrencilerin daha bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Yani başarı ortalaması düştükçe bağımlılık oranı artmaktadır. Literatür incelendiğinde bu araştırmayı destekleyen birçok araştırmanın olduğu görülmektedir. Doğrusever (2015) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmasında akademik başarı ile internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu, akademik başarı düştükçe internet bağımlılığı puanlarının arttığını ortaya koymuştur. Esen (2010) orta öğretim öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmasında öğrencilerin akademik başarıları düştükçe internet bağımlılığı puanlarının yükseldiğini ortaya koymuştur. Bayraktar ve Gün (2007) yaptıkları çalışmalarında patolojik internet kullanımı semptomu gösteren

öğrencilerin patolojik internet kullanımı semptomu göstermeyen öğrencilere göre akademik başarılarının daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular ışığında başarı düştükçe patolojik internet kullanımı artmaktadır görüşü hakimdir.

Araştırmada öğrencilerin; internet bağımlılık ölçeği puan ortalamasının puan aralıklarına bakıldığında patolojik internet kullanımının %0,56 olduğu, %6,94'ü sınırlı semptom gösterdiği, %92,5'inin ise semptom göstermeyenler olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu internet bağımlılığı açısından risk altında bulunmamaktadır. Ancak riskli ve semptom gösterenler %7'lik bir dilim içermektedir. İnternet bağımlılığı ile ilgili yapılan araştırmalarda farklı oranlar elde edilmiştir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalar incelendiğinde, Düzce Üniversitesi öğrencileri arasında internet bağımlılığı yaygınlığı %9,7 olarak bulunmuştur (Canan 2010). Pamukkale Üniversitesi öğrencileri arasında riskli internet kullanım oranı %8, İnternet bağımlılığı ise %0,6 olarak bulunmuştur (Alaçam 2012). Risk ve patolojik internet kullanımı yaygınlıkları benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaklaşık onda birinin patolojik oyun oynadığı bulunmuştur (Tablo 5). Uluslararası bir çalışmaya göre, oyun bağımlılığının yaygınlığı %2-15 arasında değişmektedir (Gentile 2009). Özellikle Çin, Kore ve Tayvan'da sorunlu çevrim-içi oyun oynama davranışlarının ciddi bir halk sağlığı sorunu haline geldiği belirtilmiştir (Chiu, Lee ve ark. 2004). Amerikan Tıp Birliği'ne göre, Amerikalı gençlerin %90'ı dijital oyun oynamakta ve %15'inin oyun bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir (Tanner 2014). Türkiye'de bu konuda yayımlanmış çalışma sayısı azdır ve toplum genelini içeren sorunun ciddiyetini ortaya koyan sayısal veriye ulaşılamamıştır (Irmak ve Erdoğan 2016).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak bu araştırma ile üniversite öğrencilerinin patolojik internet ve oyun kullanımı durumlarının incelenmesi ile ilgili önemli veriler elde edilmiştir. Araştırma sonucuna göre 10 öğrenciden birinin patolojik internet ve oyun kullanım sorunu olduğu söylenebilir. Bu sonuç doğrultusunda;

- Gençlerin internet ve bilgisayar oyunları dışında da hobi geliştirmeleri için teşvik edilmesi,
- Arkadaşları ile internet dışı yollarla iletişim kurması için özendirilmesi,
- Üniversite öğrencilerinin boş zamanlarında sosyal paylaşım sitelerinde chat yapmak yerine beraber vakit geçirmeleri için teşvik edilmesi,
- Patolojik internet ve oyun kullanımı konusunda kamu spotları oluşturulması ve farkındalık yaratılmasında öğrencilerin proje çalışmaları yapması,
- Farklı örnek grupları ile patolojik internet ve oyun kullanımı durumlarının incelenmesi,
- Tüm Türkiye'de patolojik internet ve oyun kullanımı düzeyi incelenmesine yönelik epidemiyolojik araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Alaçam H. Denizli Bölgesi Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının Görülme Sıklığı ve Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı; 2012 .
- Ayaroğlu NS. The Relation Ship Between Internet Use and Loneliness of University Students. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü; 2002.
- Bayraktar F. İnternet Kullanımının Ergen Gelişimindeki Rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2001.
- Bayraktar F. ve Gün Z. Incidence and Correlates of Internet Us Age Among Adolescents in North Cyprus. *Cyberpsychology&Behavior* 2007; 10(1): 191-197.
- Canan F. Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı, Disosiyatif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler Arasında İlişki. Uzmanlık Tezi. Düzce: Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı; 2010.
- Chen SH (1998) .An Internet Addiction Measurement for Taiwan College Student Paper Presented in TANET, Taipei, Taiwan.
- Chisholm J.F Cyberspace Violence Against Girls And Adolescent females. *Annals Newyork Academy of Sciences* 2006; 1087:74-89.
- Chiu S, Lee J, Huang D. Video Game Addiction in Children and Teenagers in Taiwan. *Cyber Psychology and Behavior* 2004; 7:571-581.
- Chou C, Condron L ve Belland JCA. Review of the Research on Internet Addiction, *Educational Psychology Review* 2005; 17 (4), 363- 388.
- Cömert İ T ve Kayıran SM. Çocuk Ve Ergenlerde İnternet Kullanımı. *Çocuk Dergisi* 2010; 10(4):166-170.
- Doğrusever C. Ön Ergenlerin İnternet Bağımlılığının Yalnızlık, Sosyal Beceriler ve Bazı Sosyo Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Adana: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı; 2015.
- Esen E. Ergenlerde İnternet Bağımlılığını Yordayan Psiko-sosyal Değişkenlerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir : Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010. 74-77.
- Gentile DA. Pathological Video Game Use Among Youth Ages 8 to 18: A National Study. *Psychol Sci* 2009; 20:594-602.
- Hackbanrth S. Integrating Web –Based Learning into School Curriculum *Educational Technology* 1997: 37(3).
- Hürriyet, 2010. Türkiye İnternet Kullanımında Dünya 16'ncısı. <http://www.hurriyet.com.tr/teknoloji/7959625.asp>. Erişim tarihi 02.03.2017. http://eric.ed.gov/ERIC_Docs/data/ricdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/15/2a/8c.pdf adresinden 02.03.2017 tarihinde erişilmiştir.
- İrmak A., Erdoğan S., Ergen ve Genç Erişkinlerde Dijital Oyun Bağımlılığı: Güncel Bir Bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016;27(2):128-137.
- İSMMMO Yaşam Dergisi, Kasım Aralık 2012; 14,15.
- Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler. 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., Ankara, 1994. 292.
- Li SM, Chung, TM., Internet Functionand Internet Addictive Behavior.*Computers in Human Behavior* 2006; 22:1067-1071.

- Livingstone S. Children's Use of The Internet: Reflections on the Emerging Research Agenda ,New Media & Society 2003;5(2):147-166
- NIMF (2005). Computer and Video Game Addiction. National Institute on Media and the Family.
- Mentzoni RA, Brunborg GS, Molde H ve ark. Problematic video game use: Estimated Prevalence And Associations with Mental and Physical Health. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011;14:591-596.
- Özcan N, Buzlu S. Internet Use and Its Relation with the Psychosocial Situation for Sample of University Students. *CYBERPSYCHOLOGY & BEHAVIOR* 2007; 10: 767-772.
- Özmenler K.N. Gata Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı web sitesi, Mart 2001, <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ruhsagligi/>.
- Simkova B., Cincera J. Internet Addiction Disorder And Chating in The Czech Republic. *Cyber Psychology & Behavior* 2004;7(5):536-539.
- Şahin M., Gümüş YY., & Dinçel S. Game Addiction and Academic Achievement. *Educational Psychology*, (ahead-of-print) 2014:1-11. DOI: 10.1080/01443410.2014.972342.
- Tanner L. AMA Considers Video Game Over Use an Addiction. The Associated Press, 2007. Accessed: August 2014. <http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2017/03/02/AR2007062700995>.

PULSE OKSİMETREDEKİ ÇOCUK HASTA BAKIMI İLE İLGİLİ ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN BİLGİ DURUMU

KNOWLEDGE LEVEL OF PEDIATRIC NURSES ON PULSE OXYMETER İN PEDIATRIC CARE

Uzman Hemşire Öznur TİRYAKİ* **Prof.Dr.Nursan ÇINAR****

* Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

** Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 15.05.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 17.10.2018

ÖZ

Amaç: Araştırma çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin nabız oksimetre uygulaması ve takibine yönelik bilgilerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Veriler demografik özellikleri içeren 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 20 soruluk 'Soru Formu' ile toplandı. Toplamda elde edilen puan 0 ve 20 arasında değişmektedir. Sayısal verilerde ortalama ve standart sapma ($\text{ort} \pm \text{SS}$), en düşük ve en yüksek değerler ifade edilirken, kategorik verilerde sayı ve yüzdelere bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm veriler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin yaş ortalaması $31,83 \pm 7,25$ (min=20, max=52), % 96,5'i kadın, % 58,8'i lisans ve lisansüstü mezunu, % 60'ının çocuk/yenidoğan yoğun bakımda çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin toplam mesleki deneyim süresi $10,69 \pm 7,64$ yıl, çocuk ile ilgili klinik deneyim süresi $5,82 \pm 5,41$ yıl olduğu ve %24,7'sinin çalıştığı kliniğe özgü Sağlık Bakanlığı onaylı sertifikasının bulunduğu görüldü. Soru formundan elde edilen Toplam Bilgi Puan (TBP) ortalaması $13,10 \pm 2,76$ (min=4, max=20) olarak bulunmuştur. Elde edilen TBP ile katılımcıların eğitim durumu, çalıştığı birim, sertifikalı olma durumu ve PO kullanımına yönelik eğitim alma durumu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı ilişki olmadığı belirlendi. Elde ettiğimiz sonuca göre hemşirelerin PO takibindeki çocuk hastaya bakım konusunda

kısmen yeterli bilgiye sahip oldukları düşünülmektedir. Hemşirelerin mesleki bilgilerine yönelik yapılan eğitimler ile ilgili konuya ait bilgilerini güncelleme fırsatları olacaktır.

Anahtar kelimeler: Pulse oksimetre, çocuk hasta, hemşire, bakım uygulamaları

ABSTRACT

Objective: *This study was conducted to determine the knowledge level of pediatric nurses working in child clinic about pulse oximeter application and its follow-up.*

Material and Method: *The data were collected with "Descriptive Information Form" containing demographic characteristics and 20 question "Question Form" prepared by the researchers in accordance with the literature. Total score is vary between 0 and 20. In the numerical data the mean and standard deviation (mean \pm SD) and lowest and highest values were expressed and the numbers and percentages were checked in categorical data. The Mann Whitney U test was used for nonparametric tests because the data were not normally distributed. Statistical significance level was taken as $p < 0.05$ for all data.*

Results and Conclusion: *The average age of the nurses included in the study was 31.83 ± 7.25 (min = 20, max = 52), 96.5% of the nurses were women, 58.8% had graduate and postgraduate degrees and 60% were working at neonatal intensive care unit. The total duration of professional experience of the nurses was 10.69 ± 7.64 years, the duration of clinical experience about child was 5.82 ± 5.41 years and 24% of the nurses had certificate specific to the clinic they working approved by the Ministry of Health. The mean Total Knowledge Score (TKS) obtained from the questionnaire was 13.10 ± 2.76 (min = 4, max = 20). It was determined that there was no significant relationship between the obtained TKS and participants' educational status, unit they working in, status of being certified and education for PO use. According to our results, it is thought that nurses have partially sufficient knowledge about the care of the children who were in the PO follow-up. Nurses will have the opportunity to update their knowledge about the training related to their professional knowledge.*

Keywords: *Pulse oximeter, pediatric patient, nurse, care practices*

GİRİŞ

Pulse oksimetre (PO); ilk kez 1970'lerin ortasında Japonya'da geliştirilmiş, son otuz yıldır kliniklerde hastaların solunum durumunun izlenmesi ve hipoksinin erken tespiti için kullanılan düşük maliyetli bir cihazdır (Milutinovic ve ark. 2016). Hastaların oksijenlenmesini değerlendirmek için önceleri en sık kullanılan yöntem arteriyel kan gazı iken günümüzde ise PO ile ölçüm yöntemi tercih edilmektedir (Akansel ve Yıldız 2010). Bu nedenle PO oksijenlenmeyi değerlendirmek için kan almaya alternatif olarak kullanılan güvenli, ağrısız, düşük maliyetli, kullanımı kolay, çabuk sonuç veren ve arteriyel kandaki oksijen saturasyonunun (SpO_2) noninvaziv bir şekilde ölçülmesini sağlayan bir uygulamadır. SpO_2 ölçümü, oksijenlenmiş hemoglobinin total geçerli hemoglobine veya fonksiyonel hemoglobine oranı ile hesaplanmaktadır. PO ile arteriyel kandaki oksijenlenmiş hemoglobin yüzdesi belirlenir ve bu yolla elde edilen bulgu oksijen saturasyonu olarak bilinmektedir. Klinikte hastanın oksijene olan ihtiyacını belirlemede ve uygulanan tedavinin etkililiğini değerlendirmede de kullanılmaktadır (Akansel ve Yıldız 2010, Özdal ve ark. 2014). Kandaki SpO_2 ölçen bir monitörizasyon yöntemi olan PO ile arterlerdeki farklı sayısal değerdeki hemoglobinlerin ışık emilimleri kaydedilip, (Kuzu ve ark. 2017) standart arteriyel

oksijen satürasyonu ölçülür. Bu nedenle PO oksijen tedavisine rehberlik etmek için de kullanılabilir (Huizing ve ark. 2017).

Doğumhanede hayatın ilk dakikalarının değerlendirilmesinde, çocuk yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde, çocuklara yapılan invazif işlemler (endoskopi, biopsi gibi) esnasında, genel durumu stabil olmayan çocukların izleminde (Bülbül ve ark. 2014), çocuk hastada solunum yolu hastalıklarında (Özdemir ve ark. 2017) ve klinik olarak farkedilemeyen siyanotik doğumsal kalp hastalıklarının erken tanınmasında (Yalaki ve ark. 2017) PO kullanılmaktadır.

Oksijen satürasyonunun klinikte beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilmesi (Emirlioğlu ve Özçelik 2014, Mover ve ark. 1997), PO cihazının ölçümde %99,4 güvenilirlik sağlaması (Pereira ve ark. 2014), özellikle yoğun bakımlarda arteriyal kan gazı girişim sayısını azaltması bakımından (Jubran 2015) yaygın kullanılmaktadır. PO'dan elde edilen verilerin hastanın durumu göz önünde bulundurularak yorumlanması gerekir. PO ile ilgili bilgi eksikliği sağlık profesyonellerinin hasta bakımında verdiği kararları etkileyerek yanlış kararların verilmesine neden olabilir (Çetinkaya ve ark. 2008). PO kullanımı hakkında bilgi sahibi olmaları sağlık profesyonellerinin çocuk hastayı değerlendirirken hastaya yönelik yaklaşımlarını etkileyeceği için çok önemlidir (Ross ve ark. 2014).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin pulse oksimetre uygulaması ve takibine yönelik bilgilerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ekim-Kasım 2017 tarihleri arasında Sakarya il merkezinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde bulunan çocuk hastaların bulunduğu kliniklerde aktif olarak çalışan tüm hemşireler (N:98), örneklemi ise çalışmaya gönüllü katılan ve sözel olarak bilgilendirilmiş 85 hemşire (katılım %86,73) oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler 11 soruluk demografik özellikleri içeren 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 20 soruluk 'Pulse Oksimetre İle İlgili Soru Formu' ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu; hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleğindeki toplam çalışma süresi, çocuk kliniğindeki toplam çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi, çalıştığı bölüme uygun Sağlık Bakanlığı onaylı Yoğun Bakım Hemşireliği sertifikasının olup/olmadığı ve satürasyon takipli hastanın bakımına yönelik eğitim alıp/almama durumuna yönelik sorular içermektedir.

Pulse Oksimetre İle İlgili Soru Formu; literatür (Kiekkas ve ark. 2012, Bülbül ve ark. 2014, Milutinovic ve ark. 2016) doğrultusunda araştırmacılar tarafından pulse oksimetre uygulaması ve takibi ile ilgili bilgileri sorgulamaya yönelik hazırlanmış olup katılımcının 'evet, hayır ve bilmiyorum' seçeneklerini seçebileceği 20 sorudan oluşmaktadır. Her doğru cevap '1' puan olarak değerlendirilip, toplamda elde edilen doğru yanıt puanı 0 ve 20 arasında değişmektedir. Oluşturulan soru formu pediatri

hemşireliğinden 3 öğretim üyesi tarafından değerlendirilerek gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu ve çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izinler alınmıştır (02/10/2017-163). Araştırma örneklemini oluşturan hemşirelere çalışmanın amacı ve kendilerinden ne beklendiği açıklanarak isteklilik ve gönüllülük ilkesine önem verilmiştir. Çalışmaya gönüllü katılım sağlayan hemşireler yaklaşık 15 dakika içinde bilgi ve soru formunu doldurmuştur.

BULGULAR VE YORUM

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin yaş ortalaması 31,83±7,25 (min=20, max=52), % 96'5'i kadın, % 58,8'i lisans ve lisansüstü mezunu, % 60'ı çocuk/yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktadır. Hemşirelerin toplam mesleki deneyim süresi 10,69±7,64 yıl (min=1, max=30), çocuk ile ilgili klinik deneyim süresi 5,82±5,41 yıl (min=1, max=26), haftalık çalışma saati ise 48,34±6,76 (min=40, max=56) olduğu ve %24,7'sinin çalıştığı kliniğe özgü Sağlık Bakanlığı onaylı sertifikası bulunmaktadır. Katılımcıların tamamı satürasyon ölçümü için PO ile hasta takibi yaptığını, %58,8'i satürasyon takibinde olan hastanın bakımına yönelik hizmet içi eğitim aldığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliği

	Ort. ± SS	n (%)
Yaş	31.83±7.25	
Toplam Çalışma Süresi (yıl)	10.69±7.64	
Pediatride Çalışma Süresi (yıl)	5.82±5.41	
Eğitim Düzeyi		
Lise/Önlisans		35 (41.2)
Lisans/Lisansüstü		50 (58.8)
Çalıştığı Birim		
Çocuk/Yenidoğan Yoğun Bakım		51 (60)
Klinik/Acil		34 (40)
Pediatric Alanında Sertifikalı Olma Durumu		
Var		21 (24.7)
Yok		64 (75.3)
PO Eğitimi Alma Durumu		
Alan		50 (58.8)
Almayan		35 (41.2)

Katılımcıların soru formundaki cevaplarına bakıldığında; çocuk hastanın genel durum değerlendirmesinde SPO₂ ile birlikte kapiller dolun zamanı, deri rengi ve turgorunun değerlendirilmesi gerektiği (%97,6), özellikle kritik hastalarda

satürasyonun beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edildiğini (% 94,1), PO ile sürekli ya da aralıklı ölçüm yapılabileceğini (%98,8), alarm seviyesini 90 ve altında uyarı verecek şekilde ayarladığını (%89,4) ve %78,8'nin de SPO₂ %90 değerini normal sınırlarda kabul ettiği, PO cihazı ile yenidoğan bebeklerde konjenital kalp taraması yapılabileceğini (%82,4), probun kızıl ötesi ışık aracılığı ile satürasyon ölçümünün yapıldığı (%84,7), bazı ilaçların satürasyon değerini etkilediği (%74,1), proba bağlı termal yanık/doku iskemisi gelişebileceği (%69,4), rakım yüksekliği/yaş gibi faktörlerde SPO₂ değerinin değişkenlik gösterebileceği (%63,5) ifadeleri doğru yanıt olarak kabul edilmiştir.

Hemşireler; PO ile venöz kan oksijen ölçümü yapıldığını (%74,1), elde edilen sayısal ifadenin parsiyel oksijen değeri olduğunu (%81,2), ölçüm uygulamasının invaziv girişimle yapıldığını (%69,4), probun yerleştirileceği bölgenin kuru/ıslak olmasının sonucu etkilemeyeceği (%78,8), prob yerinin 6-8 saat arayla değişiminin uygun olduğu (%71,8), probun sıkı tespit edilmesi gerektiğini (%60), tek başına SPO₂'nin yeterli bilgi verebileceği (%71,8) ifadeleri yanlış cevap olarak değerlendirmiştir.

Disritmi, şok ve kardiyak arrest gibi kritik durumlarda PO ölçümü doğru sonuç verir/vermez, Ölçüm yapan hemşirenin yetkinliği, ölçüm zamanlanması PO güvenilirliğini etkiler/etkilemez, prob fiziksel aktivitenin az yada kısıtlı olduğu bölgeye yerleştirilmeli/yerleştirilmemeli sorularına ise katılımcıların yarısının doğru yanıtlamış olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Pulse Oksimetre İle İlgili Soru Formuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

	Evet n (%)	Hayır n (%)	Bilmiyorum n (%)
1. Özellikle kritik hastanın takibinde oksijen saturasyonu beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilecek kadar önemli parametredir.	80 (94,1)	3 (3,5)	2 (2,4)
2. Pulse Oksimetre (PO) venöz kanda oksijen satürasyonunu ölçmek için kullanılır	17 (20,0)	63 (74,1)	5 (5,9)
3. Klinikte yatan hastanaya aralıklı ya da sürekli satürasyon takibi uygulanabilir.	84 (98,8)	1 (1,2)	-
4. Pulse Oksimetre (PO) ile kızılötesi ışık sinyallerinin emilimi sonucu kandaki oksijenogloblin ve deoksihemogloblin değeri ölçülür.	72 (84,7)	2 (2,4)	11 (12,9)
5. Bu ölçümden elde edilen hemogloblin doygunluğuna parsiyel oksijen denir.	2 (2,4)	69 (81,2)	14 (16,5)
6. PO kullanımı basit invaziv bir uygulamadır.	59 (69,4)	26 (30,6)	-
7. Satürasyon değeri yaş ve rakımla (deniz seviyesine göre yükseklik) değişkenlik gösterebilir.	54 (63,5)	20 (23,5)	11 (12,9)
8. Bazı ilaçlar satürasyon değerini etkileyebilir.	63 (74,1)	9 (10,6)	13 (15,3)
9. Yenidoğanlarda konjenital kalp hastalıklarının saptanmasında PO kullanılabilir.	70 (82,4)	7 (8,2)	8 (9,4)
10. Disritmi, şok ve kardiyak arrest gibi kritik durumlarda oksijenizasyon değeri doğru sonuç vermektedir.	36 (42,4)	39 (45,9)	10 (11,8)

Pulse Oksimetredeki Çocuk Hasta Bakımı İle İlgili Çocuk Hemşirelerinin Bilgi Durumu

11. PO'yu kullanan kişinin yetkinliği, ölçüm zamanlaması, ekstremite seçimi gibi faktörler güvenirliliği etkilemez.	47 (55,3)	34 (40)	4 (4,7)
12. PO ölçümünde satürasyon değeri %90 normal olarak kabul edilebilir	67 (78,8)	17 (20)	1 (1,2)
13. Probun yerleştirileceği bölge kuru veya ıslak olabilir.	67 (78,8)	12 (14,1)	6 (7,1)
14. Proba bağlı termal yanık ve doku iskemisi oluşabilir.	59 (69,4)	15 (17,6)	11 (12,9)
15. Cilt bütünlüğünü korumak için prob 6-8 saat ara ile yer değişikliği yapılması gerekir. Cevabınız hayır ise sizce kaç saatte bir değiştirilmelidir? Cevaplar: 3 ile 12 saat arasında değişmektedir.	21 (24,7)	61 (71,8)	3 (3,5)
16. Prob fiziksel aktivitenin az ya da kısıtlı olduğu bölgeye yerleştirilmemelidir.	45 (52,9)	35 (41,2)	5 (5,9)
17. Prob sıkı tespit edilmeli sensörün daha iyi algılaması sağlanmış olur.	51 (60,0)	29 (34,1)	5 (5,9)
18. Tek başına satürasyon değeri hastanın klinik durumu hakkında yeterli bilgi verebilir.	61 (71,8)	20 (23,5)	4 (4,7)
19. Monitör %90'ın altında alarm verecek şekilde ayarlanmalıdır.	76 (89,4)	8 (9,4)	1 (1,2)
20. Hastanın SPO2 ile birlikte perifer perfüzyonu, kapiller dolum zamanı, deri renk ve turgoru ile birlikte genel durumu değerlendirilmelidir.	83 (97,6)	1 (1,2)	1 (1,2)

Soru formundan doğru yanıtlardan elde edilen Toplam Bilgi Puan (TBP) ortalaması $13,10 \pm 2,76$ (min=4, max=20) olarak bulunmuştur. Elde edilen TBP ile katılımcıların eğitim durumu, çalıştığı birim, sertifikalı olma durumu ve PO kullanımına yönelik eğitim alma durumu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tabo 3. Tanıtıcı Özelliklerle Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Değişkenler	n (%)	TBP		
		Ort. \pm SS	Test*	p**
Eğitim Durumu				
Lise/Önlisans	35 (41,2)	12,83 \pm 2,43	z:-1,086	0,278
Lisans/Lisansüstü	44 (51,8)	13,30 \pm 2,98		
	6 (7,1)			
Çalıştığı Birim				
Çocuk/YenidoğanYoğun Bakım	51 (60)	13,67 \pm 2,47	z:-1,901	0,057
Klinik/Acil	33 (40)	12,26 \pm 3,00		
PO eğitimi alma durumu				
Evet	50 (58,8)	13,58 \pm 2,24	z:-1,464	0,143
Hayır	35 (41,2)	12,43 \pm 3,29		
Sertifikalı olma durumu				
Evet	21 (24,7)	13,90 \pm 2,45	z:-1,404	0,160
Hayır	64 (75,3)	12,84 \pm 2,83		

*z: Mann Whitney U ** p<0.05

TARTIŞMA

PO kullanımını basit, güvenilir ve SPO₂ değerini invaziv girişim olmadan ölçebilmesi nedeniyle klinik uygulamada önemli yer almaktadır (Özdemir ve ark. 2017). Ayrıca konjenital kalp hastalıkları taramasında da kullanılmaktadır. Çalışmamızda hemşirelerin %82,4'ü PO cihazı ile yenidoğan bebeklerde konjenital kalp hastalığı taramasının yapılabileceğini düşünmektedirler. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Kalp Derneği (AHA) bilimsel bildirisinde; MEDLINE veri tabanında İngilizce dilinde doğuştan kalp hastalığı, pulse oksimetre, fizik muayene, üfürüm, ekokardiyografi, fetal ekokardiyografi ve yenidoğan taraması kelimelerinin geçtiği 1966-2008 yılları arasında yayınlanan makaleler incelenmiş olup yapılan çalışmalar değerlendirerek; PO'nin konjenital kalp hastalığı taramasında yararlı bulunduğu fakat yüksek spesifitesine karşın orta düzeyde sensitivitesi, beklentinin üzerindeki yanlış pozitiflik oranı ve ispat edilememiş makul maaliyet/fayda oranı nedenleri ile daha geniş vakalı serilere ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir (Mahle ve ark. 2009, Özgür ve ark. 2014).

Katılımcıların %69,4'ü proba bağlı termal yanık/doku iskemisi oluşabileceğini bunu önlemek için %71,8'i de prob yerinin 6-8 saat arayla değiştirilmesinin yeterli olduğunu düşünmektedirler. Cildin bütünlüğünün korunması hemşirelik bakımının bir göstergesidir. Doku bütünlüğünde bozulma sağlığı etkileyen, bakım sürecini zorlaştıran ve bakım masraflarını artıran bir sorundur (Kiss ve Hiler 2014). Noonan ve ark. (2006), çalışmasında PO uygulanan 110 çocuktan 10 tanesinde proba bağlı cilt hasarı olduğu gözlemlenmiştir. PO problemleri basınç ülserine neden olan tıbbi cihazlardandır. Günlük rutin kontrol edilmesi gereklidir. Problemlerin değişimi kurumlara bağlı olarak değişmekle beraber genelde 2 saatte bir değiştirilmesi ve basıncı azaltmak için tıbbi cihaz ile deri arasına köpük gibi malzeme konulması fayda sağlayabilir (Sarı ve Altay 2016, Tiryaki ve Çınar 2017, Görak ve Çınar 2017).

Disritmi, şok ve kardiyak arrest gibi kritik durumlarda oksijenizasyon ölçümünün doğru sonuç vereceği, ölçüm yapan hemşirenin yetkinliği, ölçüm zamanlanması gibi durumların PO güvenilirliğini etkilemediği katılımcıların yarısı tarafından doğru ifade olduğunu belirtmişlerdir. Özgür ve ark. (2014), çalışmasında satürasyon ölçümlerinin güvenilirliği, kullanılan cihazın kalitesine, ölçüm zamanlamasına, ekstremitelere seçimine, bebekle ilgili faktörlere (hipotermi, dolaşım yetersizliği, hemoglobinopati) ve ölçen kişinin yetkinliğine bağlı olduğunu vurgulanmıştır. Ayrıca ekstremitelerin soğuk olması, hareket, titreme, hiperbilirübiniye bağlı olarak değişen pigmentasyon, florasan ışıklandırması, yoğun gün ışığı, ısı lambaları, tavandaki parlak ışıklar ve probun uygun yerleşmemesi gibi nedenler oksijen satürasyonunun hatalı okunmasına neden olabileceği literatürde de ifade edilmiştir (Görak ve Çınar 2017).

Hemşirelerin çoğu (%94,1) SPO₂ beşinci yaşam bulgusu olarak kabul etmektedir. Literatür de gelir düzeyi yüksek ülkelerin SPO₂'yi beşinci yaşam bulgusu olduğunu ve kritik hastanın değerlendirilmesinde (traj) da etkili kullanıldığını PO'nun önemini belirtmişlerdir (Emdin ve ark. 2015). Katılımcıların yarısı probun fiziksel aktivitenin az ya da kısıtlı olan bölgeye uygulanmaması gerektiğini, %71,8'i de prob bölgesinin ıslak

ya da kuru olmasının sonucu etkilemediğini ifade etmişlerdir. Bir ışık kaynağı ve ışık dedektöründen oluşan sensörün arasına parmak ucu, kulak memesi gibi iyi perfüze olan dokuların yerleştirilmesi ile ölçüm yapılabilir. PO sensörü küçük çocuklarda el ya da ayak başparmağına, büyük çocuklarda kulak memesi ya da burun kemerinin üstü gibi periferik ölçüm yerlerine bağlanmaktadır. PO değeri birçok faktörden etkilenmektedir. Ölçüm alanı, kuru olmalı, yeterli sinyal geçişinin sağlanması için minimum hareketli olmalıdır. Tırnak cilası, güneş ışığı gibi çevresel faktörler de sinyal geçişini etkileyeceği bilinmektedir (Çetinkaya ve ark. 2008, Yönt ve ark. 2014).

Hemşireler çalışmadan ortalama $13,10 \pm 2,76$ TBP almış olup Kiekkas ve ark (2012) 21 sorudan oluşan hemşirelerin PO bilgisini değerlendirmeye yönelik soru formundan ortalama $12,8 \pm 3,2$ puan alındığını çalışmalarında ifade etmişlerdir. Elde ettiğimiz sonuca göre hemşirelerin PO takibindeki çocuk hastaya bakım konusunda kısmen yeterli bilgiye sahip oldukları düşünülmektedir. PO değerlendirmesi hastanın bakımı açısından oldukça önemlidir. Değerlendirmede yapılan hatalar hastanın bakımında sorunlar yaratabilir. Bu nedenle pulse oksimetre ile çalışan sağlık personeline düzenli eğitim ve uygulama planlanmalıdır. Hemşirelerin mesleki bilgilerine yönelik yapılan eğitimler ile ilgili konuya ait bilgilerini güncelleme olanakları olacaktır (Tiryaki ve Çınar 2016, Tiryaki ve ark. 2017).

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma örneklemini sadece Sakarya il merkezinde bulunan bir eğitim araştırma hastanesi bünyesinde bulunan çocuk ile ilgili kliniklerde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Bu nedenle araştırma sonuçları genellenemez.

SONUÇ

Pediatric hemşirelerinin en sık yaptığı uygulamalardan biri olan ve günümüzde beşinci yaşam bulgusu olarak da kabul edilen oksijen saturasyon izlemine ilişkin bilgilerinin güncellenmesi amacıyla kanıta dayalı literatür doğrultusunda hem hizmet içi eğitimler hem de çalıştıkları kliniğe yönelik birim içi eğitimler düzenlenebilir. Hemşireler, sağlık hizmetinin sunumunda sağlık hakkında bilgi veren teknolojik cihazların ana kullanıcılarından biridir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda önemli rol oynamaktadır. Hemşirelerin sağlık alanındaki yeni teknolojileri algılayıp, kullanılan cihazı keşfetmek ve anlamak özellikle hizmetin sunumu için gereklidir. Kaliteli tedavi ve hasta bakımı sunabilmek için hastanın genel durumunu değerlendirmek önemli olduğundan sağlık profesyonellerinin PO monitorizasyonunun temel noktalarını iyi bilmeleri beklenmektedir.

KAYNAKÇA

Akansel N, Yıldız H. Pulse Oksimetre Değerinin Güvenilir Olması İçin Neler Bilmeliyiz?. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2010; 8 (1): 44-48.

Bülbül A, Selalmaz M, Kunt A ve ark. Pediatri Alanında Hizmet Sunan Sağlık Personelinin Pulse Oksimetre Kullanımı İle İlgili Bilgi Düzeyleri. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2014; 48(4): 303-307.

Çetinkaya B, Turan T, Ceylan SS ve ark. Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşire ve doktorların Pulse Oksimetre Kullanımı Konusunda Bilgi Düzeyleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9 (2) : 25 – 28

Emdin CA, Mir F, Sultana S ve ark. Utility and Feasibility of Integrating Pulse Oximetry Into the Routine Assessment of Young Infants at Primary Care Clinics in Karachi, Pakistan: a Cross-Sectional Study. *BMC Pediatrics* 2015; 15 (141): 1-12.

Emiralioglu N, Özçelik U. Hipoksemi ve Oksijen Tedavisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014; 57(1): 50-60.

Görak G, Çınar N. Çocukta Fiziksel Sağlığı Değerlendirme 2017; sayfa 26.

Huizing MJ, Villamor-Martinez E, Vento M & et al. Pulse Oximeter Saturation Target Limits for Preterm Infants: A Survey Among European Neonatal Intensive Care Units. *Eur J Pediatr* 2017; 176: 51–56.

Jubran A. Pulse oximetry. *Critical Care*. 2015 Jul 16;19: 272. DOI: 10.1186/s13054-015-0984-8

Kiekkas P, Alimoutsi A, Tseko F ve ark. Knowledge of Pulse Oximetry: Comparison Among Intensive Care, Anesthesiology and Emergency Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 22: 828–837.

Kiss E, Heiler M. Pediatric Skin Integrity Practice Guideline for Institutional Use: A Quality Improvement Project. *J Pediatr Nurs*. 2014; 29 (4): 362-367.

Kuzu M, Taş O, Tulum G. Uzaktan İzlenebilir Hasta Parametreleri Sistemi. 2.Ulusal Biyomedikal Cihaz Tasarımı ve Üretimi Sempozyumu (UBİCTUS) 16 Mayıs 2017.

Mahle WT, Matherne GP, Smith FC et al. Role of Pulse Oximetry in Examining Newborns for Congenital Heart Disease. *Circulation* 2009; 4 Ağustos: DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192576

Milutinovic D, Repic G, Arandelovic B. Clinical Nurses' Knowledge Level on Pulse Oximetry: A descriptive multi-centre study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2016; 37; 19-26.

Mower WR, Sachs C, Nicklin EL et al. Pulse Oximetry as a Fifth Pediatric Vital Sign. *Pediatrics* 1997; 99(5): 681-6

Noonan C, Quigley S, Curley MAQ. Skin Integrity in Hospitalized Infants and Children A Prevalence Survey. *Journal of Pediatric Nursing* 2006; 21 (6): 445-453.

Özdal M, Dağlıoğlu Ö, Demir T ve ark. Antrenmanın Arteriyel Hemogloblin Oksijen Satürasyonu Üzerine Etkisi Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi 2014; 5 (1): 27-34

Özdemir A, Doğruel D, Yılmaz Ö. Oxygen Saturation/minute Heart Rate Index: Simple Lung Function Test. For Children. *Pediatrics International* 2017; 59: 209–212

Özgür S, Ceylan Ö, Karademir S. Yenidoğan Satürasyon Taraması. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2014; 23 (4): 588-605

Pereira LM, Abreu RF, Max P. The Use of Pulse Oximeter in Hemodynamic Assessment. DOI: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1505-1512.

Ross PA, Newth CJL, FRCPC & et al. Accuracy of Pulse Oximetry in Children. *PEDIATRICS* 2014; 133 (1): 22-29.

Sarı Ç, Altay N. Yenidoğanlarda Basınç Ülseri Gelişimini Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016; 6 (Case Reports): 138-147.

Tiryaki Ö, Çınar N. Pulse Oksimetre İle Satürasyon Takibi Yapılan Çocukta Bu Uygulama İle İlgili Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deneyimi: Niteliksel Çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017; 33 (3): 79-90.

Tiryaki Ö, Çınar N. Management of Continuous Positive Airway Pressure in the Newborn: Impact of Lecture-based Interactive Workshops on Training for Neonatal Intensive Care Nurses. *AQUICHAN* 2016; 16(2): 159-168.

Tiryaki Ö, Doğu Ö, Hafızoğlu T. Plasenta ve umbilikal kordon hakkında ebelere verilen eğitimin değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* 2017; 25(2): 64-70.

Yalaki Z, Çiftçi N, S Kara ve ark. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerde Saptanan Konjenital Kalp Hastalıklarının Retrospektif Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2017; 11(3): 179-182.

Yönt GH, Korhan EA, Dizer B. The Effect of Nail Polish on Pulse Oximetry Readings. *Intensive and Critical Care Nursing* 2014; 30: 111-115.

ANNELİK DENEYİMİ İLE ÇOCUK SEVME DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

*EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MATERNAL EXPERIENCE AND LIKING OF
CHILDREN LEVELS OND FACTOR AFFECTING*

Öğr.Gör. Elif ERBAY*

Öğr.Gör. Sümeyra TOPAL**

Uzm. Hem. Öznur TIRYAKI***

Prof.Dr. Nursan ÇINAR****

*Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

**Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

***T.C.Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi AR-GE Birimi

****Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Bu çalışma 13-15 Nisan 2018 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştirilen İkinci Uluslararası Hemşirelik Kongresi (ICON 2018)'de sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi/Received: 01.09.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 26.11.2018

ÖZ

Amaç: Bu çalışma kadınların annelik deneyimleri ile çocuk sevmeye düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılan çalışmanın evrenini Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez kampüsü ile Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Kampüsü klinikleri ve polikliniklerine başvuran 0-3 yaş aralığında çocuğu olan kadınlar, örnekleme ise çalışmanın yürütüldüğü Şubat-Mart 2018 tarihlerinde polikliniklere başvuran ve çalışmaya dahil olma kriterlerine sahip gönüllü 140 kadın oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu, Anne Olma Ölçeği ve Barnett Çocuk Sevmeye Ölçeği kullanılarak toplandı. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) 23 istatistik programları aracılığıyla değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışma kapsamına alınan kadınların %36.4'ü 24-29 yaş aralığında, %37.9'u orta okul mezunu, %88.6'sı ev hanımı, %65'i çekirdek aile yapısına sahip ve %32.9'u 2-4

yıllık evli idi. Anne Olma Ölçeği'nin kesme değeri olan 9 ve üzerinde puan ortalamasında olan %25.7 katılımcının %55.6'sının çocuk bakımında ailesinden destek almadığı saptandı. Uygulanan bağımsız örneklem t testi / ANOVA testi sonucunda yaş gruplarına göre Anne Olma Ölçeği ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Çalışmada, 18-23 yaş grubundaki annelerin 24-29 yaş grubundakilere göre ve destek almayan annelerin destek alanlara göre annelik memnuniyetinin daha az olduğu belirlendi. Katılımcıların Anne Olma Ölçeği (6.12 ± 4.74) ile Barnett Çocuk Sevme Ölçeği (92.23 ± 7.89) puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde ise iki ölçek arasında zayıf, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Bu çalışmada annelik memnuniyeti azaldıkça çocuk sevme düzeyinin de azaldığı saptandı. Anne yaşının genç olmasının ve çocuğun bakımında ailesinden yeterli destek alamamasının da annelik memnuniyetini olumsuz etkilediği görüldü.

Anahtar Sözcükler: Anne-çocuk ilişkileri, çocuk yetiştirme, memnuniyet

ABSTRACT

Objective: *This study was conducted to determine the relationship between maternal experiences and liking of children levels of mothers and to examine the effecting factors.*

Methods: *The population of this descriptive and correlational study consisted of the mothers who had children in the age range of 0-3 years and applied to clinics and outpatient clinics in main campus and Mother and Child Hospital campus of the Sakarya University Training and Research Hospital. The sample consisted of 140 volunteer mothers who applied to the outpatient clinics during the research and had inclusion criteria of the study. The data was collected by using "Being a Mother Scale", "Barnett's Liking of Children Scale" (BLOCS) and the questionnaire prepared by the researchers. The data obtained from the study was evaluated by transferring them to the computer and by using statistical software of Statistical Package for the Social Sciences 23.*

Results: *It was determined that 36.4% of the women included in the study were in the age range of 24-29 years, 37.9% of them were secondary school graduates, 88.6% were housewives, 65% had nuclear family structure and 32.9% were married for 2-4 years. It was found that, 55.6% of the 25.7% of the participants, who had a score of 9 which is the cut off value of Being a Mother Scale and above, did not receive support from their parents in child care. As a result of the unpaired t test / ANOVA test, it was determined that there was a statistically significant difference in the mean Being a Mother Scale values according to age groups ($p<0.05$). In the study it was found that the maternity satisfaction of mothers 18-23 age group was less than those in the 24-29 age group, and the satisfaction of mothers who did not receive support was less than those received support. When the relationship between the mean scores of Being a Mother Scale (6.12 ± 4.74) and Barnett's Liking of Children Scale (92.23 ± 7.89) was examined, it was found that there was a weak negative correlation between two scales ($p<0.05$).*

Conclusion: *In this study, it was determined that as the maternity satisfaction decreases, the liking of children level decreases. The facts that the young age of the mother and inadequate support from her family in the child care were observed to negatively affect maternity satisfaction.*

Key Words: *Mother-child relations, child rearing, satisfaction*

GİRİŞ

Annelik, kadının yaşamındaki en önemli gelişimsel olaylardan biridir (Mercer 2004). İlk çocuğun doğumu mutlu bir olay olmakla birlikte, yeni roller ve sorumluluklar bazı annelerde yoğun strese de sebep olabilir (Javadifar ve ark. 2016). Kadın, ebeveyn olma sürecinde yeni rolünü gerçekleştirirken değişik yaşam olaylarından yararlanır ve zaman içerisinde yeni fikirler ve beceriler elde ederek deneyim kazanır (Çalışır ve ark. 2009, Javadifar ve ark. 2016).

Mercer'in Annelik Rol Yeteneği Kuramı ve Modeli'ne göre; annelik rolüne alışma süreci, anneler arasındaki bireysel farklılıklara bağlı olarak prenatal dönemden başlayıp postnatal ilk yıl içinde annelik kimliğinin oluşması ile tamamlanan süreç olarak tanımlanmaktadır (Coşkuner Potur 2013). Mercer'in modelinde annelik rolü becerisi; annenin davranış ve özellikleri, empati, bebek davranışlarına duyarlılık, özgüven, olgunlaşma, esneklik, tavır, gebelik, doğum, fiziksel ve ruhsal sağlık, depresyon ve rol çatışmasından etkilenebilir (Çalışır 2003).

Annelik rolüne geçiş ve postpartum dönemde anneliğe uyumu etkileyen faktörleri araştıran çeşitli çalışmalar vardır. Annenin primipar veya multipar olması (Walker ve ark. 1986, Grace 1993), gebelikte yaşadığı stres ve annelik kaygısı, bebeği ile etkileşimi annelik rolüne uyumun önemli belirleyicilerindedir (Mercer 2004, DiPietro ve ark. 2015). Annenin yaşı, eğitimi, sosyal ve ailesel faktörler, kültürel yapı, eşin desteği, sağlık profesyonellerinin desteği ve bunun gibi pek çok faktör anneliğe uyum ve annelik rolünün kabulünü etkileyebilmektedir. Annenin, annelik rolüne sağlıklı bir şekilde uyum sağlaması ve sürdürmesi, anne ile bebek arasındaki bağı güçlendirir. Anne-bebek bağlanması, anne ile bebeğin yakın teması, iletişimi ve emzirme ile gelişmektedir. Anne-bebek arasında zaman içinde giderek artan bu eşsiz sevgi bağı, annelik deneyiminin artmasıyla daha da anlam kazanarak gelişir (Er 2006, Duyan ve Gelbal 2008).

Sevgi, insanları birbirine yaklaştıran olumlu ve iyi duyguların tümüdür. Yetişkin bireyler, sevme ve ait olma ihtiyaçlarını seçebilir ya da biçimlendirebilir iken çocukların sevgi ihtiyaçları buldukları koşullar içerisinde şekillenir (Er 2006). Çocuğun sağlıklı ve olumlu bir kişilik geliştirmesi için sevgiye ihtiyacı vardır ve bunun temeli de ailede atılmaktadır. Sağlıklı bireylerin ve toplumun oluşması, sağlıklı anne-çocuk ilişkisine bağlıdır (Duyan ve Gelbal 2008). Anne, bir çocuğun sağlıklı büyüüp gelişmesinde büyük önem taşımaktadır. Annelik deneyiminin sağlıklı bir şekilde kazanılması ve sevgi dolu sürdürülmesi, ailenin diğer bireylerinin de katkısıyla çocuğun sağlıklı bir birey olarak yetiştirilmesinde önemli bir temel oluşturur (Barnett ve Sinisi 1990).

Çeşitli faktörlerden etkilenmekle birlikte, çocukları sevmek, ebeveyn olmanın temel gereğidir (Chasiotis ve ark. 2006). Bu bağlamda annelerin annelik deneyimleri ve çocuk sevme düzeyleri sağlıklı bireylerin yetiştirilmesinde önemlidir. Ülkemizde annelerin çocuk sevme durumları ile ilgili çalışmalar bulunmamakta, çocuk sevme ile ilgili çalışmaların daha çok öğretmenlik alanında olduğu görülmektedir (Duyan ve Gelbal 2008, Gelbal ve Duyan 2010, Uğurlu 2013). Bu gereksinimden yola çıkılarak

araştırma, annelerin çocuk sevme düzeyleri ile annelik memnuniyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

AMAÇ

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde annelerin çocuk sevme düzeyleri ile annelik memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada kadınların annelik deneyimleri ile çocuk sevme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte tasarlanan araştırmanın evrenini Şubat-Mart 2018 tarihlerinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çocuk klinikleri ve polikliniklerine başvuran annelerin tamamı oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırmacılar tarafından bilgilendirildikten sonra araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyan 140 anne örnekleme oluşturmuştur. Örnekleme belirlemede kullandığımız ölçeklerdeki madde sayısı dikkate alınmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 23.02.2018 tarih ve 71522473/050.01.04/42 sayılı onay ve Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı, cevapların gizliliği, verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra gönüllü olan ve sözlü onamları alınan kadınlar örnekleme dahil edilmiştir.

Çalışmaya alınma kriterleri:

- Annenin 15 günlükten büyük, 3 yaşından küçük bebeğinin olması
- Annenin 18 yaş üstü olması
- İletişim ile ilgili herhangi bir sorununun olmaması
- Çalışmaya gönüllü olması

Veri Toplama Araçları

Veriler; araştırmacılar tarafından hazırlanan Soru Formu (kadınların tanıtıcı özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu gibi) içeren sorulardan oluşmuştur), Anne Olma Ölçeği (BaM-13), Barnett Çocuk Sevme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Soru formu ve ölçekler dağıtılmadan önce kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış, elde edilen bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağı söylenerek sözel onamları alınmıştır. Veriler, polikliniğe gelen ve vaka seçim kriterlerine uygun, gönüllü kadınlarla, polikliniklerin bulunduğu alanda uygun bir odada (masa, sandalyesi olan, sessiz, sakin) toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından veri toplama formları katılımcılara verilerek doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formları tam olarak doldurulup

doldurulmadığı, araştırmacı tarafından kontrol edilerek alınmıştır. Veri toplamada kullanılan formların doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Soru formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan, annelerin sosyo-ekonomik özelliklerini belirlemeye yönelik 16 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular; annenin yaşı, annenin kardeş sayısı, eğitim ve gelir düzeyleri ile kendisinde veya çocuğunda herhangi bir hastalık varlığı vb. bilgileri öğrenmeye yöneliktir (Duyan ve Gelbal 2008, Ngai ve ark. 2010, Matthey 2011)

Anne Olma Ölçeği (BaM-13): Matthey (2011) tarafından 0-3 yaş aralığında çocuğu olan annelerin annelik deneyimlerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sevimli Güler ve Çınar (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 0 ile 3 arasında puanlanan ve yüksek puanların "annelik" deneyiminden memnuniyetin daha düşük olduğunu gösteren 13 soru maddesinden oluşmaktadır. Her madde dört yanıt seçeneklerinden biriyle tasdik edilmektedir: 'Evet, çoğu zaman'; 'Evet, bazen', 'Hayır, çok sık değil'; 'Hayır, nadiren ya da hiç'. Puanlamayı kolaylaştırmak için, her madde aynı yönde puanlanmıştır (0, 1, 2, 3). Toplam puan 0 ila 39 arasında değişmektedir. Toplam 9 veya üzerindeki puanları gösteren veriler önemli düzeyde annelik ile ilgili memnuniyetsizlik seviyesinin göstergesidir. Anne Olma Ölçeği'nin kapsadığı alanlar ise; sosyal izolasyon, pişmanlık, güven duygusu, çocuğu ile ilişkisi, desteği ile memnuniyeti, başa çıkma ve suçluluktur. Ölçekte altı madde çocuk deneyimi alt boyutu, altı madde yetişkin deneyimi, iki madde de duygusal yakınlığı ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach α değeri 0.769, bu çalışma için Cronbach α değeri 0.655'tir.

Barnett Çocuk Sevme Ölçeği (Barnett Liking of Children Scale- BLOCS): Barnett ve Sinisi (1990) tarafından insanların çocuklara yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte bireylerin çocukları sevme durumunu belirlemeye yönelik 14 madde bulunmaktadır. Maddelerde belirtilen düşünceye, bireylerden "Hiç katılmıyorum" yanıtından, "Tamamen katılıyorum" yanıtına kadar değişkenlik gösteren yedi derecede görüş bildirmeleri istenmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 14-98 arasında değişmektedir. Fischer ve Corcoran (1994)'a göre Barnett Çocuk Sevme Ölçeğinin iç tutarlılık katsayısının 0.93 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0.91 olması nedeniyle, insanların çocukları sevip sevmediğini belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. Çocukları sevmeyi belirlemeye yönelik maddelerden dört tanesi olumsuz (3, 6, 10 ve 13. maddeler) ve 10 tanesi de olumlu anlam taşımaktadır. Olumlu maddeler puanlanırken "Tamamen katılıyorum" yanıtı "7" ile ve "Hiç katılmıyorum" yanıtı ise "1" ile; olumsuz maddelerin puanlanırken ise "Hiç katılmıyorum" yanıtı "7" ile ve "Tamamen katılıyorum" yanıtı da "1" ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, insanların çocukları daha fazla sevdiklerini; düşük puanlar ise çocukları sevme düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonu için güvenilirlik ve geçerlik çalışması Duyan ve Gelbal (2008) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen çalışmada test-tekrar test güvenilirliği 0.854 ve iç tutarlılık katsayısı 0.92 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Cronbach α değeri 0.721'dir

İstatistiksel analiz

Verilerin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 23 programına aktararak yapılmıştır. Sayısal değişkenler için merkezi eğilim ölçülerinden ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri; kategorik değişkenler için ise frekans dağılımları verilmiştir. İki grup arasında fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışma kapsamına alınan 140 kadının; %36.4'ü 24-29 yaş aralığında, %32.9'u 2-4 yıl arasında evli ve %32.9'u 10 yıldan uzun süredir evli, %37.9'u orta okul mezunu, %88.6'sı ev hanımı olduğu bulunmuştur. Kadınların %63.6'sı ekonomik durumunu "gelir gidere denk" olarak değerlendirmekte, %65'i çekirdek aile yapısına sahip ve %32.9'unun 2 tane çocuğu bulunmaktadır. Kadınların %83.6'sının çocuklarında herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktadır. Annelerin %55'i çocuk bakımında destek almış, destek alanların %77.9'u anne/kayınvalidesinden destek almıştır.

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Anne Olma Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama	SS	P	Fark
Yaş				
18-23	7,86	5,73	0,022 ^{ab}	18-23 yaş > 24-29 yaş
24-29	4,90	3,66		
30-35	7,21	5,38		
36 ve üstü	5,24	3,92		
Evlilik süresi				
4 yıl ve altı	5,75	4,99	0,744 ^b	
5-9yıl	6,46	5,18		
10 yıl ve üzeri	6,28	4,08		
Eğitim Durumu				
ilkokul	6,42	4,90	0,292 ^b	
Ortaokul	5,23	4,40		
Lise	6,50	3,88		
Üniversite	7,50	6,19		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	4,56	3,83	0,163 ^a	
Ev Hanımı	6,32	4,82		
Ekonomik durum				
Gelir giderden az	6,10	4,41	0,975 ^a	
Gelir gidere denk veya daha fazla	6,13	4,93		
Aile tipi				
Çekirdek	6,57	4,92	0,126 ^a	
Geniş	5,29	4,32		
Çocuk sayısı				
1	6,69	5,35	0,393 ^b	
2	5,43	4,64		
3	5,74	3,83		

4 ve üzeri	7,50	5,05		
Çocuklarının kronik hastalığa sahip olma durumu				
Evet	7,09	5,37	0,287 ^a	
Hayır	5,93	4,61		
Çocuk bakımında destek alma durumu				
Evet	5,39	4,40	0,043 ^{**a}	
Hayır	7,02	5,02		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001 (a: Bağımsız örneklem t testi b:ANOVA Testi)

Araştırmaya katılan kadınların yaş grubu ve çocuk bakımında destek alma durumu ile Anne Olma Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış iken (p<0,05) diğer demografik değişkenlerin gruplarına göre Anne Olma Ölçeği ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Buna göre; 18-23 yaş grubundaki kadınların Anne Olma Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması, 24-29 yaş grubundakilere göre ve çocuk bakımında destek almayan kadınların Anne Olma Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması çocuk bakımında destek alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olup, annelik memnuniyetleri daha düşük bulunmuştur.

Tablo 2. Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Puan Ortalamaları İle Tanıtıcı Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Ortalama	SS	P
Yaş	18-23	90,77	6,98	0,617 ^b
	24-29	91,80	9,68	
	30-35	93,38	6,51	
	35 ve üstü	92,44	6,78	
Evlilik süresi	4 yıl ve altı	93,13	6,65	0,523 ^b
	5-9 yıl	91,31	9,14	
	10 yıl ve üzeri	91,93	8,18	
Eğitim durumu	İlkokul	93,00	8,20	0,788 ^b
	Ortaokul	92,26	7,54	
	Lise	91,88	7,51	
	Üniversite	90,78	9,07	
Çalışma durumu	Çalışıyor	93,50	4,71	0,495 ^a
	Ev Hanımı	92,06	8,21	
Ekonomik durum	Gelir giderden az	92,44	8,08	0,822 ^a
	Gelir gidere denk veya daha fazla	92,12	7,83	
Aile Tipi	Çekirdek	92,30	8,16	0,890 ^a
	Geniş	92,10	7,44	
Çocuk Sayısı	1	91,84	7,93	0,974 ^b
	2	92,54	8,42	
	3	92,14	8,06	
	4 ve üzeri	92,64	6,02	
Çocuk bakımında destek alma durumu	Evet	93,09	6,95	0,154 ^a
	Hayır	91,17	8,85	

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001 (a: Bağımsız Örneklem t testi b:ANOVA Testi)

Kadınların bireysel özellikleri (yaş, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi, çocuk sayısı ve çocuk bakımından destek alma durumu) ile Barnett Çocuk Sevme Ölçeği ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Anne Olma Ölçeği ile Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Barnett Çocuk Sevme Ölçeği	
	r	
Anne Olma Ölçeği		-0,255
	p	0,002**
	N	140

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$ ***: $p<0,001$

Tablo 3'e göre; uygulanan pearson korelasyon analizi sonucunda Anne Olma Ölçeği ile Barnett Çocuk Sevme Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre Anne Olma Ölçeği ile Barnett Çocuk Sevme Ölçeği arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde (%25,5) bir ilişki bulunmaktadır.

Çalışmamızın sonunda; annelik memnuniyeti azaldıkça çocuk sevme düzeyinin de azaldığı saptanmıştır. Anne yaşının genç olmasının ve çocuğun bakımında ailesinden yeterli destek alamamasının da annelik memnuniyetini olumsuz etkilediği görülmüştür.

Annelerin annelik deneyimleri ile çocuk sevme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın bulguları tanımlayıcı veriler ve Anne Olma Ölçeği ve Barnett Çocuk Sevme Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Bu çalışmaya göre; demografik değişkenler ile Barnett Çocuk Sevme Ölçeği arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte; Anne Olma Ölçeği'nden 18-23 yaş grubundaki kadınların aldıkları puanların ortalaması 24-29 yaş grubundakilere göre ve çocuk bakımında destek almayan kadınların aldıkları puanların ortalaması destek alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olup, annelik memnuniyetleri daha düşük bulunmuştur. Anne Olma Ölçeği ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir.

Gebe ve anne için, sosyal destek gebelik ve doğum sonrası dönemde annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu şekilde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır (Taşkın 2012). Bizim çalışmamızla benzer şekilde Shrooti ve ark. (2016) çalışmasında, algılanan annelik rolü yeterliliği ile yaş, sosyal destek ve destek kişilerin sayısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Warren'ın (2005) ilk kez anne olanlarda yaptığı bir çalışmada, sosyal desteği olanların bebek bakımında kendilerini güvende hissettikleri bildirilmiştir. Mermer ve ark. (2010) yaptığı çalışmanın sonucunda; anne, bebek ve dolaylı olarak aile sağlığının sürdürülebilmesi için gebelik ve özellikle doğum sonrası dönemde sosyal desteğin verilmesinin gerekli olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da; çocuk bakımında destek almayanların Anne Olma Ölçeği ortalaması, çocuk bakımında destek alanlara göre annelik memnuniyeti düşük bulunmuştur. Ngai ve ark. (2011) çalışmasında, sosyal destek varlığının yanı sıra,

kişisel bilgi ve bebek bakım deneyimi, emzirmedeki başarı, bebeğin sağlığı ve çeşitli kaynaklardan gelen çelişkili bilgilerin anne rolünün yeterliliğini etkileyen önemli faktörler olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmalardan farklı olarak, sosyal destek ve stresin doğumdan altı hafta sonra doğrudan algılanan anne rolü yetkinliği ve memnuniyeti ile ilişkili olmadığı da bulunan sonuçlar arasındadır (Ngai ve ark. 2010). Bu bilgiler ışığında kadının aldığı destek ile; kendini güvende hissetmesi, annelik rolü yeterliliği ve dolayısıyla bebeğine/çocuğuna daha iyi bakım verebilmesi mümkündür.

Her kadının annelik deneyimi eşsizdir. Bu eşsiz deneyim anneye, bebeğe ve çevreye ait değişkenlerden etkilenmektedir (Deliktaş ve ark. 2015). Bir yetişkin rolü olan annelik rolünün sosyal ve psikolojik olarak tam olgunlaşmamış adolesanlarda yeterli olarak gelişemeyebileceği veya geç gelişebileceği belirtilmektedir. Adölesan ve 35 yaş üstü kadınların bebeklerinde, 20-35 yaş grubundaki kadınların bebeklerine göre prematürelilik, düşük doğum ağırlığı ve mortalite riski daha yüksek olabilir. Adölesan annelerin bebeklerine karşı daha az sabır gösterdikleri belirtilmektedir. İlk doğumunu otuzlu yaşlarda yapan annelerin daha olgunlaşmış olmalarına rağmen, morbidite oranlarının ve kendi annelik rol beklentilerinin yüksek olması nedeniyle erken dönemde rol başarımının engellenebileceği ve annelik rolü için en uygun yaşın 20-30 yaşlar arasında olduğu belirtilmektedir (Çalışır 2003). Anneliğe geçiş ile ilgili literatürde yer alan ilk çalışmalarda, annenin yaşının annelik rolü kazanmada etkili olduğu ve genç yaşta anne olanların daha uzun sürede annelik rolünü kazandığı ve bebek bakımı konusunda yeterli olmadıkları görülmektedir (Beydağ 2007). Bizim çalışmamızda da yaş faktörü annelik memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden biri olarak bulunmuştur ve 18-23 yaş grubundakilerin Anne Olma Ölçeği ortalaması 24-29 yaş grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olup, annelik memnuniyetleri daha düşüktür.

Çalışmamızın önemli sonuçlarından biri Anne Olma Ölçeği ile Barnett Çocuk Sevme Ölçeği arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasıdır ($p<0.05$). Annelik memnuniyeti azaldıkça, çocuk sevme düzeyinin azaldığı görülmektedir. Fakat literatürde iki ölçek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kadının annelik rolüne uyum sağlamasında kendisinin ve bebeğinin bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için gerekli bilgi ve becerinin yanında çocukları sevmesinin de önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, bir kadında çocuk sevme düzeyinin düşük olmasının, annelikten alacağı memnuniyeti de olumsuz yönde etkilemesi beklenilebilecek bir sonuçtur.

Çocuk sevme durumu daha çok ilkökul öğretmenlerinde araştırılmış, annelerde çocuk sevme durumunun araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Annelik deneyimi ise, "annelik rolü yeterliliği" ve "annelik memnuniyeti" kavramları ile daha sık karşımıza çıkmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; bu çalışmada annelik memnuniyeti azaldıkça çocuk sevme düzeyinin de azaldığı saptandı. Anne yaşının genç olmasının ve çocuğun bakımında ailesinden yeterli destek alamamasının annelik memnuniyetini olumsuz etkilediği

görülmektedir. İlkokul öğretmenlerinin çocuk sevme durumları, eğitimin aileden sonraki ikinci basamağı ilkokul olduğu için elbette önemlidir, fakat çocuk sevme durumları ve etkileyen faktörlerin ailede hatta çocuk sağlığını direkt olarak etkilediği için annelerde incelenmesine daha çok gereksinim bulunmaktadır. Annelik memnuniyetinin 20-35 yaşlar arasında daha iyi olduğu göz önünde bulundurulursa, erken yaşta gebeliklerin hem anneye hem bebeğe olası fizyolojik ve psikolojik riskleri hakkında adölesan ve genç kadınların bilgilendirilmesi önemlidir. Hemşireler doğum öncesi ve sonrası dönemde annelere yeterli eğitim ve destek sağlamalıdır. Doğum öncesi ve doğum sonrası gebenin ve annenin bebek bakımı konusunda ve daha birçok konuda desteğe ihtiyacı olduğu unutulmamalı ve bu durum yakınları ile de paylaşılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Barnett MA, Sinisi CS. The Initial Validation of a Liking of Children Scale. *J Pers Assess* 1990; 55(1-2): 161-7.
- Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul.* 2007; 6(6): 479-4.
- Chasiotis A, Hofer J, Campos D. When Does Liking Children Lead to Parenthood? Younger Siblings, Implicit Prosocial Power Motivation, And Explicit Love For Children Predict Parenthood Across Cultures. *JCEP* 2006; 4(2): 95-123 DOI: 10.1556/JCEP.4.2006.2.2.
- Coşkuner Potur D. Annelik Rolü Yeteneği – Anne Olmak. İçinde: Ocakçı FA, Alpar EŞ, Editörler. *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*. 1. Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi; 2013. 67-83.
- Çalışır H. İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
- Çalışır H, Karaçam Z, Kurnaz DA ve ark. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenirliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(1): 1-8.
- Deliktaş A, Körükçü Ö, Kukulcu K. Farklı Gruplarda Annelik Deneyimi. *MÜSBED* 2015; 5(4): 274-83.
- DiPietro JA, Goldshore MA, Kivlighan KT & et al. The Ups and Downs of Early Mothering. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2015; 36 (3): 94-102.
- Duyan V, Gelbal S. Barnett Çocuk Sevme Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Eğitim ve Bilim Dergisi* 2008; 33: 40-8.
- Er M. Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49(2): 155-68.
- Grace JT. Mothers' Self Reports of Parenthood Across the First 6 Months Postpartum. *Res Nursing Health* 1993; 16: 431-9.
- Gelbal S, Duyan V. İlköğretim Öğretmenlerinin Çocuk Sevme Durumlarına Etki Eden Değişkenlerin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2010; 38(1): 127-37.
- Javadifar N, Majlesi F, Nikbakht A & et al. Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *J Family Reprod Health* 2016; 10(3): 146-53.
- Matthey S. Assessing the Experience of Motherhood: The Being a Mother Scale *J Affect Disord* 2011; 128: 142-52.

- Mercer RT. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *J Nursing Scholarsh* 2004; 36(3): 226-32
- Mermer G, Bilge A, Yücel U ve ark. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1(2): 71-6.
- Ngai FW, Chan SWC, Ip WY. Predictors and Correlates of Maternal Role Competence and Satisfaction. *Nurs Res* 2010; 59(3): 185-93.
- Ngai FW, Chan SWC, Holroyd E. Chinese Primiparous Women's Experiences of Early Motherhood: Factors Affecting Maternal Role Competence. *J Clin Nurs* 2011; 20(9-10): 1481-9.
- Sevimli Güler D. Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Annelik Deneyimleri Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016. 18-35.
- Shrooti S, Mangala S, Nirmala P & et al. Perceived Maternal Role Competence Among the Mothers Attending Immunization Clinics of Dharan, Nepal. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016; 4(2): 100-6.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 7. Baskı. Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık. 2005; 451-2.
- Uğurlu CT. Öğretmenlerin İletişim Becerisi ve Empatik Eğilim Davranışlarının Çocuk Sevme Düzeyleri Üzerine Etkisi. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi* 2013; 3(2): 51-61.
- Walker LO, Crain H, Thompson E. Mothering Behavior and Maternal Role Attainment During the Postpartum Period. *Nurs Res* 1996; 35(6): 352-5.
- Warren PL. First-Time Mothers: Social Support and Confidence in Infant Care. *J Adv Nurs* 2005; 50(5): 479-88.

**AÇIK KALP AMELİYATI OLACAK HASTALARA VERİLEN PREOPERATİF EĞİTİMİN:
POSTOPERATİF DÖNEMDE ANKSİYETE VE İYİLEŞME SÜRECİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

*ANALYSIS OF THE EFFECTS OF PREOPERATIVE TRAININGS GIVEN TO PATIENTS WHO WILL
UNDERGO OPEN-HEART SURGERY ON THEIR ANXIETY AND RECOVERY PROCESS DURING
POSTOPERATIVE PERIOD*

Uzman Hemş. Aynur KAYNAR ŞİMŞEK*

Uzman Dr. Tahsin ŞİMŞEK**

Prof.Dr. Şule ECEVİT ALPAR***

* Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve
Reanimasyon Kliniği

*** Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 25.06.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 26.11.2018

ÖZ

Amaç: Bu araştırma açık kalp ameliyatı olacak hastalara preoperatif dönemde verilen eğitimin postoperatif dönemde anksiyete ve iyileşme sürecine etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini T.C Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2014- Haziran 2015 yılları arasında Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde açık kalp ameliyatı olan hastalar (N:480), örneklemini evren içinde araştırma kriterlerine uyan 60 hasta oluşturdu (30 kontrol, 30 deney).

Veriler Hasta Tanıtım Formu, İyileşme Süreci Değerlendirme Formu, Spielberger Durumluk Sürekli Anksiyete Ölçeği, Ramsay Sedasyon Ölçeği, Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği, Yetişkinler İçin Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği ile toplandı. Deney grubundaki hastalara ameliyattan en geç 12 saat önce preoperatif eğitim verildi. Kontrol grubuna rutin hastane protokolleri uygulandı. Tüm hastaların durumluk süreklilik anksiyete düzeyleri ameliyattan en geç 12 saat öncesinde bir kez, ekstübasyon sonrası ilk 24 saat içerisinde bir kez olmak üzere iki

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Aynur KAYNAR ŞİMŞEK(aynurkaynarsimsek@gmail.com)

kez ölçüldü. Postoperatif dönemde sedasyon ve bilinç düzey puanı 4 ve 4'ten düşük bulunana dek her saat başı bir kez ölçüldü. Ajitasyon düzeyi ise sedasyon ve bilinç düzeyi puanı 4 ve 4 ten düşük bulunduğu bir kez ve ekstübasyondan hemen önce bir kez olmak üzere iki kez ölçüldü. Ağrı düzeyleri hasta ekstübe edilene dek ilk 24 saatte dört saatte bir değerlendirildi.

Bulgular: Deney ve kontrol grubu arasında ağrı düzeyleri, postoperatif dönemdeki ajitasyon düzeyleri, yoğun bakım ve hastanede kalış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Preoperatif eğitimin postoperatif dönemde ağrı ve ajitasyon düzeyini, yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalış süresini azaltmada etkili olmadığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: anksiyete, açık kalp ameliyatı, hemşirelik

ABSTRACT

Objective: *This research was conducted to examine the effects of pre-operative education on anxiety and recovery among patients who will have an open heart surgery..*

Method: *Research population constituted of 480 patients who had an open heart surgery in Cardiovascular Surgery Clinic in Marmara University Pendik Training and Research Hospital affiliated to Turkish Republic Ministry of Health during January 2014- June 2015; and research sample constituted of 60 patients who complied with research criteria specified for this population (experimental group n:30 and control group n:30).*

Data was collected using Patient Diagnostic Form, Recovery Process Evaluation Form, Spielberger State-Trait Anxiety Scale, Ramsay Sedation Scale, Motor Activity Assessment Scale, Non-Verbal Pain Scale for Adults. Patients in the experimental group were provided with preoperative training at the latest 12 hours before the operation. Patients in the control group were only applied with routine hospital protocols. State-trait anxiety levels of all patients were measured twice; once at the latest 12 hours before operation and once again within 24 hours after extubation during postoperative period. Sedation and consciousness level points were measured once per hour during postoperative period until consciousness level was found as 4 or less than 4. When the level of agitation was measured twice; once immediately before extubation and once when the level of sedation and consciousness score were found as 4 and lower than 4. Pain levels were assessed once every four hours within the next 24 hours until patients were extubated.

Findings: *No statistically significant differences were found ($p>0.05$) among patients in the experimental and control group in terms of pain levels, agitation levels during postoperative period, and in terms of duration of intensive care and hospitalization.*

Conclusion: *It was determined that pre-operative training was not effective in reducing pain and agitation level, duration of hospitalization and staying in intensive care unit in the postoperative period.*

Keywords: *anxiety, open-heart surgery, nursing*

GİRİŞ

Hasta olmak, hastaneye yatmak ve cerrahi işlem bireylerin yaşamını birçok yönden etkilemekte, anksiyete ve endişelerini artırmaktadır (Özbayır ve Demir 2003, Dönmez ve Özbayır 2008, Dolgun ve Dönmez 2010). Hastaların anksiyetesini artıran

en büyük faktör ise hiç kuşkusuz invaziv girişimlerdir. İnvaziv girişimler nedeniyle yaşanan anksiyete cerrahi anksiyete olarak bilinmektedir ve cerrahi anksiyete preoperatif ve postoperatif olmak üzere iki evrede tanımlanmaktadır (Cimilli 2001, Çetinkaya ve Karabulut 2009).

Preoperatif anksiyete bir kriz dönemidir. Hastalar cerrahi işlemin kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de risklerinden korkmaktadırlar. Cerrahi işlem hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisinin yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybına yönelik anksiyeteye neden olmaktadır (Erdil ve Elbaş 2001, Karabulut ve Çetinkaya 2011, Fındık ve Topçu 2012, Yılmaz ve Aydın 2013, Gürsoy ve ark. 2016, Vermişli 2016).

Postoperatif dönemde ise yoğun bakım ünitesi, mekanik ventilasyon, invaziv monitörizasyon için takılan kateterler, göğüs tüpleri, ağrı, endotrakeal tüpün varlığı, trakeal aspirasyon, iletişim kuramamak, su içememek ve kontrolünü kaybetme korkusu hastanın anksiyetesini artıran faktörler olarak bildirilmiştir. (Gürsel ve Aydoğdu 2009, Budak 2015, Vural ve Arslan 2014).

Preoperatif/postoperatif anksiyete, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, cerrahi işlemin türüne göre değişik düzeylerde olabilir (Karabulut ve Çetinkaya 2011, Fındık ve Topçu 2012, Yılmaz ve Aydın 2013). Özellikle açık kalp ameliyatı olacak hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyete diğer cerrahi girişimlere göre yüksek düzeydedir. Kalbin yaşamsal anlamı ve önemi, bireyin kalbine dolayısıyla yaşamına müdahale edilecek olması, postoperatif bakımın özelleşmiş yoğun bakım ünitelerinde ventilatöre bağlı şekilde başlaması preoperatif ve postoperatif anksiyeteyi arttırmaktadır (Cimilli 2001, Hoyer 2008, Tully and Baker 2012, Sidar ve ark. 2013). Artan anksiyete ve ajitasyonla birlikte hastanın ventilatörle uyumu bozulmaktadır. Ayrıca anksiyete yoğun bakım hastalarında miyokard oksijen tüketiminde artışa, hiperkoagülabiliteye ve immünoşüpresyona neden olmaktadır. Bu dönemde hastanın endotrakeal tüpünü, intravenöz veya intraarteriyel kanülünü çekmesi olası problemlerdendir ve vokal kort travması, aspirasyon, hipoksi, kanama gibi önemli komplikasyonlarla sonuçlanabilir. Bu tehditler hastanın sedatize ya da tespit edilmesi gereksinimini ortaya çıkarmaktadır. Hastanın tespit edilmesi; hastanın psikolojik iyileşmesini bozmakta, mobilizasyonu engellemekte, hasta ve hasta yakınlarının endişesini artırmaktadır (Uyar 2006, Barr et al. 2013, Özdelikara ve Kaya 2018). Sedasyon ise teorik olarak hasta-ventilatör uyumunu düzeltmekle birlikte hipoksi ve hiperkapni nedeniyle mental durumu bozulmuş ajite ve ventilatörle savaştan hastada sedasyon uygulanması zaten stabil olmayan klinik durumu daha da bozabilmekte, entübasyon süresini uzatabilmektedir. Mekanik ventilasyon süresinin uzamasıyla yoğun bakım ünitesinde veya hastanede kalış süresi daha da uzamakta ve bakım maliyeti artmaktadır (Barr et al. 2013). Oysa bu dönemde anksiyete ve ağrının azaltılmasıyla cerrahi girişim sonrası entübasyon süresinin 4-8 saatle güvenli olarak sınırlandırılabilceği, entübasyon süresinin kısaltılmasıyla bakım maliyetinin düşürüleceği, hastanede kalış süresinin ve iyileşme süresinin kısaltılacağı belirtilmektedir. Bu sebeplerle postoperatif dönemde anksiyete kontrolü yaşamsal

önem taşımaktadır (Gürsel ve Aydoğdu 2009, Vural ve Arslan 2014, Özdelikara ve Kaya 2018).

Cerrahi işlem öncesi bireylerin korku ve anksiyetesini gidermek için eğitim verilmesi kullanılan en yaygın yöntemdir (Yıldız 2015). Cerrahi işlem öncesi yapılan hasta eğitiminin işlem sonrası dönemde anksiyeteyi (Taşdemir ve ark. 2013, Doğu 2013), anksiyete ve ağrı düzeyini (Çetinkaya ve Karabulut 2010, Sjöling and et al. 2003), anksiyete ve depresyon oranını (Gua and et al. 2012), anksiyete ve postoperatif komplikasyonları azalttığına (Kalogianni and et al. 2015), hasta memnuniyetini artırdığına (Yılmaz 2002) yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca cerrahi işlem öncesi yeterli bilgi almayan hastalarda işlem öncesi ve sonrası emosyonel sıkıntılara rastlandığı, postoperatif komplikasyonların görülme riskinin arttığı bunun sonucunda hastanede kalma süresinin uzadığı bildirilmiştir (Szekely ve ark. 2007, Karabulut ve Çetinkaya 2011).

Ancak yapılan bazı araştırmalarda preoperatif hasta eğitiminin hastanın anksiyete düzeyini ve iyileşme sürecini etkilemediği bildirilmiştir (Asilioğlu and Celik 2004, Deyirmenjian and et al. 2006). Asilioğlu ve Celik (2004), preoperatif hasta eğitimi verilen hasta grubunun anksiyete düzeyini daha düşük bulmuşlar bununla birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmişlerdir. Bu veriler doğrultusunda eğitim tekniklerini karşılaştıran araştırmalar yapılmasını önermişlerdir. Ayrıca sistematik derleme şeklinde yapılan bir araştırmada kalp cerrahisi geçiren hastalarda preoperatif eğitimin postoperatif dönemde etkinliğine kanıt oluşturacak araştırmaların yetersiz olduğu sonucuna varılmış ve bu konuda daha fazla araştırma yapılması önerilmiştir (Guo 2014). Sistematik derleme şeklinde yapılan başka bir makalede ise, preoperatif eğitimin postoperatif dönemde ağrı, hastanede kalış süresi, anksiyete, hasta memnuniyeti, mobilizasyon üzerine pozitif etkisini kanıtlayacak yeterli araştırma bulunmadığı ve iyi tasarlanmış randomize ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Aydin ve ark. 2015).

Hasta eğitiminin postoperatif anksiyete üzerine etkinliği konusunda yapılan literatür taraması sonucunda farklı sonuçlara rastlanmıştır. Oysa eğitimin hasta sağaltımındaki yeri tartışılmazken bu sonuçların elde edilmesi daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunun bir göstergesidir.

Amaç: Bu çalışma; Açık kalp ameliyatı olacak hastalara preoperatif dönemde verilen eğitimin postoperatif dönemde anksiyete ve iyileşme sürecine etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Açık kalp ameliyatı planlanan hastalarda preoperatif dönemde verilen eğitim hastaların, postoperatif dönemde anksiyete düzeyini azaltır.

H₂: Açık kalp ameliyatı planlanan hastalarda preoperatif dönemde verilen eğitim hastaların, postoperatif dönemde ağrı düzeyini azaltır.

H₃: Açık kalp ameliyatı planlanan hastalarda preoperatif dönemde verilen eğitim hastaların, postoperatif dönemde sedatize kalış süresini azaltır.

H₄: Açık kalp ameliyatı planlanan hastalarda preoperatif dönemde verilen eğitim hastaların, postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalış süresini azaltır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu çalışma, 2014-2015 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Bölümünde tedavi gören hastalarda deneysel olarak yapıldı.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini T.C Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar cerrahisi kliniğinde 1 Ocak 2014- 30 Haziran 2015 tarihleri arasında açık kalp ameliyatı olan (N:480), örnekleme ise bu evren içinden araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme güç analizi yaparak hesaplandı. Güç analizi sonucuna göre Spielberger Durumluk -Sürekli Anksiyete Ölçeği puanını preoperatif hasta eğitimi sonunda deney grubunda kontrol grubuna göre en az 10 puan azaltmayı anlamlı bulabilmek için %90 güç ve %5 tıp I hata düzeylerinde araştırmaya en az deney grubu 30 kontrol grubu 30 olmak üzere 60 kişinin alınması gerektiği hesaplandı. Örneklem toplanırken hastaların birbirleriyle etkileşime girmelerini engellemek amacıyla deney ve kontrol grupları farklı zamanlarda oluşturuldu. İlk grubun deney mi yoksa kontrol grubumu olacağı kura ile belirlendi. Kura sonucuna göre ilk olarak deney grubunun (n:30) verileri toplandıktan sonra kontrol grubunun (n:30) verileri toplandı.

Veri toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtım Formu, İyileşme Süreci Değerlendirme Formu, Spielberger Durumluk -Sürekli Anksiyete Ölçeği, Yetişkinler İçin Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği, Ramsay Sedasyon Düzeyi Ölçeği, Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form örneklem grubundaki hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmış olup 14 sorudan oluşmaktadır. 1-9'uncu sorular sosyodemografik özellikler, 10- 14 sorular var olan sistemik hastalıklara yönelik özellikleri içermektedir.

İyileşme Süreci Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form örneklem grubundaki hastaların yoğun bakım ünitesinde kalış süresini, hastanede kalış süresini ve entübe kalış süresini, anesteziyenin kurtulma zamanını belirlemek amacıyla hazırlanmış olup 7 sorudan oluşmaktadır.

Spielberger Durumluk -Sürekli Anksiyete Ölçeği

Durumluk sürekli Anksiyete Ölçeği Amerika Birleşik Devletleri'nde Spielberg ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından dilimize uyarlanmıştır. Türkçe formunun madde güvenilirliği korelasyonları, Sürekli Anksiyete Ölçeği için 0.34 ile 0.72; Durumluk Anksiyete Ölçeği için ise; 0.42 ile 0.85 arasında bulunmuştur. Durumluk Anksiyete ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğinin betimlenmesi ve ölçeğin maddelerini okurken o anki duygularının şiddetine göre " 1 (Hiç)", "2 (Biraz)", "3 (Oldukça)", "4 (Tamamen)" gibi seçeneklerden birini işaretlemesi gerektirir (Yiğit ve ark., 2011).

Sürekli Anksiyete ölçeği ise, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini, duygularının sıklık dercesine göre "1(Hiçbir zaman), "2 (Bazen)", "3 (Çoğu zaman)", 4 (Her zaman)" bu seçeneklerden birisini işaretlemesini gerektirir. Her bir ölçek 20 madde olup ölçeğin tamamı 40 maddeden oluşmaktadır.

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek anksiyete seviyesini, küçük puan düşük anksiyete seviyesini ifade eder. Uygulamalarda 36 puan altı düşük düzey anksiyete, 36-41 puan orta düzey anksiyete, 41 puan ve üstü yüksek düzey anksiyete olarak kabul edilir (Karayurt 1998)

Yetişkinler İçin Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği

Yetişkinler için sözel olmayan ağrı ölçeği beş bölümden oluşmaktadır. Bölümlerin her biri 0–2 puan arasında değerlendirilmekte olup toplam puan 0–10 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde; 0–2 puan ağrı yok, 3–6 puan hafif ağrı ve 7–10 puan şiddetli ağrıyı göstermektedir. Hastanın konforunu en üst düzeyde tutmak için, girişimlerden önce ve sonra dört saatte bir ağrı değerlendirilmesi için kullanılması önerilmektedir (Karayurt ve Akyol 2008). Ölçeğin, psikometrik testleri yapılmış olup, Cronbach Alfa katsayısı 0.82 olarak iyi düzeyde bulunmuştur (Klain 2010, Demir 2012).

Ramsay Sedasyon Düzeyi Ölçeği

Ramsay Sedasyon Düzeyi Ölçeği 1974'te hastanın sedasyon ve bilinç düzeyini değerlendirmek için geliştirilmiştir (Ramsay 1974). Günümüzde yoğun bakımlarda en sık kullanılan, değerlendirilmesi kolay bir puanlama sistemidir (Sılay ve Akyol 2017). Ölçek sedasyon düzeyini 1'den 6'ya kadar puanlayarak tanımlamaktadır. Puanın artması sedasyon düzeyinin arttığını göstermektedir. İlk 3 cevap uyanık hastada, diğer 3 cevap ise uyuyan hastada glabellaya vuru ya da yüksek sözel uyarı ile değerlendirilir. Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışmasını yapılmış Cronbach Alfa Değeri 0.71-0.93 arasında bulunmuştur (Vatansever ve Aslan 2005).

Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği

Yoğun bakım hastalarında sedasyon ve ajitasyon düzeyini değerlendirmek için Devlin ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği (MADÖ), mekanik ventilasyondaki hastanın aşırı doz sedasyon alma riskini azaltarak, sedasyon ajanının uygun dozda verilmesini, uzun süreli sedasyon alanlarda mekanik ventilasyonda kalma süresi ve yoğun bakımda kalma

süresinin azaltılmasını sağlamaktadır. MADÖ'nin Cronbach Alpha değeri 0.83 olarak bulunmuştur.

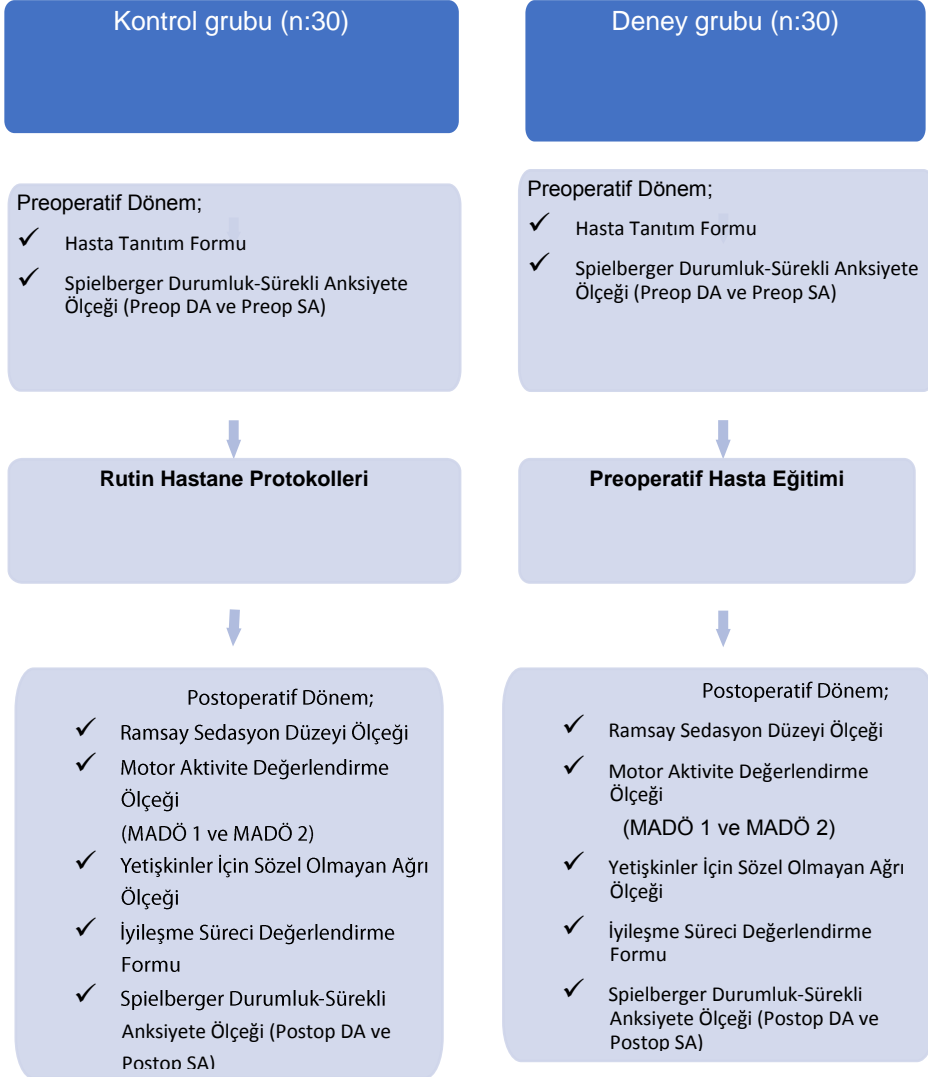
MADÖ, 0 ile 6 puan arasında değerlendirilir. Sıfır puan, hastanın ileri derecede, 1-2 puan hafif derecede sedasyonda olduğunu, 3-sakin ve huzurlu, 4-6 puan ise hastanın huzursuz ve ajite olduğunu göstermektedir. Puan arttıkça huzursuzluk ve ajitasyonun derecesi artmaktadır. Ağrılı uyaran orbital, sternal veya tırnak diplerine uygulanmalıdır (Sılay ve Akyol, 2017; Karayurt ve Akyol 2008).

Veri Toplama Yöntemi

Araştırmaya alınan hastalar deney grubu ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrıldı. Deney grubunda ki hastalar en geç operasyondan 12 saat önce araştırmacı (kalp damar cerrahisi yoğun bakımında çalışan uzman hemşire) tarafından ziyaret edildi. Powerpoint şeklinde hazırlanan ve fotoğraflarla desteklenen postoperatif hasta eğitimi aynı araştırmacı tarafından tüm hastalara birebir eğitim şeklinde sunuldu. Eğitim, 20 dk sunum 20 dk ara 20 dk sunum şeklinde olmak üzere toplan 60 dk da tamamlandı. Hastanın yakınlarından bir kişi de eğitime dahil edildi. Hasta eğitimi; ameliyat günü hastanın hazırlanması, sedasyon, entübasyon, üriner ve santral kateter takılması, yoğun bakım ünitesi, ekstübasyon, hasta monitörizasyonu, serviste yaşam, solunum egzersizleri, öksürme egzersizleri ve triflow kullanımı konularını içermektedir. Eğitim literatür taranarak, kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesi işleyiş protokolleri, kalp damar cerrahisi servisi işleyiş protokolleri ve ameliyathane işleyiş protokolleri kaynak alınarak hazırlandı.

Hastaların durumluk (DA) süreklilik (SA) anksiyete düzeyleri ameliyattan en geç 12 saat öncesinde bir kez (Preop DA ve preop SA), ekstübasyon sonrası ilk 24 saat içerisinde bir kez (postop DA ve postop SA) olmak üzere iki kez ölçüldü. Ameliyat sonrası dönemde sedasyon ve bilinç düzey puanı 4 ve 4'ten düşük bulunana kadar saat başı ölçüldü. Ajitasyon düzeyi ise sedasyon ve bilinç düzeyi puanı 4 ve 4 ten düşük bulunduğu bir kez (MADÖ 1) ve ekstübasyondan hemen önce bir kez (MADÖ 2) olmak üzere iki kez ölçüldü. Ağrı düzeyleri hasta ekstübe olana dek ilk 24 saatte dört saatte bir değerlendirildi.

Araştırma Planı



Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

18-65 yaş arasında olan açık kalp cerrahisi planlanan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Sigarayı ya da alkölü son 1 ay içinde bırakmış olan hastalar, yeni kayıp (boşanma, aile bireylerinden birinin ölümü vb.) yaşamış hastalar, preoperatif dönemi yoğun

bakım ünitesinde geçen hastalar, aktif enfeksiyonu olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Araştırmanın İstatistiksel Analizi

Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanıldı. İki grup arasından kategorik değişkenler için Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında paired sample-t testi ve independent sample-t testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirildi.

Araştırmanın Etik Boyut

Araştırmaya alınacak hastalar araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı. Araştırmada uygulanacak ölççeklerin kullanılması için gerekli izinler, araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul ve kurum izni alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören hastalardan seçilen örneklemle sınırlıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (n:30)		Deney Grubu (n:30)		Tüm Örneklem (N:60)		P değeri Excat sig. (2-sided)
		Ort. Mean	ss	Ort. Mean	ss	Ort. Mean	ss	
Yaş		59.73	6.96	61.46	8.47	60.61	7.69	0.539
Kilo (kg)		80.80	14.04	78.13	18.2	79.6	16.12	0.656
		n	%	n	%	N	%	P değeri Excat sig. (2-sided)
Cinsiyet	Kadın	4	13.3	4	13.3	8	13.3	1.000
	Erkek	26	86.7	26	86.7	52	86.7	
Eğitim Durumu	İlkokul	16	53.3	20	66.7	36	60.0	0.748
	Ortaokul	6	20.0	2	6.7	8	13.3	
	Lise	6	20.0	6	20.0	12	20.0	
	Üniversite	2	6.7	2	6.7	4	6.7	
Sigara Kullanma Durumu	Kullanmıyor	12	40.0	12	40.0	24	40.0	0.819
	Bırakmış (1yıl)	14	46.7	16	53.3	30	50.0	
	Kullanıyor	4	13.3	2	6.7	6	10.0	
Alkol Kullanma Durumu	Yok	30	100	28	93.3	58	96.7	0.500
	Var	0	0	2	6.7	2	3.3	

Görme Problemi	Yok	24	80.0	26	86.7	50	83.3	0.500
	Var	6	20.0	4	13.3	10	16.7	
Sistemik Hastalık	Yok	6	20.0	2	6.7	8	13.3	0.299
	Var	24	80	28	93.3	52	86.7	
Geçirilmiş Cerrahi İşlem	Yok	18	60.0	12	40.0	30	50.0	0.233
	Var	12	40.0	18	60.0	30	50.0	

Araştırmaya katılan hastaların %86,7'si erkektir. Tüm hastaların yaş ortalamaları $60.61 \pm 7,69$, vücut ağırlığı ortalamaları ise $79,6 \pm 16,12$ 'dir. Bireylerin %100'ü evlidir. Eğitim durumu incelendiğinde %60'ı ilkokul, %13,3'ü ortaokul, %20'si lise ve %6,7'ü üniversite mezunudur. Hastaların %10'u sigara kullanmakta, %50'si son bir yıldır sigara kullanmamaktadır. Hastaların %40'ı hiç sigara kullanmamıştır. Alkol kullanma durumu incelendiğinde ise hastaların %96,7'si alkol kullanmamaktadır. Hiçbir bireyde işitme problemi yok iken, %16,7'inde hafif görme problemi (miyop ya da hipermetrop) mevcuttur. Hastaların %86,7'sinin ek bir sistemik hastalığı mevcuttur. Hastalar planlanan cerrahi işlem açısından değerlendirildiğinde %73,3'ü koroner arter bypass grefti (KABG), %3,3'ü aort valv replasman (AVR), %16,6'ü mitral valv replasmanı (MVR), %3,3'ü endovasküler aort replasmanı (EVAR), %3,3'ü aort kökü ve aort replasmanı (BENTAL)'dir.

Gruplar tanıtıcı özelliklere göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo. 1). Bu durum deney ve kontrol grubunun benzer özelliklerde olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Gruplar Arası İyileşme Sürecinin Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (n:30)		Deney Grubu (n:30)		P değeri Sig.(2-tailed)
	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	
YBÜ Kalış Süresi/ Saat	33.80	16.05	35.20	18.37	0.826
Hastanede Kalış Süresi /Gün	6.06	2.81	7.26	3.55	0.314
Ramsay Sedasyon Puanı	3.66	0.89	3.73	0.79	0.832
Entübe Kalış Süresi /saat	11.26	6.32	9.46	4.64	0.382

Yoğun bakım ünitesinde kalış süresi, hastanede kalış süresi, ramsay sedasyon puanı, entübe kalış süresi açısından iki grup karşılaştırıldığında deney grubunun hastanede kalış süresi, YBÜ'de kalış süresi Ramsay sedasyon puanı daha yüksek bulundu entübe kalış süresi ise kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo.2). Preoperatif eğitimin iyileşme sürecinde etkisiz kaldığı sonucuna varıldı.

Yılmaz (2002), genel cerrahi, üroloji ve kadın doğum kliniklerinde yatan ve batın cerrahisi planlanan hastalarda yaptığı çalışmasında, preoperatif dönemde yazılı

öğrenim kılavuzu verilerek ve sonrasında öğrenim toplantıları yapılarak planlı şekilde yapılan eğitimin iyileşme sürecini etkilemediğini bildirmiştir ($p>0.05$). Kaloğianni ve ark. (2015), elektif kalp cerrahisi planlanan hastalarda preoperatif eğitimin postoperatif anksiyete ve derlenme üzerine etkilerini inceledikleri araştırmada preoperatif eğitimin, hastaların iyileşme sürecine ve hastanede kalış süresine etkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Aynı şekilde Guo ve ark. (2012), kalp cerrahisi planlanan hastalarda eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında, sözel eğitim sonrası eğitim kitapçığı vererek eğitimin etkinliğini incelemişlerdir. Preoperatif eğitimin iyileşme sürecini ve hastanede kalış süresini etkilemediğini bildirmişlerdir. Deyirmenjian ve ark. (2006), açık kalp cerrahisi planlanan hastalarda preoperatif eğitimin postoperatif derlenme ve anksiyete üzerine etkisini belirlemek üzere yaptıkları çalışmalarında preoperatif hasta eğitiminin; entübe kalış süresini, hastanede kalış süresini, sedasyon ihtiyacını azaltmadığı sonucuna varmışlardır. Bu araştırmalar iyileşme süreci ve hastanede kalış süresine preoperatif eğitimin etkisiz kalması açısından mevcut araştırmayı destekler niteliktedir.

Yılmaz ve Aydın (2013) ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; cinsiyet, yaş ve anksiyete düzeyinin iyileşme sürecini etkilediğini bildirmişlerdir. Preoperatif eğitimin anksiyete dışında iyileşme sürecini etkileyen diğer yaş, cinsiyet gibi faktörlere etkisi yoktur. Bu sebeplerden dolayı preoperatif eğitimin iyileşme sürecini hızlandırmada etkisiz olduğu düşünüldü.

Tablo 3. Grup İçi Motor Aktivite Puanlarının Karşılaştırılması

Kontrol Grubu (n:30)	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	Standart Hata	P Değeri Sig.(2-tailed)
MADÖ (1)	3.0000	0.92582	0.23905	0.425
MADÖ (2)	3.2000	0.94112	0.24300	
Deney Grubu (n:30)	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	Standart Hata	P Değeri Sig.(2-tailed)
MADÖ (1)	2.4667	0.74322	0.19190	0.053
MADÖ (2)	3.3333	0.81650	0.21082	

Gruplar kendi içlerinde MADÖ (1) ve MADÖ (2) puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($P>0,05$) (Tablo 3). Her iki gruptaki hastaların MADÖ (1) puanları sakinlik derecesinde buldu.

Tablo 4. Gruplar Arası Motor Aktivite Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (n:30)		Deney Grubu (n:30)		P değeri Sig.(2-tailed)
	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	
MADÖ (1)	3.00	0.92	2.46	0.74	0.093
MADÖ (2)	3.20	0.94	3.33	0.81	0.682

Gruplar arası MADÖ puanları, karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p < 0,05$) (Tablo. 4). Her iki grupta da MADÖ (2) puanları sakinlik derecesinde ölçüldü. Uyanık hastada uzayan entübasyon süresinin hastaların ajitasyon düzeyini, enfeksiyon oranını ve komplikasyon riskini artırdığı bildirilmiştir (Rose and Nelson 2006). Mevcut araştırmada tüm hastaların sedasyon düzeyleri ramsay sedasyon ölçeği ile her saat başı ölçülerek bilinç ve uyanıklık durumu değerlendirildi. Tüm hastalar sedasyondan kurtulup entübasyona uygun hale geldiklerinde bekletilmeden extübe edildi. Bu nedenle her iki grupta ajitasyonun engellendiği düşünüldü.

Tablo 5. Gruplar Arası Ağrı Durumunun Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (n:30)		Deney Grubu (n:30)		Tüm Örneklem (N:60)		
		n	%	n	%	N	%	P değeri Excat sig. (2-sided)
Ağrı Derecesi	Yok	16	53.3	14	46.7	30	50.0	0.875
	Hafif Ağrı	10	33.3	10	33.3	20	33.3	
	Şiddetli Ağrı	4	13.3	6	20.0	10	16.7	
Analjezik İhtiyacı	Yok	22	73.3	12	40.0	34	56.7	0.139
	Var	8	26.7	18	60.0	26	43.3	

Ağrı derecesi, analjezik ihtiyacı açısından gruplar karşılaştırıldığında kontrol grubundaki hastalarda ağrı derecesinin ve analjezik ihtiyacının daha düşük olduğu saptandı. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo. 5). Preoperatif eğitimin postoperatif ağrı kontrolünde etkisiz kaldığı sonucuna varıldı.

Karabulut ve Çetinkaya (2011), inguinal herni operasyonu olacak hastalarda farklı yöntemler (eğitim kitapçığı ve CD izletmek) verilen eğitimin operasyon sonrası ağrı düzeyini azalttığı ($p < 0,001$) sonucuna varmışlardır. Walker (2007), preoperatif eğitimin ağrı üzerine etkisini incelemek üzere yaptığı çalışmasında, preoperatif bilgilendirmenin postoperatif ağrı üzerine olan etkisi açısından çelişkili sonuçlar bulunduğunu bildirmiştir.

Kişinin ağrı algısı; psikolojik durum, sosyokültürel farklılıklar (Koçoğlu ve Özdemir 2011) , dini inaçlar, yorgunluk, fiziki ortam gibi pek çok faktörden etkilendiği bildirilmiştir (Çöçelli ve ark. 2008). Özellikle ağrının şiddetini ve ağrı algısını etkileyen faktörlerin tek seanslık eğitimlerle değiştirilemeyeceğinden ötürü, preoperatif hasta eğitiminin postoperatif dönemde, ağrı kontrolünde etkisiz kaldığı düşünüldü.

Tablo 6. Grup İçi Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Kontrol Grubu (n:30)	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	Standart Hata	P Değeri Sig.(2-tailed)
Preop DA	41.9333	6.40833	41.9333	0.461
Postop DA	44.0000	5.85540	1.51186	
Preop SA	45.2667	7.17602	1.85284	0.220
Postop SA	50.9333	8.90800	50.9333	
Deney Grubu (n:30)	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	Standart Hata	P Değeri Sig.(2-tailed)
Preop DA	45.3333	5.69043	1.46926	0.905
Postop DA	45.0667	8.82745	2.27924	
Preop SA	47.3333	5.99603	1.54817	0.225
Postop SA	50.0333	8.94959	2.31078	

Kontrol grubunun kendi içinde, preop DA ile postop DA, preop SA ile postop SA puan ortalamaları karşılaştırıldığında preop DA 41,93, postop DA 44,00 ve preop SA 45,26, postop SA 50,93 olarak bulundu. Postoperatif dönemde DA yaklaşık 2 puan, SA yaklaşık 6 puan artışı tespit edildi. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)

Deney grubunda preop DA ile postop DA, preop SA ile postop SA puanları ortalamaları karşılaştırıldığında Preop DA 45,33, Postop DA 45,06 Preop SA 47,33 iken Postop SA 50,03 olarak bulundu. Postoperatif dönemde DA yaklaşık 0,3 puan azaldığı ve SA ise yaklaşık 3 puan artışı tespit edildi ancak istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo.6).

Grupların anksiyete düzeylerinin preoperatif ve postoperatif dönemlerde benzer olduğu sonucuna varıldı.

Tablo 7. Gruplar Arası Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (n:30)		Deney Grubu (n:30)		P değeri Sig.(2-tailed)
	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	Ortalama (Mean)	Standart Sapma	
DA ve SA Ölçüldüğünde Cerrahi İşleme Kalan Süre /saat (en geç ameliyattan 12 saat önce)	15,53	5,97	15,33	3,35	0,911

DA ve SA Ölçüldüğünde Cerrahi İşlem Sonrası Geçen süre/saat (en erken ekstübasyondan 12 saat sonra)	26,12	8,20	26,10	9,12	0,812
Preop DA	41,93	6,40	45,33	5,69	0,136
Preop SA	45,26	7,17	47,33	5,99	0,399
Postop DA	44,00	5,85	45,06	8,82	0,699
Postop SA	50,93	8,90	50,03	8,94	0,855

Gruplar, DA ve SA ölçüldüğünde cerrahi işleme kalan süre/ cerrahi işlem sonrası geçen süre açısından karşılaştırıldığında fark bulunmadı. Bu durum her iki grubunda anksiyete düzeylerinin benzer zamanlarda ölçüldüğünün göstergesidir.

Gruplar preop/postop SA ve preop/postop DA açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda preop DA puanı ortalama 41,93, deney grubunda preop DA puanı ortalama 45,33 olarak ölçüldü ve deney grubunun preop DA ortalaması 3,4 puan daha yüksek bulundu. Postop DA puanı kontrol grubunda ortalama 44,00 iken deney grubunda ise 45, 06 ölçüldü. İki grup aradaki puan farkının 1,06' ya düştüğü tespit edildi. Kontrol grubunun preop SA puan ortalaması 45,26 deney grubunun preop SA ortalaması 47,33 ölçüldü ve deney grubunun preop SA 2,07 puan daha yüksek bulundu. Postop SA puanı kontrol grubunda ortalama 50,93, deney grubunda ortalama 50,03 olarak bulundu. Kontrol grubunun SA puan ortalaması preoperatif dönemde deney grubundan 2,07 puan daha düşük iken postoperatif dönemde deney grubundan 0.9 puan daha yüksek ölçüldü. Ancak istatistiksel analizlerde anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo.7). Deney grubunun preoperatif anksiyete puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen; deney grubunun postop DA puan ortalamasında düşme tespit edilirken kontrol grubunun Postop DA puan ortalamalarında ise artış tespit edildi. Ayrıca deney grubunun SA puan ortalaması preoperatif dönemde kontrol grubundan daha yüksek iken postoperatif dönemde kontrol grubundan daha düşük hale geldiği tespit edildi. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı için eğitimin preoperatif anksiyeteyi azaltmada etkisiz kaldığı sonucuna varıldı.

Asilioğlu ve Çelik (2004), açık kalp cerrahisi planlanan 100 hastada preoperatif eğitimin postoperatif anksiyete üzerine etkisini incelemek üzere yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, preoperatif eğitimin deney grubundaki hastaların anksiyete seviyesini düşürdüğünü ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığını ve farklı eğitim tekniklerini karşılaştıran araştırmalar yapılmasını önermişlerdir. Diez-Alvarez ve ark. (2012), cerrahi işlem öncesi yapılan hasta eğitiminin postoperatif anksiyete üzerine etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmalarında, deney grubunun anksiyete düzeyini düşük bulmuşlar ancak istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığını bildirmişlerdir. Deyirmenjian ve ark. (2006), preoperatif hasta eğitiminin postoperatif anksiyeteyi azaltmadığı sonucuna varmışlardır. Bu araştırmalar

preoperatif eğitimin postoperatif anksiyeteyi etkilememesi açısından mevcut araştırmayı destekler niteliktedir.

Taşdemir ve Ark. (2013), kulak burun boğaz ameliyatı planlanan hastalara girişim ve genel anestezi ile ilgili sözel bilgiler vererek yaptıkları çalışmalarında, preoperatif bilgilendirmenin postoperatif anksiyete düzeyini azalttığını bildirmişlerdir. Karabulut ve Çetinkaya (2011), araştırmalarında preoperatif hasta eğitiminin hastaların anksiyete düzeyini azalttığı ($p < 0,001$) sonucuna varmışlardır. Kalogianni ve ark. (2015), araştırmalarında preoperatif eğitimin hasta anksiyetesini azalttığını belirtmişlerdir. Aynı şekilde Guo ve ark. (2012), çalışmalarında preoperatif eğitimin anksiyete düzeyini ve depresyon oranını azalttığı bildirmişlerdir. Bu araştırmayla mevcut araştırma benzerlik göstermemektedir.

Preoperatif eğitimin postoperatif anksiyeteyi düşürmedeki etkisi konusunda farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni olarak mevcut araştırma açık kalp cerrahisi planlanan hastalarda yapılması olarak düşünüldü. Çünkü yapılacak cerrahi işleme göre yaşanan anksiyete düzeyi de değişmektedir. Açık kalp cerrahisi planlanan hastalarda diğer cerrahilere göre daha fazla anksiyete yaşamaktadırlar (Hoyer 2008, Tully and Baker 2012, Sidar ve ark. 2013). Mevcut araştırmada tüm hastaların anksiyete düzeyi yüksek bulundu. Yüksek düzey anksiyete hastanın verilen bilgileri algılamasını ve anlamasını engellemiş olabileceği bu nedenle de eğitimin etkinliğinin istendik düzeye ulaşmadığı düşünüldü.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda derlenme sürecinde entübe kalış süresi deney grubunda daha kısa, durumluk anksiyete puanı postoperatif dönemde kontrol grubunda yükselirken deney grubunda azalmış, sürekli anksiyete puanı postoperatif dönemde kontrol grubunda preoperatif döneme göre daha çok yükselirken deney grubunda daha az yükselmiş olmasına karşın istatistik değerlendirmede anlamlı fark bulunmadı. Bu bulgular doğrultusunda açık kalp cerrahisi planlanan hastalarda preoperatif dönemde yapılan eğitimin yüksek düzey anksiyete nedeniyle hastaların, postoperatif dönemde ajitasyon düzeyi, anksiyete düzeyini, ağrı düzeyini, yoğun bakım ünitesi ve hastanede kalış süresini üzerine istendik sonuca ulaşmada etkisiz kaldığı sonucuna varıldı.

Preoperatif eğitim, hasta anksiyete seviyesinin yüksek olması ve yüksek anksiyete seviyesinin öğrenmeyi etkilemesi nedeniyle hastanın anksiyetesini azaltmak, erken derlenmesini sağlamak ve iyileşme sürecini hızlandırmak açısından istendik etkiyi gösteremeye bilmektedir. Bu konuda önerilerimiz;

- Preoperatif hasta eğitiminin elektif vakalar için hastaya ameliyat kararı verildiğinde (uygunsa poliklinik ya da preoperatif hasta eğitimi için ayrılmış özel birimler kurularak) sağlanması,
- Ameliyat için hastaneye yattıklarında ise eğitimin kısaca tekrarlanması,
- Direk ameliyat için yatışlarda ise yine hastanın ihtiyaçları sorgulanarak ve hastanın anlayabileceği en basit şekilde eğitim verilmesi
- Daha büyük bir örneklem grubuyla çalışmanın tekrarlanması
- Farklı eğitim yöntemlerinin etkinlik açısından karşılaştırılmasıdır.

KAYNAKÇA

- Asiloglu K, Celik SS. The Effect Of Preoperative Education On Anxiety of Open Cardiac Surger Patients. Patient Education and Counseling 2004; 53: 65–70.
- Aydin D, Klit J, Jacobsen S & et al. No Major Effects of Preoperative Education in Patients Undergoing Hip or Knee Replacement A Systematic Review. Danish Medical Journal 2015; 62 (7):1-5.
- Cimilli C . Cerrahi Anksiyete. Klinik Psikiyatri Dergisi 2001; 4:182-186
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K& et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit 2013; 41(1):263-306.
- Budak E. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyete Ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: T.C Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015. 55-75.
- Çetinkaya F, Karabulut N. Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalarda Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13(2): 20-26.
- Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14:53-58.
- Demir Y. Yoğun bakım ünitesinde ağrı deneyimi ve ağrının değerlendirilmesi: literatür incelemesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012; 2(1): 24-30.
- Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative Education for Open-Heart Patients: A source of Anxiety? Patient Education and Counseling 2006; 62:111–117.
- Diez-Alvarez E, Arrospeide A, Mar J & et al. Effectiveness of Pre-Operative Education in Reducing Anxiety in Surgical Patients. Enfermeria Clinica Journal 2012; 22(1):18-26.
- Dolgun E, Dönmez YC. Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(3): 11-15.
- Dönmez YC, Özbayır T (2008). Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (Good Perioperative of Nursing Care Scale)'nın Türk Hemşire ve Hastaları İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 24(2): 1-25.
- Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hemşireliği (perioperatif hemşirelik). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. 4. Baskı, Ankara: Aydoğdu Ofset, 2001. 97-137.
- Fındık ÜY, Topçu SY. Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012; 22-33.
- Guo P, East L, Arthur A. Apreoperative Education Intervention to Reduce Anxiety and Improve Recovery Among Chinese Cardiac Patients: A Randomized Controlled Trail. İnternational Journal of Nursing Studies 2012; 49: 129-137.
- Guo P. Preoperative Education Interventions to Reduce Anxiety and İmprove Recovery Among Cardiac Surgery Pations: Areview of Randomised Controlled Trails. Journal of Clinical Nursing 2014; 24: 34–46.
- Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş ve ark. Preoperatif Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. Journal of PeriAnesthesia Nursing 2016;31(6):495-503.
- Gürsel G, Aydoğdu M. Hasta Ventilatör Uyumu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2009; 57(4): 453-465.
- Hoyer J, Eifert GH, Einsle F. Heart focused anxiety before and after cardiac surgery. Journal of Psychosomatic Research 2008; 64: 291–297.

- Karabulut N, Çetinkaya F. The Impact on the Level of Anxiety and Pain of the Training Before Operation Given to Adult Patients. *Surgical Science* 2011; 2: 303-311.
- Kalogianni A, Almpanip, Vastardis L & et al Can Nurse-Led Preoperative Education Reduce Anxiety and Postoperative Complications of Patients Undergoing Cardiac Surgery? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2015; 15(6): 447 –458.
- Karayurt Ö. Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1998; 2 (1): 20-26.
- Karayurt Ö, Akyol Ö. Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Değerlendirmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(4): 96-104.
- Koçoğlu D, Özdemir L. Yetişkin Nüfusta Ağrı Ve Ağrı İnançlarının Sosyo-Demografik Ekonomik Özelliklerle İlişkisi. *Ağrı* 2011;23(2):64-70.
- Özbayır T, Demir F. Hastaların Perioperatif Döneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 6(1): 14-23.
- Özdelikara A, Kaya E. Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakımında Bir Yol Haritası. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2018;22(1):37-43.
- Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR & et al. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *BMJ* 1974;2:656-9.
- Szekely A, Balog P, Benkö E & et al Anxiety Predicts Mortality And Morbidity After Coronary Artery And Valve Surgery 4-Year Follow-Up Study. *Psychosom Med* 2007; 69(7): 625–631.
- Rose L, Nelson S. Issues in weaning from mechanical ventilation: literature review. *J Adv Nurs* 2006;54:73-85.
- Sılay F, Akyol A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sedasyon Kontrolünde Hemşirenin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2017; 21(1): 28-35.
- Tully PJ, Baker RA. Depression, Anxiety, and Cardiac Morbidity Outcomes After Coronary Artery Bypass Surgery: a Contemporary and Practical Review. *Journal of Geriatric Cardiology* 2012; 9: 197–208.
- Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN ve ark. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Türk J Anaesth Reanim* 2013; 41: 44-49.
- Uyar M. Mekanik Ventilasyonda Sedasyon. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2006; 4(1): 65-70. Vermişli S, Çukurova İ, Baydur ve ark. Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için Yatan Hastaların Ameliyat Öncesi Hasta Öğrenim Gereksinimi Ve Kaygı Arasındaki ilişki. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2016; 26(2):79-91.
- Vatansever HE, Aslan FE (2005). *Yoğun Bakım Hastalarında Ağrının Sedasyon Düzeyine Etkisi*. Badır A, editör. *Yoğun bakım hemşireleri derneği, 11.Ulusal Kongre Kitabı*. 2005.
- Vural F, Aslan FE. Koroner Arter Bypass Greft Uygulamasında Düşleme ve Müziğin İyileşme Sürecine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri dergisi* 2014; 6(1): 26-37.
- Walker J. What is The Effect Of Preoperative Information on Patient Satisfaction? *British Journal of Nursing*, 2007; 16 (1): 27-32.
- Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi Girişim Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi-Sonrası Anksiyetenin Derlenme Kalitesine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2013; 8(23): 80-95.

- Yılmaz M. Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2002; 4(1): 40-51.
- Yıldız T. Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. MÜSBED 2015;5(2):129-133.
- Yiğit R, Dilmaç B, Deniz ME ve ark. Sürücülerin Sürekli ve Durumluk Kaygılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi 2011; 2 (4):37-44.

HEMŞİRELERİN KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMA

AN OBSERVATIONAL STUDY ON BLOOD GLUCOSE LEVEL MEASUREMENT METHODS
IMPLEMENTED BY NURSES

Arş. Gör. Eda ERGİN* **Prof.Dr. Ayten ZAYBAK****

*Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

**E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 06.09.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 04.12.2018

ÖZ

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin kan şekeri ölçümünü sırasındaki uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmış gözlemsel bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Aralık 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örnekleminin bir üniversite hastanesinin dahiliye ve cerrahi klinikleri ile yoğun bakım kliniklerinde çalışan ve kan şekeri ölçümü sırasında gözlemlenebilen 60 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında gözlem sırasında kullanılmak amacıyla her kan şekeri ölçümüne ilişkin literatür doğrultusunda hazırlanmış kan şekeri ölçümü uygulama basamaklarını içeren "Gözlem Formu" ve Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren hemşirenin yaşı, cinsiyeti, çalıştığı klinik, meslekte çalışma deneyimi, eğitim durumunu sorularından oluşan "Birey Tanıtım Formu" uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21,0 programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler dağılımlar kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin kan şekeri ölçümü basamaklarını doğru şekilde yerine getirme durumları incelendiğinde; hemşirelerin %90'nın hastanın işlem öncesi ellerinin yıkamasını sorgulamadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %60'ı hastanın parmağını alkollü pamukla temizlemezken, alkollü pamukla temizleyenlerin %21,7'sinin alkolün kurumasını beklemeden kuru pamukla sildiği belirlenmiştir. Hastanın delinecek parmağını aşağı doğru

sıkıştırmayı hemşirelerin %45'i uygulamamıştır. Hemşirelerin %100'ü tek kullanımlık delici kullanmış, ilk çıkan kanı kuru pamukla silip, ikinci çıkan kanı stribe okutmuş, işlem sonunda kuru pamukla parmağı kapatmış ve malzemeleri uygun şekilde kaldırmıştır.

Sonuç: Araştırmada hemşirelerin, kan şekeri ölçümü uygulamasına ilişkin asepsi ilkelerini içeren işlem basamaklarındaki becerileri istenilen düzeyde gerçekleştiremedikleri sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelime: Kan şekeri, Hemşirelik, Gözlemsel Çalışma

ABSTRACT

Objective: *This study was planned as an observational study to determine nurses' practices to measure blood glucose levels.*

Materials and Methods: *The study was conducted between December 2016 and June 2017 in a university hospital. The study sample comprised 60 nurses who worked in the internal diseases and surgical clinics, and intensive care units of a university hospital and were observed how they measured blood glucose levels. To collect the study data 2 tools were used: One of them is the "Observation Form" developed in line with the literature. It includes the steps in the measurement of blood glucose levels. The other tool is the "Personal Information Form" which consists of items questioning nurses' sociodemographic characteristics such as age, gender, clinic they work in, clinical working experience, and education situation. The data obtained from the study were analyzed in the SPSS 21.0 program. The data were analysed using the number-percent distributions.*

Results: *Monitoring the nurses whether they performed blood glucose level measurement steps appropriately demonstrated that 90% of them did not ask patients whether they washed their hands before the procedure. While 60% of the nurses participating in the study did not clean the patient's fingers with alcohol-soaked cotton wool, of the nurses who did it, 21.7% wiped the finger with dry cotton wool without waiting for the alcohol to dry, 45% did not press down the finger to be pricked, 100% used a single-use lancet, cleaned the first blood drop with dry cotton wool, put the next blood drop on a test strip, loaded the test strip into the blood glucose meter, placed a piece of dry cotton wool on the pricked finger and put away the materials they used appropriately.*

Conclusion: *In the study, it was concluded that the participating nurses did not perform the asepsis principles required for the blood glucose level measurement. It is recommended that in clinics, standard procedures to measure blood glucose levels should be developed and that documents containing the steps of the procedure should be prepared.*

Key words: *Blood glucose, Nursing, Observational Study*

GİRİŞ

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bozukluklar nedeniyle vücudun karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince faydalanamadığı (TEMĐ 2016); sürekli tıbbi bakım gerektiren, karmaşık, kronik, metabolik bir hastalıktır (ADA 2016). Diyabet yönetimi ve tedavisinde kan şekerinin izlenmesi önemli bir bileşen (Li ve ark. 2014) olup hastaların kan şekeri düzeyleri hakkında bilgi verir ve tedavinin yönetiminde belirleyici faktördür (Mbanya ve ark 2017). Kan şekeri düzeyi takipleri hastane

laboratuvarlarında takip edilebilmekle birlikte bu işlem fazla zaman alıcı, pahalı bir yöntemdir (Karon ve ark 2017) ve işlemin uzun sürmesi tedavide aksamalara yol açabilmektedir (Bektaş 2015, Aştı ve Karadağ 2013, Ay, 2007). Bu nedenle glukometre ile yatak başında yapılan kan şekeri ölçümleri sıklıkla tercih edilen ve kullanılan bir yöntem haline gelmiştir (Bektaş 2015, Aştı ve Karadağ 2013, Ay, 2007). Glukometre ile ölçümde kan örneği sıklıkla parmak ucundan alınır ve bu kan örneği arteriöl, venöl ve kapillerin bir karışımı olup, interstisiyel ve intrasellüler sıvıları da içerir (Bektaş 2015, Aştı ve Karadağ 2013, Akça Ay 2007). Glukometre ile kan şekerinin izlenmesi; birkaç dakika içinde hızlı performansı, uygulama için hazırlık gerektirmemesi, hasta için risk olmaması ve bireyler için kabul edilebilir maliyet etkinliğinin olması gibi özelliklere sahiptir (Nayeri ve ark. 2014). Bu yüzden klinik ortamda hemşireler arasında ve ev ortamındaki hastalarda kapiller kan kullanarak kan şekeri ölçümü çok yaygındır (Palese ve ark 2016).

Klinikte çalışan hemşireler için kan şekerini doğru, zamanında ve güvenli bir şekilde ölçmek çok önemlidir (Fruhstorfer ve Quarder 2009). Ülkemizde lisans eğitiminde hemşirelik öğrencilerine kan şekeri ölçümü sırasında kapiller kan örneğinin alınmasında ellerin temiz olması, parmak ucunun %70 alkolle temizlendikten sonra lansetle 2-3mm derinlikte olacak biçimde delindikten sonra gelen ilk kan damlasının kuru gazlı bezle silinmesi gerektiği ve ikinci kan damlasının ölçüm için kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Bektaş 2015, Aştı ve Karadağ 2013, Akça Ay 2007, Dikmen ve Akın Korhan 2016). Fakat test için birinci veya ikinci kan damlasının kullanılması prosedürleri bakımından birçok farklılık vardır (Palese ve ark 2016). İlk kan damlasının kullanılmama nedeni ise doku faktörü gibi pıhtılaşma elemanları içermesi olarak belirtilmektedir (Bektaş 2015, Aştı ve Karadağ 2013, Akça Ay 2007). Ayrıca, örnek alınırken topuk ya da parmak ucunun aşırı sıkılması, alınan kan örneğinin doku sıvısı ile karışmasına neden olmakta ve bu durumda hatalı düşük sonuçlar ile karşılaşılmasına neden olmaktadır (Bozdemir 2006). Amerikan Diyabet Derneği (ADA), kan şekeri ölçümü sırasında ellerin yıkandıktan sonra ilk kanın cihaza okutulmasını önermektedir (ADA 2017). Bunun yanında kapiller kan örneği alınmasında, özellikle birinci veya ikinci kan damlasının kullanılmasıyla ilgili olarak glukometre cihazları için protokol açısından standartlaştırılmış kurallara henüz ulaşılmamıştır (Fruhstorfer ve Quarder 2009, Hortensius ve ark 2012, Li ve ark 2014, Caple, Allen ve Pravikoff 2017). Birçok uluslararası kılavuz ve araştırma, el yıkandıktan sonra ilk kan damlasının kullanılmasını önerirken (ADA 2017, Fruhstorfer ve Quarder 2009, Hortensius ve ark 2012), bazıları ikinci kan damlasını tavsiye etmiştir (Hortensius ve ark 2010, Caple, Allen ve Pravikoff 2017, Bektaş 2015, Aştı ve Karadağ 2013, Akça 2007, Dikmen ve Akın Korhan 2016). Diyabet UK Web Sitesindeki diyabet eğitiminin (Diyabet UK 2017) yanı sıra 2011 Çin İzleme Rehberinde, elleri temizledikten sonra parmağın ve yanlarının kontrol edilmesi gerektiğini belirten birinci veya ikinci kan damlası seçimi üzerinde vurgu yapılmamıştır (Li ve ark. 2014).

Literatürde ve yapılan araştırmalarda kan şekeri ölçüm tekniğinin standart bir uygulama şeklinin olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, hem sağlık personelinin hem de düzenli kan şekeri ölçüm takibi olan hastalar için hatalı sonuçlara yol açılmaması

için doğru kan şekeri ölçüm tekniğini tespit etmek önemli olmaktadır. Buradan yola çıkarak bu araştırma hemşirelerin kan şekeri ölçümü sırasındaki uygulamalarının belirlenmesi için gözlemsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi: Araştırma Aralık 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında Ege bölgesinde bir üniversite hastanesinde hemşirelerin kan şekeri ölçüm yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılmış gözlemsel bir çalışmadır.

Evren ve Örneklem: Araştırmanın evrenini Ege bölgesinde bir üniversite hastanesinin dahiliye ve cerrahi klinikleri ile yoğun bakım kliniklerinde çalışan 100 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise çalışmanın yapıldığı tarihlerde hastanede olup çalışmayı katılmayı kabul eden ve kan şekeri ölçümü sırasında gözlemlenebilen 60 hemşire oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında gözlem sırasında kullanılmak amacıyla her kan şekeri ölçümüne ilişkin "Birey Tanıtım Formu" ve "Gözlem Formu" kullanılmıştır. Birey Tanıtım Formu, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, çalıştığı klinik, meslekte çalışma deneyimi ve eğitim durumunun belirlenmesine yönelik beş(5) sorudan oluşmuştur. Gözlem Formu literatür doğrultusunda hazırlanmış olup, kan şekeri ölçümü uygulama basamaklarını içermektedir (Bektaş 2015, Aştı ve Karadağ 2013, Akça Ay 2007, Dikmen ve Akın Korhan 2016). Araştırmacılar tarafından hazırlanan gözlem formunun içerik geçerliliğini test etmek amacıyla, soru formu üçü akademisyen, üçü klinik hemşiresi ve biri diyabet hemşiresi olmak üzere toplam 7 kişiden oluşan uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman kişilerin yaptığı değerlendirmeler sonrasında gözlem formuna son şekli verilmiştir. Gözlem formunda toplam 9 madde bulunmaktadır. Form, işlem öncesinde ellerin ılık su ve sabun ile yıkanması, parmağın alkol ile temizlendiğinde kuruması için beklenmesi, yeterli miktarda kan sağlanabilmesi için parmağın aşağıya doğru sarkıtılıp delinecek parmağın aşağı doğru sıkıştırılarak, elin kalp seviyesinin altında tutulması, delme işlemi için parmak ucunun yan tarafının kullanılması, kan yolu ile taşınan enfeksiyonların önlenmesi için parmağın tek kullanımlık delici alet ile delinmesi, kanın ilk damlasının kuru pamukla silindikten sonra, ardından çıkan ikinci kan damlasının bastırılmadan nazik bir şekilde stribe damlatılması, kanayan parmak ucunun kuru bir pamuk ile kapatılması ve kullanılan malzemelerin uygun şekilde atılması adımlarını içeren formdur.

Veri Toplama: Bu çalışmada veriler gözlem yoluyla toplanmıştır. Araştırmacı/gözlemci izleyici rolde olup, açık gözlem yapmıştır. Gözlem verilerinin geçerliliği ve güvenilirliğiyle ilgili temel sorunlardan biri ise gözlemcinin gözlenen duruma etkisidir. İnsanlar gözlendiğinin farkında olduğunda farklı davranışlar sergileyebilirler. Bu nedenle kapalı gözlem açık gözleme tercih edilebilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Ancak hemşirelerin kan şekeri ölçüm yöntemleri fark edilmeden gözlenmesi mümkün değildir. Bu nedenle açık gözlem yapılmıştır. Hemşirelere kan şekeri ölçümü sırasında uygulama biçimlerini gözlemleyeceğimiz söylenmiş ve sözel onam alınmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü kliniklerde kan şekeri ölçümleri, saat 11.00 (öğle yemeği öncesi açlık kan şekeri ölçümü) ve 14.00'de (tokluk kan şekeri ölçümü) yapılmaktadır. Bu nedenle hemşireler 8.00-16.00 saatleri arasındaki gündüz vardiyasında gözlemlenmiştir. Verilerin toplanmasında bütün gözlemler, klinik deneyimi olan ve araştırmanın yapıldığı kliniklerde çalışmayan bir araştırmacı tarafından yapılmıştır. Veri toplama işlemi sırasında araştırmacı kan şekeri ölçümü yapan hemşireyi gözlemiş ve hemşirenin kan şekeri ölçümünü işlem basamaklarına uygun şekilde uygulayıp uygulamadığını kontrol listesine kaydetmiştir. Kaydetme işlemi, işlem sonunda yapılmış ve hemşirenin kan şekeri ölçümü sırasında gerçekleştirdiği işlem basamakları "uygun, uygun değil" olarak işaretlenmiştir. Hemşirenin işlem basamağını uygulaması "uygun değil" olduğunda hemşirenin bu basamakta farklı bir uygulaması varsa açık bir şekilde yazılarak not edilmiştir. Gözlem sürecinin bitiminde, elde edilen sonuçlar gözlenen hemşire ile paylaşılmış ve ardından "Birey Tanıtım Formu" uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında bir hemşire bir kez gözlemlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmadan elde edilecek verilerin analizi Statistical Package for Social Science 21.0 (SPSS 21.0) paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik dağılımlar kullanılmıştır.

Çalışmanın Etik Boyutu: Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Referans no=2016/200) ve araştırmanın yapıldığı kurum ve kliniklerden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden sözel izin alınmıştır.

BULGULAR VE YORUM

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişken	Gruplar	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	51	85
	Erkek	9	15
Yaş	19-29 yaş	29	48,3
	30-39 yaş	28	46,7
	40-49 yaş	3	5
Çalıştığı klinikler	Dahiliye klinikleri	39	65
	Cerrahi klinikleri	21	35
Mezun olduğu okul	SML	13	21,7
	Önlisans	10	16,7
	Lisans	33	55,0
	Yüksek lisans	4	6,7
Çalışma yılı	1-5 yıl	22	36,7
	6-10 yıl	20	33,3
	11 yıl ve üzeri	18	30,0
Toplam		60	100

Çalışma sonucunda araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %85'inin kadın, %48,3'ünün 19-29 yaş grubunda olduğu, %65'ninin dahiliye kliniklerinde çalıştığı, %55'inin lisans mezunu olduğu ve %36,7'sinin 1-5 yıl arasında deneyime sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin Kan Şekeri Ölçüm Basamaklarını Uygulama Durumları

İşlem basamakları	Doğru Uygulayan		Yanlış Uygulayan	
	Sayı	%	Sayı	%
İşlem öncesinde hastanın ellerin ılık su ve sabun ile yıkanması tercih edilir	6	10,0	54	90,0
Parmak alkol ile temizlenir	24	40,0	36	60,0
Kuruması için beklenir	11	18,3	49	81,7
Yeterli miktarda kan sağlanabilmesi için parmak sallandırılır, delinecek parmak aşağı doğru sıkıştırılır, el kalp seviyesinin altında tutulur	33	55,0	27	45,0
Parmak ucunun yan kısmı delme işleminde kullanılır.	24	40,0	36	60,0
Kan yolu ile taşınan enfeksiyonların önlenmesi için parmak tek kullanımlık delici alet ile delinir.	60	100,0	-	-
Kanın ilk damlası kuru pamukla silindikten sonra, ardından çıkan ikinci kan damlası, bastırılmadan nazik bir şekilde stribe damlatılır.	60	100,0	-	-
Hastanın kanayan parmak ucu, kuru bir pamuk ile kapatılır.	60	100,0	-	-
Kullanılan malzemeler uygun şekilde atılır.	60	100,0	-	-

Hemşirelerin kan şekeri ölçümü basamaklarını doğru şekilde yerine getirme durumları incelendiğinde; hemşirelerin %90'nının hastanın işlem öncesi ellerinin yıkamasını sorgulamadığı, %60'ının hastanın parmağını alkollü pamukla temizlemediği gözlemlenmiştir. Parmağı alkollü pamukla temizleyen hemşirelerin (n:24) %21,7'sinin alkolün kurumasını beklemeden kuru pamukla sildiği belirlenmiştir. Hastanın delinecek parmağını aşağı doğru sıkıştırmayı hemşirelerin %45'i uygulamamıştır. Hemşirelerin %40'ı delme işlemi için parmağın ucunun yan tarafını kullanırken; %35'u parmağın uç kısmını ve %25'inin parmağın orta noktasını kullandığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %100'ü tek kullanımlık delici kullanmış, ilk çıkan kanı kuru pamukla silip, ikinci çıkan kanı stribe okutmuş, işlem sonunda kuru pamukla parmağı kapatmış ve malzemeleri uygun şekilde kaldırmıştır.

TARTIŞMA

Kan şekeri ölçümü ile ilgili literatürde, ellerin temiz olması, parmağın alkollü pamukla temizlenerek ilk kan damlasının silinip ikinci kan damlasının ölçüm için kullanılması gerektiği (Bektaş 2015, Aştı ve Karadağ 2013, Akça Ay 2007, Caple, Allen ve Pravikoff 2017), kan şekeri ölçümü öncesi hastalara ellerini yıkayıp yıkamadığının sorulması gerektiği belirtilmektedir (Hortensius ve ark, 2012). Bu araştırma sonucunda, hemşirelerin %90'nının hastanın işlem öncesi ellerinin yıkamasını sorgulamadığı, hastanın parmağını alkollü pamukla temizlemeyenlerin %60 oranında olduğu ve parmağı alkollü pamukla temizleyenlerin %21,7'sinin alkolün kurumasını beklemeden kuru pamukla sildiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, hemşirelerin kan şekeri

ölçümü sırasında deri temizliği konusunda bilgi eksikliğinin olduğu ve bölgenin antiseptik solüsyonla silinmesi işlemini uygulanmasında sorun olduğunu göstermektedir. Bu durum enfeksiyon için bir risk oluştururken, kan şekeri sonucunun yanlış ölçülmesine de neden olabilir. Hastanın kan şekeri ölçüm sonuçları tedaviyi belirleme ve yönlendirmede etkili olduğundan, yanlış kan şekeri ölçüm sonuçları tanı ve tedavide sorunlara yol açabilir. Yapılan çalışmalarda deri temizliğinin ölçüm sonuçlarını etkilediği bildirilmiştir (Hortensius ve ark. 2010, Hirose ve ark. 2011, Hortensius ve ark.2012, Midilli ve ark. 2017). Hortensius ve ark. (2010) sağlıklı gönüllülerle yaptıkları çalışmada, katılımcıların temiz ve kuru ellerinden kan şekeri düzeyi ölçümü yapılmış sonrasında elleri meyve, reçel, bal, çikolata gibi şeker içeren gıdalar ile temas ettirilmiştir. Kirli elden (ilk, ikinci ve üçünü damla kandan) kan şekeri düzeyi ölçümü yapıldıktan sonrası eller klorheksidin içeren dezenfektanla temizlenmiş ve kan şekeri düzeyi ölçümü tekrarlanmıştır. Üç farklı yöntem ile yapılan ölçümler karşılaştırıldığında şeker ile temas sonrasında yıkanmayan elde yapılan ölçümlerde kan şekeri konsantrasyonunun daha yüksek olduğu, elini nötral sabun ile yıkayıp kurutan kontrol grubu hastalarında ise anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Hirose ve ark. (2011) tarafından yapılan benzer bir çalışmada katılımcıların temiz ellerinden yapılan kan şekeri düzeyi ölçümü, ellerine çeşitli meyveler ile peeling yapıldıktan sonra yapılan kan şekeri düzeyi ölçümleri ile karşılaştırılmıştır. İlk olarak peeling sonrası el yıkanmadan katılımcıların kan şekeri düzeyi ölçülmüştür, sonra elleri musluk suyu ile yıkandıktan sonra ve alkollü ped ile silindikten (1 yada 5 defa) sonra kan şekeri düzeyi ölçümü tekrarlanmıştır. Çalışma sonucunda peeling sonrası elini temizlemeyen hastaların kan şekeri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca peeling sonrasında elini 1 defa alkollü pamuk ile silen hastalarında kan şekeri düzeyi anlamlı olarak yüksektir. Hortensius ve ark. (2012) göre hastaların ölçüm öncesinde hastaların ellerini yıkaması gerektiği, fakat elini yıkama imkanı yoksa ve eli görünür derecede kirli ise ilk kan silinip ikinci kandan ölçüm yapılmasını önermiştir. Midilli ve ark. (2017) sadece nötral sabunla 30sn el yıkamanın kapiller açıklık kan şekeri ölçümünde yeterli olacağını ve yıkanmış parmağın tekrar alkolle silinmesine gerek olmadığı sonucuna varmıştır.

Parmak ucundan kan örneği alınması işleminde kapiller dolgunluğu artırmak ve yeterli kan alınmasını sağlamak için delinecek parmağın bulunduğu elin aşağı doğru sarkıtılması ve parmağın aşağı doğru sıkıştırılması önerilmektedir (Caple, Allen ve Pravikoff 2017, Aştı ve Karadağ 2013, Akça Ay 2007). Bunun yanında deriyi delme işleminin parmağın ucunun yan tarafından yapılması gerektiği belirtilmektedir. Çünkü parmağın merkezi sinir uçları bakımından zengin olduğundan, tam uç noktada ağrının daha fazla hissedildiği belirtilmektedir (Caple, Allen ve Pravikoff 2017, Aştı ve Karadağ 2013, Akça Ay 2007). Bu çalışmada, hemşirelerin yarıya yakını (%45'i) hastanın delinecek parmağını aşağı doğru sıkıştırma işlemini uygulamamış ve %35'i delme işlemi için parmağın uç kısmını kullanmıştır. Hemşirelerin bu uygulamaları hatalı yapmaları ölçüm için yeterli kana ulaşılmamasına ve derinin tekrar delinmesine neden olabilir. Bu durum hastanın tekrar parmağını delinmesi ve ağrı yaşamasıyla sonuçlanabilir. Diğer taraftan parmağın sinir uçlarından zengin

noktalardan delinmesi ilave olarak hastanın ağrı hissini artıran bir uygulama olması bakımından hasta konforunu olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Kan şekeri ölçümünde ilk kan damlasının doku sıvılarını içerdiği bu nedenle ilk kan damlasının silinip ikinci kan damlasının ölçüm için kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Bektaş 2015, Aştı ve Karadağ 2013). ADA'ya göre kan şekeri ölçümünde ellerin yıkandıktan sonra ilk kan cihaza okutulmalıdır (ADA 2017). Yapılan çalışmalarda ise eller yıkanmadan ilk kan damlasının güvenilmez kan şekeri ölçümlerine neden olacağı (Hortensius ve ark 2010, Hortensius ve ark 2011), ancak ellerin su ve sabunla yıkandıktan sonra kan şekeri ölçümü için ilk kan damlasının kullanılabilmesi (Fruhstorfer ve Quarder 2009, Hortensius ve ark 2011, Hortensius ve ark. 2010, Midilli ve ark. 2017, Li ve ark. 2014, Palese ve ark. 2016) bildirilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin hepsi tek kullanımlık delici kullanmış, ilk çıkan kanı kuru pamukla silip, ikinci kan damlasını ölçüm için kullanmış, işlem sonunda kuru pamukla parmağı kapatmış ve malzemeleri uygun şekilde kaldırmıştır. Bu sonuçlar hemşirelerin kan şekeri ölçümünde parmağın delinmesinde tek kullanımlık delici kullanımı, ikinci kan damlasının kullanımı ve işlem sonunda kuru pamukla bölgenin tampon edilmesi ve malzemelerin uygun şekilde kaldırılması konularında standart bir uygulama yaptıklarını göstermektedir. Bunun yanında, ikinci kan damlasının kullanılması, ellerin kirli olması nedeniyle oluşabilecek kan şekeri değişikliklerini bertaraf etmiş gibi görünse de enfeksiyon riskini ortadan kaldırma açısından ellerin yıkanmış olması gereksinimini ortadan kaldırmamaktadır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Bu çalışmada sadece bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kan şekeri ölçüm yöntemleri gözlemlenmiştir. Farklı hastanelerdeki uygulamaların belirlenmesine ve uygulama farklılıkları olup olmadığının incelenmesine gereksinim vardır. Ayrıca, diyabet hastalarının çoğunluğu kan şekeri ölçümlerini kendileri yapmaktadırlar. Bu nedenle hemşirelerin uygulamalarının yanında hastaların ölçümlerinin de gözlemlenmesi gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun kan şekeri ölçümü işlemi sırasında deri temizliğine özen göstermediği, yarıya yakınının hastanın delinecek parmağını aşağı doğru sıkıştırma işlemini uygulamadığı ve yaklaşık üçte birinin delme işlemi için parmağın uç kısmını kullandığı gözlemlenmiştir. Hemşirelerin bu uygulamaları yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi ölçüm hatalarına ve hastanın parmağının tekrar delinmesine ve dolayısıyla da hastada tekrarlı ağrıya neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin oryantasyon eğitiminde ve hizmet içi eğitim programlarında kan şekeri ölçümüne ilişkin konunun yer alması ve eğitimin uzman hemşireler tarafından hem teorik hem de uygulamalı olarak verilmesi, kliniklerde kan şekeri ölçümü uygulamasına ilişkin standart yöntem geliştirilmesi ve işlem basamaklarını içeren dokümanların hazırlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akça Ay F. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul; 2007: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 2016;39 (Suppl. 1):1-119.
- Aştı AT, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul; 2013: Akademi Yayıncılık.
- Bektaş H. Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri- Bir Hemşirelik Süreci Yaklaşımı. Ankara; 2015: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bozdemir E. Laboratuvar Analizlerinde Doğru Örnek Alımı. *STED*, 2006;15:1,1-6.
- Caple C, Allen L, Pravikoff, D. Blood Glucose Testing at the Bedside. *Nursing Practice & Skill*. 2017 Erişim adresi:https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/NRC_Blood-Glucose-Testing-at-the-Bedside-NPS.pdf
- Dikmen Y, Akın Korhan E. Hemşirelik Esasları Klinik Uygulama Rehberleri. İzmir;2016: Akademisyen Kitabevi.
- Fruhstorfer H, Quarder O. Blood glucose monitoring: milking the finger and using the first drop of blood give correct glucose values. *Diabetes research and clinical practice*, 2009; 85(1): 14-15.
- Hirose T, Mita T, Fujitani Y, Kawamori R, Watada H. Glucose monitoring after fruit peeling: pseudohyperglycemia when neglecting hand washing before fingertip blood sampling: wash your hands with tap water before you check blood glucose level. *Diabetes Care*. 2011; 34(3):596-7. doi: 10.2337/dcl0-1705.
- Hortensius J, Kleefstra N, Slingerland RJ, Fokkert MJ, Groenier KH, Houweling ST, Bilo HJ. The influence of a soiled finger in capillary blood glucose monitoring. *The Netherlands Journal of Medicine*, 2010;68:330-331.
- Hortensius J, Slingerland RJ, Kleefstra N, Logtenberg SJ, Groenier KH, Houweling ST, Bilo HJ. Self-monitoring of blood glucose: The use of the first or the second drop of blood. *Diabetes Care*, 2011;34: 556-560. doi:10.2337/ dcl0-1694
- Hortensius J, van der Bijl JJ, Kleefstra N, Houweling ST, Bilo HJ. Self monitoring of blood glucose: Professional advice and Daily practice of patients with diabetes. *The Diabetes Educator*, 2012;38: 101-107. doi:10.1177/0145721711427787
- Karon BS, Donato LJ, Larsen CM, Siebenaler LK, Wells AE, Wood-Wentz CM, ... & Curry TB. Accuracy of capillary and arterial whole blood glucose measurements using a glucose meter in patients under general anesthesia in the operating room. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 2017;127(3): 466-474.
- Li M, Wang X, Shan Z. Deciding between using the first or second drop of blood for the self monitoring of blood glucose. *Primary Care Diabetes*, 2014;8:365- 369. doi:10.1016/j.pcd.2014.03.003
- Mbanya, J C, Aschner P, Chan, J C, Gagliardino J J, Saji J. Self-monitoring of blood glucose (SMBG) and glycaemic control in Cameroon: Results of the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS). *Diabetes research and clinical practice*, 2017;126:198-201.
- Nayeri F, Shariat M, Behbahani HMM, Dehghan P, Ebrahim B. Blood glucose measurement by glucometer in comparison with standard method in diagnosis of neonatal hypoglycemia. *Acta Medica Iranica*, 2014;52(8): 627.

- Palese A, Fabbro E, Casetta A, Mansutti I. First or second drop of blood in capillary glucose monitoring: Findings from a quantitative study. *Journal of Emergency Nursing*, 2016;42: 420-426. doi:10.1016/j.jen.2016.03.027
- Sagkal Midilli T, Ergin E, Baysal E, Arı Z. Comparison of Glucose Values of Blood Samples Taken in Three Different Ways. *Clinical Nursing Research*, 2017;1-20. doi:10.1177/1054773817719379
- TEMĐ. Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2016. 8. Baskı. Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti; 2016: 1-217
- Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara; 2008: Seçkin Yayıncılık.

YAŞLILARDA DÜŞME VE DÜŞMEYE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF FALLS IN THE ELDERLY AND CHARACTERISTICS OF FALLS

Arş.Gör. Gamze AĞARTIOĞLU KUNDAKÇI*

Doç.Dr. Medine YILMAZ *

Doç.Dr. Melih Kaan SÖZMEN**

*İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

**İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 24.09.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 04.12.2018

Öz

Amaç: Kanıta dayalı uygulama rehberleri hemşirelik uygulamalarını kapsayan uygulama, eğitim, organizasyon ve politika öneri başlıkları altında sınıflanan düşmeyi önleme girişimlerinden bahsetmektedir. Hemşireler tarafından yürütülecek düşme önleme programlarına kaynak oluşturmasından yola çıkılarak yürütülen bu retrospektif ve tanımlayıcı çalışmanın amacı hastane ve huzurevi dışında toplumda yaşayan yaşlılarda düşme ile ilgili özelliklerin ve sonuçlarının incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne düşme nedeniyle başvuran 65 yaş ve üstü tüm hastaların dosyaları oluşturmuştur (N: 2271). Çalışmaya dahil edilme kriterlerine göre toplam 2075 hasta dosyası incelenmiştir. Literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan formda sosyo-demografik özellikler ve düşme ile ilgili sorular yer almıştır. Etik kurul izni ve kurum izni sonrası hasta dosyalarına ait epikrizler sistemden Microsoft Office Word dosyası şeklinde çekilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 (2014) programı kullanılmıştır.

Bulgular: Yaşlıların %43,4'ü genç yaşlı grubunda olup %65,2'si kadındır. Düşmenin en çok ocak ve mayıs aylarında, en az sonbahar mevsiminde gerçekleştiği belirlenmiştir. Acil servise başvuran yaşlıların düşme tanı kodları incelendiğinde tanılarının %81,0'i tanımlanmamış düşme olduğu, ilk sırada ortopedi servisine yatış yapıldığı görülmüştür. Başvuranların %52,4'ünde

yaralanma, %54,9'unda kırık meydana geldiği görülmüştür. Sosyodemografik özelliklere göre yaralanma tipleri incelendiğinde ileri düzey yaralanmaların kadınlarda ve ileri yaş grubunda daha fazla görüldüğü belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Düşmeyi önlemeye yönelik yapılacak stratejileri başlatmak halk sağlığı hemşiresinin rolüdür. Düşme risk faktörlerinin bilinmesi oluşturulacak düşme önleme programlarına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: düşme, hemşire, yaşlı

ABSTRACT

Objective: Evidence-based guidelines describe fall prevention interventions which are among nursing interventions such as practice, training, organization and policy recommendations. The purpose of this retrospective and descriptive study, based on the creation of a source for fall prevention programs to be carried out by nurses, is to investigate the characteristics and consequences of falls in the elderly living outside hospitals and nursing homes.

Materials and Methods: The study population comprised the files of all the patients aged 65 years and over who presented to the Emergency Department of a Training and Research Hospital (N: 2271). Taking the inclusion criteria into account, 2075 patient files were investigated. The questionnaire prepared by the researchers based on the literature included questions on the socio-demographic characteristics of the elderly and falls. After the approval of the ethics committee and the permission of the institution where the study was to be conducted were obtained, the epicrisis included in the patient files were obtained from the system as Microsoft Office Word files. The SPSS 22.0 (2014) program was used for statistical analysis.

Results: Of the participating elderly, 43.4% were in the young-old group and 65.2% were women. It was determined that falls occurred most often in January and May, and least often in the autumn. When the fall diagnostic codes of the elderly who presented to the emergency department were examined, it was noticed that 81.0% were diagnosed as undefined falls, and those admitted to the orthopedics clinic took the first place. Of those admitted to the hospital, 52.4% had injuries and 54.9% had fractures. When injury types were examined in terms of their sociodemographic characteristics, it was determined that advanced injuries were more common in women and advanced age ($p < 0.05$).

Conclusion: It is the public health nurses' responsibility to initiate fall prevention strategies. Knowing the fall risk factors will contribute to the prevention of fall prevention programs.

Keywords: accidental falls, nurse, aged

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65 yaş ve üzeri yaş yaşlılık dönemi olarak ele tanımlanmakta (Bilir ve Paksoy 2007) olup dünya çapında en hızlı büyüyen yaş grubu olarak kabul edilmektedir (Coimbra ve ark. 2010; The Demographics of an Aging Population y.y.). Dünya Bankası verilerine göre yaşlı nüfus 1960 yılında dünya nüfusunun %4,98'ini oluştururken, 2015 yılı itibarıyla %8,26'sını oluşturmaktadır (Population ages 65 and above (% of total) | Data y.y.). Türkiye'de yaşlı nüfusun oranı ise tüm nüfus içinde 1935 yılında %3,9, 2012 yılında %7,5 iken 2016 yılında %8,3'dür (Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2016 y.y.). Bu oranın Türkiye İstatistik Kurumu nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2, 2050'de %20,8, 2075'te %27,7 olacağı öngörülmektedir (Aydemir 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre düşme, bir kişinin yere, zemine veya diğer alt seviyelere yanlışlıkla inmesine neden olan bir olaydır (WHO | Falls y.y.). Bir başka tanıma göre ise "ani felç, epileptik nöbet ya da aşırı hareketsiz dış güç yüzünden ortaya çıkan sonuçların haricinde zeminde ya da diğer düşük seviyelerde dinlenmeye başlamış olma" dır (Huang ve ark. 2011). Düşme özellikle yaş artışı ile birlikte yaşlılık döneminin en ciddi sağlık sorunu haline gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada her yıl 65 yaş ve üzerindeki nüfusun yaklaşık %28-35'i düşmekte (World Health Organization 2007), her yıl tahminen 424.000 ölümcül düşme meydana gelmektedir. Bu sayı trafik kazalarından kaynaklanan ölümcül yaralanmalardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (WHO | Falls y.y.). Düşme ile ilişkili yaralanmalarda yüksek insidans, uzun vadeli etkiler ve maliyetler, aile, toplum ve sağlık sistemi için önemli bir yük oluşturmaktadır (Burns ve ark. 2016, World Health Organization 2007) Yaşlılarda düşmeye bağlı ölümcül olan ve olmayan yaralanmaların toplum üzerindeki ekonomik etkisini ölçmek amacıyla düşme maliyetlerinin hesaplandığı birçok çalışma bulunmaktadır (Alekn ve ark. 2015, Black 2007, Burns ve ark. 2016, Carroll ve Slattum 2005, Craig ve ark.. 2013, Hendrie ve ark. 2004, Hoffman ve ark. 2016, Iglesias, Manca ve ark. 2009, Newton 2006, Roudsari ve ark. 2005, Towne ve ark. 2014, Watson ve ark. 2010). Yapılan tüm bu çalışmalarda farklı ülkelerde farklı değerlendirme kriterleri göz önüne alındığı için maliyetler geniş aralıkta dağılım göstermektedir. Bu yönüyle yaşlılarda düşmelerin ekonomik ve sosyal maliyetleri, düşmeyi önlemeye yönelik araştırmalara duyulan gereksinimin önemini göstermektedir (Roudsari ve ark. 2005).

Düşmeler, hafif veya ciddi yaralanmalar ile ölüme kadar varan sonuçlara neden olmaktadır (Consequences of falls y.y.). Yirmi bir makalenin incelendiği bir sistematik derlemede (2009), düşme sonrası %37,7-%78,6 arasında değişen oranlarda yaralanma meydana geldiği belirlenmiştir (Kwan ve ark. 2011). Yapılan başka bir sistematik derlemede (1995-2010 yılları, 87 çalışma) yaşlılarda düşme sonucu vücudun her bölgesinde kırık meydana geldiği, en çok kalça kırığının görüldüğü belirlenmiştir (Terroso ve ark. 2014). Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde özellikle toplumda yaşayan yaşlıların düşme durumu ile ilgili çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Bir üniversite hastanesine 2000-2010 yılları arasında düşmeyle başvuran hasta dosyalarını inceleyen çalışmada (Koparan 2012) kırıkların ilk sırada, yumuşak doku travmasının ikinci sırada olduğu görülmüştür. Trabzon il merkezinde yaşayan yaşlılar (Gülhan 2013) ile 65 yaş ve üzeri düşme hikayesi bulunan yaşlıların incelendiği (Demirkundak 2016) çalışmalarda ilk sırada yumuşak doku zedelenmesi yaşandığı belirlenmiştir. Yaşlıların düşme durumlarının belirlendiği bir diğer çalışmada (2016) düşme yaşayan her dört kişiden üçünde herhangi bir tanı ya da tedavi aracına gerek duyulmadığı, yaralanmalarda ise en fazla kırık meydana geldiği belirlenmiştir (Teksan 2016). Ülkemiz örneklemelerinde yürütülen tüm bu araştırma sonuçları düşmenin sağlık sistemimiz üzerinde ciddi yük oluşturabilecek sonuçlar doğurabildiğini göstermektedir.

Yaşlılarda düşme, çeşitli risk faktörlerinin karmaşık bir etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2007 yılında yayınladığı Yaşlılarda

Düşmelerden Korunma Raporu'na göre düşme ile ilgili risk faktörleri biyolojik, davranışsal, çevresel ve sosyoekonomik faktörler olmak üzere dört grupta sınıflandırılmaktadır (World Health Organization 2007). Bunlardan yaş, cinsiyet ve ırk değiştirilemez biyolojik faktörlerdir. Davranışsal risk faktörleri değiştirilebilir özelliğe sahip duygular, günlük seçimler ve davranışlardır. Bireylerin fiziksel koşulları ve çevresinin etkileşimini kapsayan çevresel faktörler ise, ev ve kamusal alandaki risklerdir (mevsimler, hava durumu vb.). Son bir faktör ise sosyoekonomik risk faktörleridir (düşük gelir seviyesi, düşük eğitim seviyesi, sosyal etkileşim eksikliği, sağlık ve sosyal hizmetlere sınırlı erişim ve toplum kaynaklarına ulaşımın olmaması) (World Health Organization 2007). Yaşlılarda düşme nedenlerinin ve risk faktörlerinin bilinmesi ve gereken önlemlerin alınması, yaşlıların düşmelerden korunarak yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesini önlemekte, böylece yaşlıların kaliteli ve daha bağımsız olarak yaşam sürmelerini olanaklı kılmaktadır (Ekşi Uymaz 2012). Bu durumda nüfusun yaşlanmasının beraberinde getireceği sorunlara yönelik planlamaların yapılması, yaşlılığa yönelik sağlık ve sosyal ve politikaların gözden geçirilmesi, gerekli düzenlenmelerin yapılması önem kazanmaktadır (Mandıracıoğlu 2010). Halk sağlığı hemşirelerinin sağlığın korunması ve geliştirilmesi, kronik hastalıkların azaltılması ve fonksiyon kayıplarının en aza indirilmesi sorumlulukları vardır (Bıyıklı 2006). Günden güne artan yaşlı nüfus nedeniyle yaşlı sağlığını koruma ve geliştirme; halk sağlığı hemşireliği hizmetlerinde temel yapı taşlarından biridir (Aktaş 2012). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde halk sağlığı hemşireleri hem bireysel hem de ekip üyesi olarak düşmelerden korunma stratejilerini geliştirme, uygulama ve sonuçlarını değerlendirmede önemli role sahiptirler (Ekşi Uymaz 2012). Düşme açısından risk altındaki bireyler ne kadar erken belirlenirse, bu konuda koruyucu ve önleyici girişimler de o kadar erken başlatılacaktır (Bıyıklı 2006). Halk sağlığı hemşireleri, düşme riskini azaltmak için alabilecekleri tedbirler konusunda yaşlıları ve bakım verenlerini eğitebilirler (Trail Ross ve Summerlin 2011). Ontario Hemşireler Birliği tarafından hazırlanmış son revizyonu 2011 yılında yapılmış olan kanıta dayalı uygulamalar rehberi sadece hemşirelik uygulamalarını kapsayan uygulama, eğitim, organizasyon ve politika öneri başlıkları altında sınıflanan düşmeyi önleme girişimlerinden bahsetmektedir (Registered Nurse's Association of Ontario 2005). Düşmeyi önlemeye yönelik yapılacak bu stratejileri başlatmak halk sağlığı hemşiresinin rolüdür. Bu kapsamda çeşitli kuruluşlar tarafından oluşturulan yaşlılarda düşmeyi önleme modelleri, rehberleri ve önerileri doğrultusunda yapılacak olan girişimlerde halk sağlığı hemşireleri diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde olmalıdır.

AMAÇ

Retrospektif ve tanımlayıcı olarak yürütülen bu çalışmanın amacı hastane ve huzurevi dışında toplumda yaşayan yaşlılarda düşme ile ilgili özelliklerin ve sonuçlarının incelenmesidir. Bu araştırma "Yaşlılarda karar ağacı modeline göre düşme maliyetinin incelenmesi" isimli yüksek lisans tezinin birinci aşama bulgularını içermektedir. Bu doğrultuda araştırma soruları şunlardır:

- Düşen yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- Düşme başvuruları mevsimlere göre değişiklik gösterir mi?
- Düşen yaşlıların düşme tanısı ve tedavi özellikleri ile sonuçları nelerdir?
- Düşme durumu sosyodemografik özelliklere göre değişiklik gösterir mi?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne düşme nedeniyle başvuran 65 yaş ve üstü tüm hastaların dosyaları oluşturmuştur (N: 2271). Altmış beş yaş ve üzerinde, bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servisine 01.01.-31.12.2016 tarihleri arasında, ICD 10 – AM (W00-19) içinde yer alan düşme tanısı kodlarından biriyle başvuran, hastane dışında düşmüş olan, belirtilen tarihler arasında aynı bireye ait ilk düşme başvurusunun olduğu bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir. Sonuçta 152 hasta dosyası tekrarlayan düşme, 42 hasta dosyası başvurma sebebinin düşme olmaması, 2 hasta dosyası da hastanede düşme olması nedeniyle örneklem dışı bırakılmış, toplam 2075 hasta dosyası incelenmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, düşme yaşanan ay ve mevsimdir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise düşmeye bağlı yaralanma tipi [yaralanma yok/var, yüzeysel yaralanma, yumuşak doku travması, kırık (femur kırığı, her türlü spinal kırık, nazal kırık, el, kol, omuz kırıkları, kafa ve yüz kemikleri kırıkları)], hastaneye yatış yaptığı klinik tipi (servis / yoğun bakım) ve düşme sonrası hastanede kalınan gün sayısıdır.

Veri Toplama

Literatüre (Carroll ve Slattum 2005, Hoffman ve ark. 2016, Roudsari ve ark. 2005, Scuffham ve ark. 2003, Stevens ve ark. 2006, Watson ve ark. 2010) dayalı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan formda sosyo-demografik özellikler (hastanın adı soyadı, protokol numarası, yaşı, cinsiyeti ve sosyal güvencesi) ve düşme ile ilgili (düşmeye bağlı gelişen yaralanma tipi, acil servise geliş tarihi, düşmeye bağlı aldığı ICD 10- AM tanısı kodu, acil servisten ayrılış şekli, yatış olduysa yatış yapılan servis, servisten çıkış şekli, servis yatış gün sayısı, hastanede yatış gün sayısı) sorular yer almıştır.

Etik uygulamalar

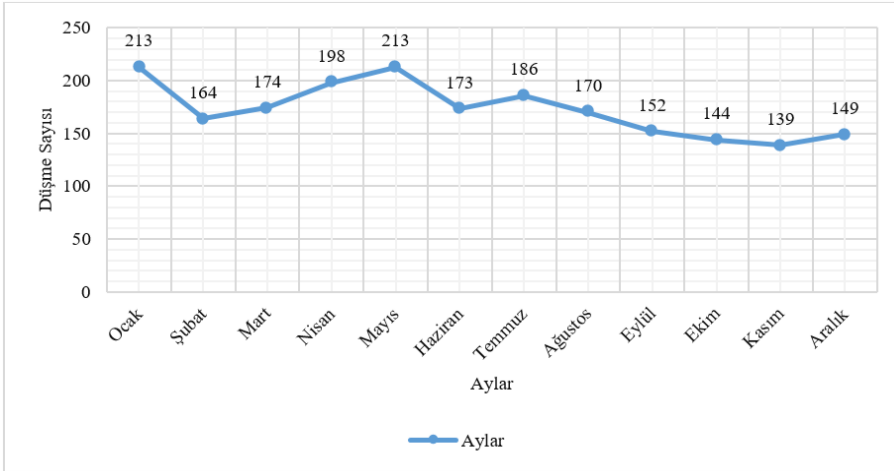
Çalışma için etik kurul izni (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu, 18.01.2017, Karar No: 14) ve kurum izni alınmıştır. Hasta dosyalarına ait epikrizler sistemden Microsoft Office Word dosyası şeklinde çekilmiştir. Veriler Mart-Mayıs 2017 tarihleri arasında (toplam 25 gün, 180,5 saat) pazartesi günleri 13:30 - 17:00, salı ve cuma günleri 07:30 - 17:00 saatleri arasında yapılan taramalarla, yazılım biriminde araştırmacıya tahsis edilen bir bilgisayar kullanılarak elde edilmiştir. Düşen her bir hastaya ait veriler hastane sisteminin yoğunluğuna göre minimum bir dakika maksimum 10 dakikalık sürelerde sistemden çekilmiştir.

Veri Analizi

Araştırma verilerinin analizinde; hastanenin yazılım sisteminden düşme ile başvuran hastalara ait epikrizlerin alınması için Probel Hastane Bilgi Yönetim Sistemi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 (2014) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı ve yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, medyan dağılımları, karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmış, %95 güven aralığında $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

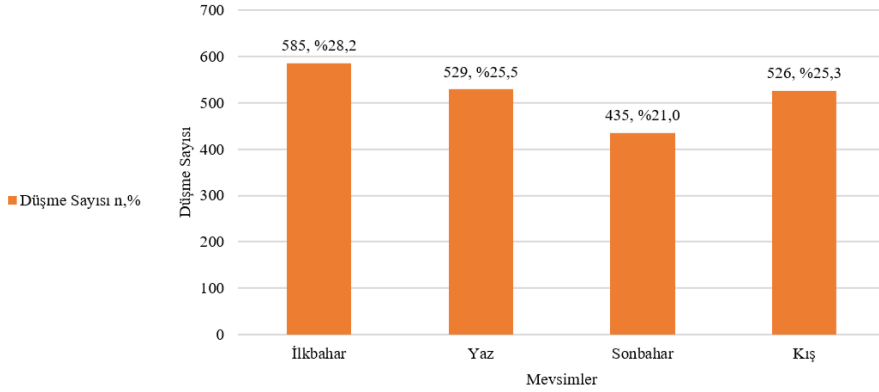
BULGULAR VE YORUM

Düşme ile hastaneye başvuran yaşlıların yaş ortalaması $76,78 \pm 7,83$ (min: 65 – max: 101) 'tür (erkekler $77,01 \pm 7,44$, kadınlar $77,70 \pm 8,07$). Yaşlıların %43,4'ü genç yaşlı grubunda olup %65,2'si kadındır (Tablo 1). Düşmelerin meydana geldiği ayların dağılımı incelendiğinde %10,27 (n:213) düşmenin ocak ve mayıs aylarında, en az düşmenin (%6,70) (n:139) kasım ayında yaşandığı belirlenmiştir (Grafik 1). Mevsimlere göre en çok düşmenin ilkbahar mevsiminde (%28,2) (585 düşme), en az düşmenin (%21) (435 düşme) sonbahar mevsiminde gerçekleştiği belirlenmiştir (Grafik 2).



Grafik 1: Düşme Başvurularının Mevsimlere Göre Dağılımı

Yaşlılarda Düşme ve Düşmeye İlişkin Özelliklerin İncelenmesi



Grafik 2: Düşme Başvurularının Mevsimlere Göre Dağılımı

Tablo 1. Bireylerin Sosyodemografik ve Düşmeye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Yaş Grupları		
Genç Yaşlı (65-74)	900	43,4
Yaşlı (75-84)	797	38,4
İleri Yaş (≥85)	378	18,2
Cinsiyet		
Erkek	723	34,8
Kadın	1352	65,2
Toplam	2075	100,0
Düşme Tanı Kodu Ve Tanısı		
	Sayı (N)	Yüzde (%)
W00, Kar Ve Buzda Düşme	1	0,05
W01, Kayma, Sendeleme Ve Tökezlemeye Bağlı Düşme	90	4,34
W06, Yataktan Düşme	3	0,14
W10, Merdiven Ve Basamaklardan Düşme	4	0,19
W11, Yükselme Aracından Düşme	1	0,05
W14, Ağaçtan Düşme	1	0,05
W18, Aynı Seviyeden Düşme, Diğer	294	14,17

W19, Düşme, Tanımlanmamış	1681	81,01
Acil Servisten Çıkış Şekli		
Taburcu	1668	80,4
Yatış	388	18,7
Tedaviden Vazgeçme	17	0,8
Sevk	2	0,1
Toplam	2075	100,0
Hastaneye Yatış Yapılan Klinikler		
Ortopedi Servisi	284	73,2
Beyin Cerrahisi Servisi	55	14,2
Ortopedi Servisi, Anestezi Yoğun Bakım*	13	3,4
Acil Tıp Kliniği	8	2,1
Nöroloji Servisi	3	0,8
Beyin Cerrahisi Servisi, Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım*	3	0,8
Diğer	22	5,5
Toplam	388	100,0
*Bireylerin İki Klinikte De Bir Süre Yatışı Olmuştur.		
Yaralanma Tipi	Sayı (N)	Yüzde (%)
Yaralanma Yok	988	47,6
Yaralanma Var	1087	52,4
Yüzeysel Yaralanma	192	17,7
Çıkık	127	11,7
Yumuşak Doku Travması	125	11,5
İntraserebral Hemoraji	34	3,1
Kırık	597	54,9
Femur Kırığı	270	45,2
El, Kol, Omuz Kırıkları	168	28,1
Her Türü Spinal Kırık	63	10,6

Yaşlılarda Düşme ve Düşmeye İlişkin Özelliklerin İncelenmesi

Ayak Ve Bacak Kırıkları	57	9,5
Nazal Kırık	17	2,8
Kafa Ve Yüz Kemikleri Kırıkları	12	2,0
Kosta Kırıkları	10	1,7
Diğer	12	1,1

Acil servise başvuran yaşlıların düşme tanı kodları incelendiğinde tanıların %81,0'i tanımlanmamış düşme, %14,2'si aynı seviyeden düşme olarak kayıt edilmiştir. Acil servise gelen yaşlıların %80,4'ünün aynı gün taburcu olduğu, %18,7'sinin hastaneye yatışı yaptığı belirlenmiştir. Yatışı olanların ilk sırada %73,2 ile ortopedi servisine, ikinci sırada %14,2 ile beyin cerrahi servisine, üçüncü sırada ise %3,4 ile hem ortopedi servisine hem de anestezi yoğun bakıma yatışı yapıldığı görülmüştür. Başvuranların %52,4'ünde yaralanma meydana gelmiştir. Yaralanma tiplerinin en fazla sırasıyla kırık (%54,9) ve yüzeysel yaralanma (%17,7) olduğu görülmüştür. Kırık tiplerine bakıldığında ise %45,2 ile femur kırığının ilk sırada olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Sosyodemografik Özelliklere Göre Yaralanma Tipinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Yaralanma Tipi*					Test, P
		Yy [†] N (%)	Ydt [‡] N (%)	Çıkık N (%)	Kırık N (%)	İh [§] N (%)	
Yaş Grubu	Genç Yaşlı	78 (40,6)	51 (40,8)	74 (58,3)	207 (34,7)	11 (32,4)	X ² =30,44 p<0,001
	Yaşlı	79 (41,1)	46 (36,8)	41 (32,3)	244 (40,9)	16 (47,1)	
	İleri Yaş	35 (18,2)	28 (22,4)	12 (9,4)	146 (24,5)	7 (20,6)	
Cinsiyet	Kadın	100 (52,1)	67 (53,6)	88 (69,3)	412 (69,0)	14 (41,2)	X ² =33,00 p<0,001
	Erkek	92 (47,9)	58 (46,4)	39 (30,7)	185 (31,0)	20 (58,8)	
Düşme Yaşanılan Mevsim	İlkbahar	40 (20,8)	27 (21,6)	28 (22,0)	188 (31,5)	10 (29,4)	X ² =25,96 P=0,011
	Yaz	67 (34,9)	32 (25,6)	41 (32,3)	147 (24,6)	7 (20,6)	
	Sonbahar	50 (26,0)	28 (22,4)	32 (25,2)	120 (20,1)	7 (20,6)	
	Kış	35 (18,2)	38 (30,4)	26 (20,5)	142 (23,8)	10 (29,4)	
Toplam		192 (100)	125 (100)	127 (100)	597 (100)	34 (100)	

****"Diğer" Yaralanma Tipinde Gözlerde 5'den Daha Küçük Değerler Olduğu İçin Analize Dâhil Edilmemiştir. †: Yüzeysel Yaralanma, ‡: Yumuşak Doku Travması, §: İntraserebral Hemoraji**

Düşme sonucu yataklı birimlere yatışı yapılan bir bireyin hastanede kaldığı gün sayısı ortancası 7 gün, servislerde kalış süresi ortancası 6, yoğun bakımlarda ise 9 gündür. Düşme yaşayan tüm hastaların toplamda 3066 gün hastanede yattığı

görülmüştür. Sosyodemografik özelliklere göre yaralanma tipleri incelendiğinde yaş grubu ($\chi^2=30,44$ $p<0,001$), cinsiyet ($\chi^2=33,00$ $p<0,001$) ve düşme mevsimine ($\chi^2=25,96$ $p=0,011$) göre yaralanma tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Yaş grubu ile yaralanma tipi ayrıntılı incelendiğinde; yüzeysel yaralanma (%40,6), yumuşak doku travması (%40,8) ve çıkığın (%58,3) genç yaşlı grubunda; kırığın (%40,9) ve intraserebral hemorajinin (%47,1) yaşlı grubunda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yüzeysel yaralanma (%52,1), yumuşak doku travması (%53,6), çıkık (%69,3) ve kırık (%69,0) kadınlarda daha fazla görülürken, intraserebral hemorajinin (%58,8) erkeklerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Düşmenin yaşandığı mevsime göre yaralanma tipleri incelendiğinde yüzeysel yaralanma (%34,9) ve çıkığın (%32,3) yaz mevsiminde; yumuşak doku travmasının (%30,4) kış mevsiminde, kırığın (%31,5) ise en çok ilkbahar mevsiminde gerçekleştiği belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada toplumda yaşayan yaşlılarda düşme ile ilgili özellikler ve sonuçları incelenmiştir. Çalışma bulgularının düşme risk faktörlerinin bilinerek düşme önleme programlarına yönelik veri oluşturmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yaşlılarda düşme riskleri ve nedenlerinin bilinmesi, yaşlıların bağımsızlığı ve yaşam kalitesi açısından gerekli önlemlerin alınması kaçınılmazdır (Ekşi Uymaz 2012). Yaşlılarda düşmeler çeşitli risk faktörlerinin karmaşık bir şekilde etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Literatürde yaş düşme açısından değiştirilemez demografik risk faktörü olarak yer almaktadır (World Health Organization 2007). Bu risk faktörleri açısından araştırma bulguları incelendiğinde düşme yaşayan bireylerin yaş ortalamasına göre "yaşlı" grubunda oldukları görülmüştür. Bu çalışmada olduğu gibi düşme yaşayan 5947 yaşlının sonuçlarını inceleyen çalışmada da katılımcıların yaşlı grubunda (yaş ortalaması 76) olduğu belirlenmiştir (Hoffman ve ark. 2016). Yürütülen bu araştırmanın bir diğer bulgusu ise yaşanan düşmelerin genç yaşlı grubunda daha basit düzeyde yaralanmalar şeklinde gerçekleştiği, ileri yaş grubunda ise ileri düzey yaralanmalar yaşandığı görülmüştür. Koparan (2012)'in çalışmasında da yumuşak doku travması, çıkık ve kırığın ileri yaş grubunda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Başka bir çalışmada düşme ile ilgili acil servise yapılan başvuruların %66'sının 75 yaş ve üzerinde olduğu, yine ileri düzey yaralanmaların bu yaş grubunda daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Scuffham ve ark. 2003). Yaşlılar, en yüksek ölüm riskine veya düşmeden kaynaklanan ciddi yaralanma riskine sahiptir ve risk yaşla birlikte artmaktadır. Bu risk seviyesi yaşlanmanın beraberinde getirdiği fiziksel, duyuşsal ve bilişsel değişikliklerden kaynaklanabilmektedir (Falls y.y.).

Düşmeler açısından değiştirilemez bir diğer risk faktörü ise cinsiyettir. Araştırmada kadınların (%65,2) daha fazla düşme yaşadıkları belirlenmiştir. Ülkemizde farklı örneklerde yapılan çalışmalarda da kadınların daha fazla düşme yaşadıkları bildirilmektedir (Aşık 2012, Taner 2015, Teksan 2016). Çin'de yapılan sistematik derlemede, on çalışmadan dokuzunda 60-99 yaş aralığındaki kadınlarda düşmelerin erkeklere göre daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Kwan ve ark. 2011). Amsterdam (2004), Hong Kong (2005) ve Amerika Birleşik Devletleri (2016)'nde yürütülen farklı

çalışmalarda düşenlerin çoğunluğunun kadın olduğu ve daha fazla yaralandıkları bulunmuştur (Burns ve ark. 2016, Chu ve ark. 2005, Stel ve ark. 2004). Kadınlarda doğuştan beklenen yaşam süresinin daha uzun olması, kas kütesinin daha az olması ve buna bağlı olarak kemik hastalıklarına erkeklerden daha fazla maruz kalmaları düşmelerin kadınlarda daha fazla olma sebebini açıkça ortaya koymaktadır (Vermişli 2015). Bu durum kadınlara yönelik düşme önleme programlarının yaygınlaştırılması gerektiğini göstermektedir.

Bu araştırma sonuçlarına göre yüzeysel yaralanma, yumuşak doku travması, çıkık ve kırık kadınlarda daha fazla görülürken, intraserebral hemoraji erkeklerde daha fazladır. Avustralya'da yürütülen çalışmada 65 yaş ve üstü bireyler tarafından düşme tanısıyla hastaneye yapılan başvurularda düşenlerin %68,5'inin kadın olduğu, intrakraniyal yaralanma hariç, en çok görülen ilk beş yaralanma tipinin tümünün, kadınlarda erkeklerden çok daha yüksek olduğu görülmüştür (Black 2007). Hem uluslararası hem de ulusal literatüre göre kadınlar düşme açısından daha riskli görülmektedir (Gülhan 2013, Koparan 2012). Kadınlarda yaşa bağlı gelişen osteoporoz nedeniyle düşme sonucu yaralanmalar (kırıklar) olması beklenen bir durumdur. Alkan ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada osteoporozun kadınlarda erkeklerden beş kat daha fazla olduğu ve ayrıca düşme öyküsünün osteoporozlu hastalarda daha yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir. Osteoporozu olan kadınlarda yaş arttıkça kırık riski artmakta ve osteoporozla bağlı kırıklar maliyeti arttırmaktadır (Kutlu ve ark. 2012). Ontario Hemşireler Birliği tarafından hazırlanan kanıta dayalı uygulamalar rehberinde düşmeyi önleme girişimi olarak hemşirelerin osteoporoz ve osteoporozla bağlı düşme, kırıkların önlenmesi için D vitamini takviyesi hakkında bilgi vermesi (kanıt düzeyi IV) önerilmiştir (Registered Nurse's Association of Ontario 2005). Tüm bu sonuçlar doğrultusunda birinci basamakta çalışan multidisipliner ekip üyelerinin düşme önleme programlarını planlama ve yürütmede kadınlara ve ileri yaş grubuna yönelik stratejiler geliştirmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Düşme için bir diğer risk faktörü mevsimlerdir (El Maghraoui ve ark. 2005). Bu çalışmada en çok düşmenin ilkbahar mevsiminde gerçekleştiği belirlenmiştir. Antalya'da yapılan çalışmada en çok düşmenin sonbahar ve kış mevsiminde yaşandığı, yağış özellikleriyle bu durumun ilişkili olduğu belirlenmiştir (Koparan 2012). Hong Kong'da yapılan çalışmada da en çok düşme yaşanan mevsimin kış ve sonbahar olduğu görülmüş, bu durum Hong Kong'da en fazla yağışın yaz aylarında, en kurak mevsimin de kış ayları olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Yeung ve ark. 2011). Fas'ta yapılan bir çalışmada ise düşme insidansının mevsimlere göre eşit dağılım gösterdiği belirlenmiş, mevsimler arası sıcaklık ve yağış farkının çok olmamasının bu sonucu ortaya çıkardığı belirtilmiştir (El Maghraoui ve ark. 2005). Tayvan'da yapılan çalışmada kış mevsimi en çok düşme yaşanan mevsim olarak belirtilmiştir (Hsiao ve ark. 2012). Düşme insidansı coğrafya ve iklimin getirdiği özelliklere bağlı olarak değişmekte olup düşme önleme programlarının oluşturulmasında bölgesel iklim farklılıkları da göz önüne alınmalıdır.

Düşme önleme programlarının iyi yapılandırılması için düşmelerin nasıl, nerede ve ne zaman gerçekleştiğinin bilinmesi önemlidir (Yoshida 2007). Bu çalışmada düşmelerin oluş şekillerini belirlemek için hasta dosyaları incelenmiş, ancak dosyaların ayrıntılı tutulmadığı ve epikrizlerin eksik doldurulduğu görülmüştür. Literatürde de çeşitli çalışmalarda düşmenin oluş şekilleri bildirilirken sadece tanı kodlarının kullanıldığı görülmüştür (Koparan 2012, Roudsari ve ark. 2005, Scuffham ve ark. 2003). Her iki neden göz önüne alınmış bu nedenle araştırmada veri olarak sadece düşme tanı kodları verilebilmiştir. Bireylerin düşme tanı kodlarına bakıldığında ilk sırada tanımlanmamış düşme olduğu görülmüştür. Aynı seviyeden düşme ikinci sırada, kayma, sendeleme ve tökezlemeye bağlı düşme üçüncü sırada gelmektedir. Bununla birlikte çalışmalarda ilk üç düşme oluş şekli farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar çalışmaların retrospektif olması ve düşme başvurusu kayıtlarının ayrıntılı tutulmaması ile ilişkili olabilir. Düşme başvurusu ile gelen hastalardan anamnez alan ve epikriz oluşturan sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimlerle kayıt tutmanın önemi üzerinde durulmalıdır. Düşme oluş şekillerinin bilinmesi düşme önleme programlarının şekillendirilmesi açısından sağlık çalışanlarına veri oluşturacaktır.

Düşme nedenleri ve risk faktörlerinin yanı sıra düşme sonuçlarının nasıl sınıflandığı önemli bir diğer konudur (Terroso ve ark. 2014). Düşme sonucu oluşan yaralanmaların önlenmesi ya da en aza indirilebilmesinin ve rehabilitasyon stratejilerinin planlanması gerekmektedir (Terroso ve ark. 2014). Bu çalışmada düşen her iki yaşlıdan birinin yaralanma yaşadığı, en çok görülen yaralanma tipinin de kırık olduğu görülmüştür. Yapılan sistematik bir derlemede düşme sonucu oluşan yaralanma oranlarının %37,7 - 78, kırıkların ise %4-21 arasında değiştiği belirlenmiştir (Kwan ve ark. 2011). Başka bir sistematik derlemede, kalça kırığı ve ayırt edilmemiş kemik kırıklarının sırasıyla %37,9 ve %27,5 oranla literatürde en çok görülen kemik kırığı olduğu ifade edilmiştir (Terroso ve ark. 2014). Kanada Halk Sağlığı Kurumu'nun düşmelerin incelendiği raporunda yaşlılar düşme sonucu oluşan yaralanma tiplerine göre ayrılmış, oluşan yaralanmaların %35'inin kırık, %30'unun burkulma olduğu bildirilmiştir (Seniors' falls in Canada - infographic - Public Health Agency of Canada 2014). Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde ise bu çalışmalardan birinde düşmeye bağlı oluşan sağlık sorunlarında ilk sırada kırıklar (%57,7), ikinci sırada yumuşak doku travması (%27) yaşandığı belirlenmiştir (Koparan 2012). Trabzon'da yaşayan yaşlılarda yapılan çalışmada ise ilk sırada doku zedelenmesinin (%47,6) olduğu görülmüştür (Gülhan 2013). Yaşlıların düşme durumlarının belirlendiği çalışmada düşenlerin her 10 yaşlıdan birisinde kırık meydana geldiği bildirilmiştir (Teksan 2016). Düşme hikayesi olan yaşlıların incelendiği çalışmada ise (2016) bireylerin %41,6'sının düşme sonucu ezilme yaşadığı belirtilmiştir (Demirkundak 2016). Tüm bu çalışma sonuçları incelendiğinde yaralanma tipleri içinde kırıkların en fazla yaşandığı belirlenmiştir. Özellikle kalça kırıkları olmak üzere tüm kırıklarda hareketsizliğe bağlı olarak önemli sağlık sorunları gelişebilmektedir (Erdil ve Bayraktar 2010). Kırıkların oluşmasını kolaylaştıran en önemli nedenlerden birisi osteoporozdur (Vermişli 2015). Osteoporoz yönetiminde kırıkların önlenmesi için

fiziksel aktivite düzeyinin artırılması, kalsiyum alımının artırılması, polifarmasinin önlenmesi önerilmektedir (Sezer ve ark. 2009). Ontario Hemşireler Birliği'nin düşmeyi önlemeye yönelik rehberinde de çok yönlü düşme önleme girişimlerinin bir parçası olarak yaşlılara egzersiz önerisinin yapılması (kanıt düzeyi Ib), polifarmasinin önlenmesi ve düşme riskini artıran ilaçların değerlendirilmesi (kanıt düzeyi IIb) yer almaktadır. Halk sağlığı hemşirelerinin düşme önleme programlarını planlama ve yürütmede tüm bu önerilere yer vermesi, sağlık eğitimi ve danışmanlık yürütmesi etkili olacaktır. Bu şekilde yaşlı bireylerin yaşam kalitesi artacak, düşmelere bağlı doğrudan ve dolaylı maliyetler azalacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonucunda ileri düzey yaralanmaların kadınlarda ve ileri yaş grubunda daha fazla görüldüğü, en çok düşmenin ocak, mayıs aylarında ve ilkbahar mevsiminde gerçekleştiği belirlenmiştir. Acil servise düşme nedeniyle başvuran her iki kişiden birinde yaralanma meydana geldiği ve en fazla kırık yaşandığı tespit edilmiştir. Tüm bu bulgular yaşlıların yaşam kalitesi açısından düşmelerin önlenmesi gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Hastane ve huzurevlerinde kurumsal gereklilikler gereği düşme ile ilgili önlemler alınırken ev ortamında kalan yaşlılar bu tür önlemlerden uzak kalmaktadır. Bu nedenle evde yaşayan yaşlılara yönelik düşmeyi önleme girişimleri yürütülmelidir. Özellikle birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının bu konuyu gündemlerine almaları ve düşme önleme programları oluşturulurken girişimlerin sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet ve bölgesel iklim farklılıkları gibi) dikkate alınarak planlanması düşmeleri önlemek açısından yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Aktaş B. Yaşlı Bireylerde Düşmeleri Önlemeye Yönelik Rehber Geliştirme Ve Geliştirilen Rehber Doğrultusunda Verilen Eğitimin Düşmeyi Önlemeye Etkisi. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 2012.
- Alekna V, Stukas R, Tamulaitytė-Morozovienė I & et al. Self-Reported Consequences and Healthcare Costs of Falls Among Elderly Women. *Med.* 2015,51(1):57-62.
- Alkan BM, Fidan F, Tosun A ve ark. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğimize Başvuran Hastalarda Osteoporoz İnsidansı. *Türk Osteoporoz Derg.* 2011,17:10-3.
- Aşık Z. Aile Hekimliğinde Yaşlı Değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2012.
- Aydemir B, Editor. İstatistiklerle Yaşlılar 2014. 1st Ed. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2015. 13 P.
- Bıyıklı K. Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Düşme ile İlişkili Faktörler: Demografik Özellikler, Sağlık Sorunları ve Kullanılan İlaçlar. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 2006.
- Bilir N, Paksoy N. Değişen Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık Kavramı. In: Kutsal YG, Aslan D, Editors. Temel Geriatri. 1st Ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2007. P. 3.

- Black A. Rate and Cost of Hospital Admissions Due to Fall-Related Injuries Among Older Queenslanders, 2007. https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0027/435078/0708-hosp-admissions.pdf (Erişim Tarihi 06.07.2017)
- Burns ER, Stevens JA, Lee R. The Direct Costs of Fatal and Non-Fatal Falls Among Older Adults — United States. *J Safety Res.* 2016;58:99–103.
- Carroll NV., Slattum PW. The Cost of Falls Among the Community-Dwelling Elderly. *J Manag Care Pharm.* 2005;11(4):307–16.
- Chu LW, Chi I, Chiu AY. Incidence and Predictors of Falls in the Chinese Elderly. *Ann Acad Med Singapore.* 2005;34(1):60–72.
- Coimbra AMV, Ricci NA, Coimbra IB & et al. Falls in the Elderly of the Family Health Program. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010
- Consequences of Falls. http://ww2.health.wa.gov.au/articles/a_e/consequences-of-falls (Erişim Tarihi:17.07.2017)
- Craig J, Murray A, Mitchell S & et al. The High Cost to Health and Social Care of Managing Falls in Older Adults Living in the Community in Scotland. *Scott Med J.* 2013;58(4):198–203.
- Demirkundak B. 65 Yaş ve Üzeri Düşme Hikayesi Bulunan Bireylerin Postural Kontrolün Sensör ve Motor Komponentlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Bilim Dalı, 2016.
- Eksi Uymaz P. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Düşme Önleme Programının Değerlendirilmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
- El Maghraoui A, Koumba BA, Jroundi I & et al. Epidemiology of Hip Fractures in 2002 in Rabat, Morocco. *Osteoporos Int.* 2005;16(6):597–602.
- Erdil F, Bayraktar N. Yaşlı Bireylerde Kas-İskelet Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları. *FN Hem Derg.* 2010;18(2):106–13.
- Falls. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls> (Erişim Tarihi:11.09.2018)
- Gülhan S. Trabzon İl Merkezinde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Riski, Düşme Prevalansı ve Düşmeye Bağlı İşlevsel Yetersizlik. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2013.
- Hendrie D, Hall SE, Arena G & et al. Health System Costs of Falls of Older Adults in Western Australia. *Aust Health Rev.* 2004;28(3):363–73.
- Hoffman GJ, Hays RD, Shapiro MF & et al. The Costs of Fall-Related Injuries Among Older Adults: Annual Per-Faller, Service Component, and Patient Out-Of-Pocket Costs. *Health Serv Res.* 2016,September (1):20–30.
- Hsiao YL, Chang CC, Chen CM. Profile of Hospitalized Elderly Patients Treated for Falling. *Int J Gerontol.* 2012 Mar;6(1):42–5.
- Huang TT, Yang LH, Liu CY. Reducing The Fear of Falling Among Community-Dwelling Elderly Adults Through Cognitive-Behavioural Strategies and Intense Tai Chi Exercise: A Randomized Controlled Trial. *J Adv Nurs.* 2011;67(5):961–71.
- Iglesias CP, Manca A, Torgerson DJ. The Health-Related Quality of Life and Cost Implications of Falls in Elderly Women. *Osteoporos Int.* 2009;20(6):869–78.

- Koparan S. 2000-2010 Yılları Arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesine Düşme Nedeniyle Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2012.
- Kutlu R, Çivi S, Pamuk G. Postmenopozal Kadınlarda Osteoporoz Sıklığı ve Fraxtm Skalası Kullanılarak 10 Yıllık Kırık Riskinin Hesaplanması. Türkiye Fiz Tıp ve Rehabil Derg. 2012 15,58(2):126–35.
- Kwan MM-S, Close JCT, Wong AKW & et al. Falls Incidence, Risk Factors, and Consequences in Chinese Older People: A Systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2011,59(3):536–43.
- Mandracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri. Ege Tıp Derg. 2010,49(3):39–45.
- Newton JL. The Costs of Falls in the Community to The North East Ambulance Service. Emerg Med J. 2006,23(6):479–81.
- Population Ages 65 and Above (% Of Total) <http://data.worldbank.org/indicator/sp.pop.65up.to.zs?end=2015&start=1960&view=chart> (Erişim Tarihi: 14.12.2017)
- Registered Nurse’s Association of Ontario. Prevention of Falls and Fall Injuries in The Older Adult. Nurs Best Pract Guidel. 2005,(March):1–33.
- Roudsari BS, Ebel BE, Corso PS & et al. The Acute Medical Care Costs of Fall-Related Injuries Among The U.S. Older Adults. Int J Care Inj. 2005,36(11):1316–22.
- Scuffham P, Chaplin S, Legood R. Incidence and Costs of Unintentional Falls in Older People in The United Kingdom. J Epidemiol Community Heal. 2003,57(9):740–4.
- Seniors’ Falls in Canada - Infographic - Public Health Agency of Canada, 2014. http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/index-eng.php#s2-1 (Erişim Tarihi: 18.06.2017)
- Sezer N, Kibar S, Köseoğlu F ve ark. Postmenapozal Osteoporozda Yaşam Kalitesinin Belirteçleri. Ftr Bil Der. 2009,12:19–25.
- Stel VS, Smit JH, Pluijm Smf & et al. Consequences of Falling in Older Men and Women and Risk Factors for Health Service Use and Functional Decline. Age Ageing. 2004,33(1):58–65.
- Stevens JA, Corso PS, Finkelstein EA & et al. The Costs of Fatal and Non-Fatal Falls Among Older Adults. Inj Prev. 2006,12(5):290–5.
- Taner M. Hatay İlinde Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi ve Karşılanmamış Sağlık Gereksinimlerinin Ortaya Konması. Uzmanlık Tezi. Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2015.
- Teksan A. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi: Düşme Riskiyle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2016.
- Terroso M, Rosa N, Torres Marques A & et al. Physical Consequences of Falls in The Elderly: A Literature Review From 1995 to 2010. Eur Rev Aging Phys Act. 2014,11(1):51–9.
- The Demographics of An Aging Population. <https://www.healthdesign.org/insights-solutions/demographics-aging-population> (Erişim Tarihi: 31.08.2018)
- Towne SD, Ory MG, Smith ML. Cost of Fall-Related Hospitalizations Among Older Adults: Environmental Comparisons from the 2011 Texas Hospital Inpatient Discharge Data. Popul Health Manag. 2014,17(6):351–6.

- Trail Ross ME, Summerlin EB. Senior Health. In: Nies Ma, Mcewen M, Editors. Community/Public Health Nursing. 5th Ed. Elsevier Saunders, 2011. P. 354–79.
- Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2016. http://www.tuik.gov.tr/pre_haber_bultenleri.do?id=24644 (Erişim Tarihi: 24.07.2017)
- Vermişli S. Femur Trokanterik Bölge Kırığı Nedeniyle Çivileme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Manisa, 2015.
- Watson W, Clapperton A, Mitchell R. The Incidence and Cost of Falls Injury Among Older People in New South Wales 2006/07. NSW Department of Health. Sydney, 2010.
- WHO | Falls, World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/> (Erişim Tarihi: 18.12.2017)
- World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age Community Health. France, 2007. http://www.who.int/ageing/publications/falls_prevention7march.pdf (Erişim Tarihi: 18.12.2017)
- Yeung PY, Chau PH, Woo J, Higher Incidence of Falls in Winter Among Older People in Hong Kong. J Clin Gerontol Geriatr. 2011 Mar,2(1):13–6.
- Yoshida S. A Global Report on Falls Prevention Epidemiology of Falls http://www.who.int/ageing/projects/1.epidemiology_of_falls_in_older_age.pdf (Erişim Tarihi: 28.12.2017)

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF NURSING FACULTY STUDENTS' BURNOUT LEVELS

Prof.Dr.M.Olcay ÇAM*

Arş.Gör.Gizem BEYCAN EKİTLİ*

Hemşire Tuğba Büşra DÖKMETAŞ

Hemşire Nazgül MERCAN

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

Geliş Tarihi/Received: 13.08.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 21.12.2018

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerini sosyo-demografik ve akademik değişkenler çerçevesinde incelemektir.

Gereç-Yöntem: Toplam 722 öğrencinin katıldığı bu çalışmada, Schaufeli ve ark. (2002) tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Çapri, Gündüz ve Gökçakan (2011) tarafından yapılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Öğrenci Formu (MTÖ-ÖF) kullanılmıştır. Verilerin analizinde; Kolmogorov-Smirnof analizi, Kruskall Wallis, Mann Withney U testleri kullanılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Araştırmada öğrencilerin tükenmişliklerinin; cinsiyet, medeni durum ve yaşanan yer değişkenlerinden etkilenmediği ancak, yaş grubundan, sınıf düzeyinden, ekonomik durumdan, herhangi bir ek işte çalışma durumundan, haftada görülen ders saatinden, not ortalamasından, bölüme kendi isteğiyle gelip gelmeme durumundan, bölümden memnuniyetten, kendi bölümüyle ilgili bir alanda çalışma durumundan, herhangi bir etkinliğe katılma durumundan, eğitim sisteminden memnuniyet ve eğitim ortamının fiziki koşullarından etkilendiği sonucuna varılmıştır. Elde edilen sonuçlar çerçevesinde öğrencilerin tükenmişlik durumunun yaş ortalaması büyük, ekonomik durumunu kötü algılayan, herhangi bir işte çalışan, 3 ve 4. Sınıf, 30 saat ve üzeri ders gören, 2.50 ve altı not ortalamasına sahip, herhangi bir sosyal etkinliğe katılmayan, bölüme kendi isteğiyle gelmeyen, bölümünden memnun olmayan, bölümüyle ilgili bir alanda çalışmak istemeyen, bölümün eğitim sistemi ve

eğitim ortamının fiziki koşullarından memnun olmayan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu sonuçlar çerçevesinde tartışmalar yapıp öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik Sendromu, Hemşirelik, Öğrenci, Üniversite

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to examine the burnout levels of Ege University Faculty of nursing students' within the framework of socio-demographic and academic variables.

Methods: A total of 722 in this study, Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) developed by Schaufeli et al. (2002) and adapted to Turkish by Çapri, Gündüz and Gökçakan (2011) was used. Kolmogorov-Smirnof analysis, Kruskal Wallis, Mann Withney U tests were used in the analysis of data.

Results and Conclusion: Burnout of students in research; however, it has been concluded that it is not affected by gender, marital status and displacement variables, but it is affected by age group, grade, economic status, status of working, weekly course hours, cumulative GPA, enthusiasm and willingness for entry into faculty, satisfaction of the department, willingness to become a nurse, participation in any social activity, satisfaction of education system and physical conditions of faculty. In terms of the results it has been derived from higher average age, lower economic situation, working status, being third and intern grade, weekly thirty and more hours lectures, having 2.50 and lower average grade point, participate in any social activity, unwillingness for entry into faculty and becoming a nurse. Within the framework of these results, discussions were made and recommendations were presented.

Keywords: Burnout Syndrome, Nursing, Student, University

GİRİŞ

Türkiye'de sağlık çalışanları, eğitimciler ve yöneticilere yönelik değişik disiplinler tarafından tükenmişlik ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır (Çam 1991, Ergin 1992, Kaçmaz 2005). Yetmişli yıllar boyunca yapılan ilk araştırmalar, tükenmişlik olgusunu tanımlamaya, ona isim bulmaya yönelik betimsel, gözleme dayalı ya da vaka çalışması niteliğinde olmuştur (Maslach ve ark. 2001). Seksenli yıllarda ilgili literatür çalışmalarının yön değiştirdiği, daha çok tükenmişliğin yapısını açıklamaya dönük araştırmaların yer aldığı görülmektedir (Sertöz ve ark. 2008, Lamonth ve ark. 2010). Çalışmalar daha geniş örneklem gruplarında yapılmaya başlanmış ve bu dönemde geliştirilen ölçme araçları kullanılmıştır. Bu süreçte, Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Envanteri (MTE) (Maslach Burnout Inventory-MBI) birçok araştırmacı tarafından kullanılmış (Karadağ ve ark. 2001, Metin ve ark. 2007, Gündüz ve ark. 2012) ve kullanılmaya devam edilmektedir. Ülkemizde MTO'nün güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları ilk olarak Çam (1991) tarafından gerçekleştirilmiş, sonrasında Ergin (1992) tarafından tekrarlanmıştır (Çam 1991, Çam 1992, Ergin 1992). Bu dönemde tek bir tanım üzerinde görüş birliği olmasa da tükenmişlik, çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlarla üç bileşeni olan bir yapı olarak ele alınmıştır. Bunlar; *duygusal tükenme*, *duyarsızlaşma* ve *kişisel başarının azalmasıdır* (Çam 1991, Çam 1992, Ergin 1992, Tansel 2015).

Duygusal tükenme; tükenmişliğin stres boyutunu ifade etmekte olup, enerji yitimi ve yorgunluk olarak tanımlanmaktadır. Duygusal tükenme, strese çok benzer bir tepki olmasına karşın stresten ayrılan özelliği, tükenmişliğin diğer bileşenleri olan duyarsızlaşma ve kişisel başarıyla birlikte ele alınmasıdır.

Duyarsızlaşma; tükenmişliğin kişiler arası ilişkilerdeki yanıyla ilgili olup, çalışanların kendisiyle ve hizmet verdiği kişilere karşı duyarlılığının azalması; başka bir ifadeyle, kendinden ve hizmet verdiklerinden duygusal ve bilişsel olarak uzaklaşması şeklinde nitelendirilmektedir (Maslach ve ark. 2001).

Kişisel başarı; diğer iki bileşenle ilişkili bir kavram olup (Byrne 1994), duygusal olarak tükenen ve işiyle arasına mesafe koyan çalışanların, kendilerini yeterince üretken ve başarılı görmemelerini ifade eder.

Maslach ve Leiter (1997) tükenmişlik ile ilgili görüşlerini farklı şekilde genişletmiş, başlangıçtaki kişilerarası yapılandırmalarının yanında tükenmişliğin yalnızca insana yönelik mesleklerdeki çalışanlarda görülen bir olgu olmadığını ileri sürmüştür. Ortaya konulan bu yeni anlayışa göre "tükenmişlik", yapılan iş ne olursa olsun insanların yaptıkları ve yapmak zorunda oldukları şeyler arasındaki bir altüst olmayı göstermekte; insanların değerleri, onurları, saygınlıkları ve ruhlarındaki aşınımı temsil etmektedir. Başka bir ifadeyle tükenmişlik yapılan eylemin kişi üzerindeki zorlayıcı etkilerinin zamanla enerji yitimi ve tükenme oluşumuna yol açıyor oluşuyla ifade edilmektedir.

Psikolojik açıdan bakıldığında, derse katılım ve ders görevlerini yerine getirme gibi zorunlu eylemler ve sınavlardan geçme gibi özel bir amaca ilişkin yönelimler "iş" olarak tanımlanabilmekte ve "iş"e eşit bir anlam ifade etmektedir (Schaufeli 2002 ve Taris, 2005'den akt.). Buna dayanarak ölçeğin Schaufeli ve ark. (2002) tarafından üniversite öğrencilerine uyarlanmasıyla tükenmişlik olgusu öğrenci evreninde de incelenmeye başlanmıştır. Tükenmişlik üzerine olan araştırmalar, farklı meslek gruplarını ve bu araştırmanın da katılımcılarını oluşturan öğrencileri kapsayarak yaygınlaşmıştır (Schaufeli ve ark. 2002, Tansel 2015).

Bilgiç'in (2015) çalışmasında belirttiği üzere bazı meslek gruplarında, öğrencilik sürecinin belli dönemlerinden itibaren mesleki uygulama zorunluluğu ve insanlarla yoğun etkileşim sorumluluğu bulunmaktadır (Akt. Atalayın ve ark. 2013). Özellikle sağlık alanı içinde bulunan öğrenciler eğitimlerinin başından itibaren hastane ortamında etkin olarak bulunmakta, gerektiğinde gece nöbet tutmaktadır (Güdük ve ark. 2005, Naçar ve ark. 2012) Sürekli olarak hastaların gereksinimlerine karşılık vermek, yaşamları tehlike altında ya da ölmek üzere olan ve ağır-acı çeken insanlarla çalışmak, ailelerin ve profesyonel ekibin beklentileri ile karşılaşmak önemli psikolojik zorlayıcılardır (Sevencan ve ark. 2011, Kaya ve Ariöz 2014). Bu nedenle öğrenciler travmatik deneyimleri, bakım rolünün öncelikli sorumlusu olmaları, verimli ve etkili kişilerarası ilişkiler sürdürmek gibi sorumluluklarla (Akt. Ertekin ve ark. 2015) yoğun stres durumları ile karşı karşıya gelmektedir (Sevencan ve ark. 2011). Öğrencilerin hastane ortamında karşılaştığı rol belirsizliği, aşırı iş yükü, sosyal destekten yoksun olma, motivasyon azlığı, zaman baskısı, gece çalışma ve uykusuz kalma, hastane ortamında karşılaştığı stres ve stresle başa çıkmadaki başarısı tükenmişliğe katkıda bulunmaktadır (Sevencan ve ark. 2011, Atalayın ve ark. 2012, İshak ve ark. 2013).

Tüm bu etmenler mesleğe bağlı yıpranmayı hemşireler açısından öğrencilik yıllarından itibaren bir risk haline getirmekte, çeşitli ruhsal ve fiziksel sorunlar ve hatta intihar girişimleri için bir zemin hazırlamakta (Ishak ve ark. 2013) ve profesyonel yaşamları boyunca da artarak ilerlemektedir (Sevencan ve ark. 2011). Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinde tükenmişliği belirlemek, öğrencilerin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak ve güçlendirmek için olduğu kadar, profesyonel yaşama geçildiğinde sunulacak bakım kalitesinin yüksek düzeyde tutulabilmesi açısından da büyük önem teşkil etmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Evren 1444 öğrenciden oluşmakta olup örnekleme yöntemi kullanılmadan verileri eksiksiz dolduran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 722 öğrenci (tüm evrenin %50'si) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Uygulama sürecinde kurum izinleri ve öğrenci onamları alınmıştır. Veriler öğrencilere dağıtılan anket formları yardımıyla toplanmıştır. Anketler öğrencilerin kendileri tarafından beş dakikalık sürede doldurulmuştur.

Araştırmanın anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm araştırmacılar tarafından hazırlanan öğrenci kişisel bilgi formu, ikinci bölüm ise öğrencilerin tükenmişlik düzeylerini incelemek amacıyla kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Öğrenci Formu (MTÖ-ÖF)'nden oluşmaktadır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form öğrenci hemşirelerin tükenmişliği yordama olasılığı bulunan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla literatür doğrultusunda geliştirilmiştir (Rees ve ark. 2016). Araştırmaya katılan öğrencilerin kişisel bilgilerini; yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, herhangi bir işte çalışma durumu, bölümlerini isteyerek seçip seçmeme, bölümden memnuniyet, başarı durumu, haftada görülen toplam ders saati, sahip olunan not ortalaması, sosyal etkinliklere katılım, okulun eğitim sisteminden memnuniyet gibi verileri içermekte ve toplam 15 maddeden oluşmaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği – Öğrenci Formu (MTÖ-ÖF): Schaufeli ve ark. (2002) tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Çapri, Gündüz ve Gökçakan (2011) tarafından yapılan Maslach Tükenmişlik Envanteri- Öğrenci Formu üç alt ölçeği içeren, 13 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçekler 'Duygusal Tükenme (5 madde)', 'Duyarsızlaşma (4 madde)', 'Kişisel başarı (4 madde)' alt ölçekleridir. Ölçek, beşli likert tipinde olup, ölçek maddeleri "hiçbir zaman: 1", "bazen: 2", "ara sıra:3", "genellikle: 4", "her zaman:5" biçiminde puanlanmaktadır. 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ile 'Kişisel başarı' alt ölçeğinden alınan düşük puanlar tükenmişliğin olduğunu göstermektedir. Türkçe uyarlayıcılarından ölçeğin kullanım izni elektronik posta yoluyla edinilmiştir.

Verilerin analizinde sayı, yüzde ve ortalama dağılımlardan ve normal dağılıma uymayan bağımsız gruplardaki farkın anlamlılığı testlerinden yararlanılmıştır. Dağılımın normalliği Kolmogorov-Smirnof analizi ile incelenirken bağımsız iki ve üstü

gruplar arası incelemeler Kruskal Wallis, Mann Withney U korelasyon testleri ile yürütülmüştür.

BULGULAR VE YORUM

Öğrencilerin Maslach Tükenmişlik-Öğrenci Formu (MTÖ-ÖF) alt ölçek puan ortalamaları Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Öğrencilerin MTÖ-ÖF puan ortalamalarına göre dağılımı

	Min	Maks	\bar{X}	Ss	Puan Aralığı
Duygusal Tükenme	5.00	25.00	17.57	4.94	5-25
Duyarsızlaşma	4.00	20.00	11.99	4.46	4-20
Kişisel başarı	4.00	20.00	13.12	3.07	4-20

Öğrencilerin yaş ortalamaları 21.6 ± 1.7 (min=18, maks=39) yıl olarak belirlenmiş olup ölçeğin her alt boyutu için istatistiksel olarak doğrusal yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Yaş ortalaması arttıkça ölçek puanları her boyutta artmaktadır. Öğrencilerin sosyo-demografik ve akademik özelliklerine göre MTÖ-ÖF puan ortalamalarının dağılımları Tablo. 2’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin ($n=722$); %86.7’si kadın, %32.7’si 3.sınıf, %98.6’sı bekar, %54.6’sı yurttan yaşamakta, %83.5’i ekonomik durumunu “orta” olarak değerlendirmekte, %91.4’ü herhangi bir ek işte çalışmamakta, %60.0’i 30 saat ve üzeri ders görmekte, %68.6’sının not ortalaması 2.51-3.49 arası, %61.6’sı hemşirelik bölümünü kendi isteğiyle tercih ettiğini ifade etmekte, %77.6’sı okudukları bölümde çalışmak istemekte, %56.0’ı sosyal etkinliklere bazen katılabilmekte, %47.0’i okulun eğitim sisteminden memnun değilken, %84.3’ü okulun fiziki koşullarını yetersiz olarak değerlendirmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin MTÖ-ÖF puan ortalamalarına göre dağılımı

Değişkenler	n	%	Duyusal Tüklenme ($\bar{X} \pm SS$)	Duyarsızlaşma ($\bar{X} \pm SS$)	Kişisel Başarı ($\bar{X} \pm SS$)
Cinsiyet					
Kadın	626	86.7	17.7±4.9	11.9±4.5	13.1±3.1
Erkek	96	13.3	16.7±5.4	12.7±4.0	13.0±2.9
			Z=-1,645 p=0.100	Z=-1,890 p=0.059	Z=-,401 p=0.688
Medeni durum					
Evli	10	1.4	15.2±4.5	10.8±3.7	13.7±2.9
Bekar	712	98.6	17.6±4.9	12.0±4.5	13.1±3.1
			Z=-1,599 p=0.110	Z=-,972 p=0.331	Z=-,464 p=0.642
Yaşadıkları yer					
Evde	236	32.7	18.0±5.0	12.5±4.5	13.1±3.0
Yurtta	394	54.6	17.3±5.0	11.7±4.4	13.0±3.1
Ailenin yanında	92	12.7	17.4±4.9	12.1±4.4	13.6±3.0
			KW=3,09 p=0.212	KW=4,97 p=0.083	KW=2,22 p=0.328
Ekonomik durum					
İyi	53	7.3	16.7±4.7	11.9±4.7	14.0±2.9
Orta	603	83.5	17.5±4.9	11.7±4.3	13.1±3.0
Kötü	66	9.1	11.9±5.5	14.3±4.8	12.9±3.7
			KW=10,00p=0.007	KW=18,4 p=0.000	KW=4,459 p=0.108
Herhangi bir işte çalışma					
Evet	62	8.6	19.0±5.1	12.9±4.8	13.0±3.1
Hayır	660	91.4	17.4±4.9	11.9±4.4	13.1±3.1
			Z=-2,496 p=0.013	Z=-1,735 p=0.083	Z=-,109 p=0.914
Sınıf seviyesi					
1.sınıf	149	20.6	15.5±4.6	10.5±3.7	12.6±2.0
2.sınıf	140	19.4	16.9±5.3	11.4±4.5	13.2±2.6
3.sınıf	236	32.7	18.9±4.6	12.8±4.2	12.6±3.0
4.sınıf	197	27.3	18.1±4.7	12.6±4.9	14.1±3.1
			KW=47,8 p=0.000	KW=29,61p=0.000	KW=28,20 p=0.000
Hafta da görülen ders saati					
21-30 saat	288	39.9	16.2±5.0	11.0±4.1	12.9±3.0
30 saat ve üzeri	433	60.0	18.5±4.7	12.7±4.5	13.3±3.1
			Z=-6,082 p=0.000	Z=-5,046 p=0.000	Z=-1,723 p=0.085

Not ortalaması					
2.50 ve altı	172	23.8	18.8±5.0	13.1±4.3	12.3±2.9
2.51-3.49	495	68.6	17.4±4.8	11.8±4.4	13.3±3.1
3.50 ve üzeri	55	7.6	14.9±4.7	10.0±4.3	14.1±2.4
			KW=26,5 p=0.000	KW=26,46p=0.000	KW=20,54 p=0.000
Bölüme kendi isteğiyle gelme					
Evet	445	61.6	16.5±4.8	11.1±4.2	13.4±2.9
Hayır	275	38.1	19.3±4.8	13.3±4.5	12.6±3.3
			Z=-7,543 p=0.000	Z=-6,325 p=0.000	Z=-3,680 p=0.000
Bölümden memnuniyet					
Evet	435	60.2	16.0±4.6	10.5±3.9	13.7±2.8
Hayır	287	39.8	20.0±4.5	14.3±4.2	12.3±3.3
			Z=-11,03 p=0.000	Z=-11,33 p=0.000	Z=-6,617 p=0.000
Kendi bölümüyle ilgili alanda çalışma					
Evet	560	77.6	16.9±4.8	11.3±4.2	13.4±2.9
Hayır	156	21.6	19.9±4.9	14.6±4.3	12.1±3.5
			Z=-6,871 p=0.000	Z=-8,141 p=0.000	Z=-4,626 p=0.000
Sosyal etkinliğine katılma					
Evet	166	23.0	16.3±5.1	11.1±4.5	13.5±2.9
Bazen	404	56.0	17.5±4.6	12.0±4.3	13.1±2.9
Hayır	152	21.1	19.0±5.4	13.1±4.6	12.7±3.6
			KW=56,8 p=0.000	KW=40,00p=0.000	KW=13,54 p=0.000
Eğitim sisteminden memnuniyet					
Çok memnunum	9	1.2	13.2±3.6	10.4±3.7	15.0±3.3
Memnunum	127	17.6	15.1±4.5	9.6±3.8	13.7±3.0
Kararsızım	247	34.2	16.4±4.4	10.9±3.8	13.0±2.7
Memnun değilim	339	47.0	19.5±4.8	13.7±4.5	12.9±3.3
			KW=106,4p=0.000	KW=99,81p=0.000	KW=11,82 p=0.008
Eğitim ortamının fiziki koşulları					
Yeterli	22	3.0	15.2±4.5	10.0±3.9	13.9±3.3
Kısmen yeterli	91	12.6	15.7±4.5	10.7±3.9	13.2±2.9
Yetersiz	609	84.3	17.9±4.9	12.3±4.5	13.1±3.1
			KW=21,64p=0.000	KW=13,97p=0.001	KW=1,638 p=0.441

Z= Mann Withney U, KW=Kruskal Wallis

Öğrencilerin MTÖ-ÖF puan ortalamalarının; ekonomik durum, herhangi bir ek işte çalışma, sınıf düzeyi, haftada görülen ders saati, not ortalaması, bölüme kendi isteğiyle gelme durumu, bölümden memnuniyet, kendi bölümüyle alakalı bir işte çalışma durumu, eğitim sisteminden memnuniyet ve eğitim ortamının fiziki koşullarından etkilendiği saptanmıştır (Tablo 2).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Öğrencilerin yaş ortalamaları değişkenine göre MTÖ-ÖF'dan alınan puan ortalamalarının dağılımı değerlendirildiğinde, yaş artışı ile birlikte, ölçek puanlarının da her boyutta arttığı görülmüştür. Nitekim Bekir ve arkadaşları (2012) da öğrencilerin tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanların yaşlara göre değişmekte ve 23-24 yaş grubunun puanlarının, 19-20 yaş grubu tükenmişlik ölçek puanlarına göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Ayrıca Ören ve Türkoğlu (2006)'nun yaşı büyük olan öğrencilerin daha fazla duyarsızlaşma gösterdikleri bulgusu da bu sonuçları desteklemektedir. Bu bulgular yaş artışıyla birlikte tahammülsüzlük artışının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Cinsiyet değişkenine göre MTÖ-ÖF'dan alınan puan ortalamalarının dağılımı değerlendirildiğinde, kadın ve erkeklerde puan ortalamalarının ölçeğin herhangi bir boyutu için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişiklik göstermediği saptanmıştır. Aynı şekilde Gündük ve arkadaşları (2005) ile Seçer (2015) de kadın ve erkek öğrencilerin tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Ancak, Gündüz ve ark. (2012), duyarsızlaşma alt ölçeğinde erkek öğrencilerin, duygusal tükenme alt ölçeğinde ise kadın öğrencilerin daha fazla tükenmişlik yaşadığını saptamıştır. Kaya ve Arıöz (2014) erkek öğrencilerin daha duyarsız, kadın öğrencilerin ise kişisel başarı puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Balkıs ve arkadaşları (2011), Atalayın ve arkadaşları (2013), Çam ve Engin (2017) ve Chunming ve ark. (2017) ise kadın olmanın tükenmişliği düşürdüğünü aktarmıştır. Bu bulgu erkek öğrencilerde düşük kişisel başarı düzeyinin yüksek olması, erkek cinsiyet rolüne atfedilen rekabetçilik ve başarı beklentilerinin oluşturduğu baskı sonucu gerçekleşmiş olabileceği ile ilişkilendirilmiştir.

MTÖ-ÖF puan ortalamalarının öğrencilerin medeni durumlarına göre dağılımları değerlendirildiğinde, evli ve bekar öğrencilerin puan ortalamalarının ölçeğin herhangi bir boyutu için anlamlı düzeyde değişiklik yaratmadığı gözlenmiştir. Kaya ve Arıöz (2014) de öğrencilerin tükenmişlik düzeyleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki saptamazken; Çam ve Engin (2017), Chunming ve ark. (2017), Njim ve ark. (2018) araştırmalarında evliliğin tükenmişlik düzeyini arttırdığını aktarmıştır. Bizim örneklemimizde yer alan az sayıda evli öğrencinin yaşları gereği evliliklerinde daha kısa zaman geçirdikleri varsayılabilir. Bu nedenle tükenmişliğin daha az yaşanması olasılığı bulunabilir. Kesin sonuçlara ulaşılması için daha detaylı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Öğrencilerin MTÖ-ÖF puan ortalamalarının yaşadıkları yere göre dağılımları değerlendirildiğinde, evde, yurttan ve aile yanında kalan öğrencilerin puan

ortalamalarının ölçeğin herhangi bir boyutu için anlamlı düzeyde değişiklik yaratmadığı saptanmıştır. Çavuşoğlu (2009), Tümkaya ve Çavuşoğlu (2010) ve Sarıgöz ve Çermik (2012)'in bulguları da araştırmamızı destekler niteliktedir. Bu bulgu birlikte yaşanan aile üyesi ya da arkadaşın sosyal bir destek ya da zorlayıcı olarak öğrenciyi etkilemediği şeklinde yorumlanabilir.

Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinde algılanan ekonomik düzey anlamlı değişiklikler yaratmıştır. Bu farklılık ekonomik durumunu kötü algılayan gruptan kaynaklanmaktadır. Pınar ve ark. (2015), Çavuşoğlu ve Tümkaya (2010), Demirel ve ark. (2015)'nin araştırma bulguları da bulgularımızla paralellik göstermektedir. Sosyoekonomik düzey arttıkça yaşanan duygusal tükenmişlik azalmaktayken, duyarsızlaşmanın arttığı görülmektedir. Bu durum kötü ekonomik duruma sahip öğrencilerin yaşam standardı olarak bu ekonomik duruma uyum sağlarken; gittikçe daha olumlu bir ekonomik durum açısından umut ve beklentilerinin azaldığı şeklinde düşünülebilir. Kaya ve Arıöz (2014) araştırmalarında öğrencilerin ekonomik durum algıları ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Araştırma bulgularımıza göre ek bir işte çalışma durumu Duygusal Tükenmişlik alt ölçeğinde istatistiksel anlamda farklılık yaratmaktadır. Başka bir işte çalışıyor olmanın bizim araştırmamızda duygusal tükenmişliği düşürdüğü ortaya konmuştur. Öğrencilerin akademi dışında bir işle ilgileniyor olmaları hem üretken ve etkin bir hayat yaşamaları anlamında daha değerli hissettirmesi, hem de ekonomik değişkenler açısından duygusal boyutuyla tükenmişlikle daha etkili baş etmelerini sağlıyor olabilir. Bu açıdan fiziksel yorgunluğa rağmen daha doyumlu zamanlar açısından başka bir işte çalışmanın öğrencileri tükenmişliğe karşı desteklediği şeklinde yorumlanabilir. Bulgularımızın aksine Çapur (2006) ve Chunming ve ark. (2017)'nin yaptığı araştırmada öğrencilerin çalışıyor olmalarının okul hayatlarını olumsuz etkilediği, okula devamsızlık yapma oranlarının yüksek olduğu, okuldan uzak kaldıkları ve bu durumun okuldan soğuyup derslerden geri kalıp başarısız olmalarına neden olduğunu saptanmıştır.

Öğrencilerin MTÖ-ÖF puan ortalamalarının sınıflara göre dağılımları değerlendirildiğinde alt boyutların tümünde anlamlı değişiklikler olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın 3. ve 4. sınıflardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Örnekte yer alan intörnlüklerde kişisel başarı düzeyi artmasına rağmen tükenmişliğin diğer boyutları olumsuz etkilenmiştir. Benzer şekilde Ayaz Alkaya ve ark. (2018) intörnlük uygulamasının hemşirelik öğrencilerinde özellikle artmış tükenmişlikle ilişkili olduğunu belirlemiştir. Bu bulgular Çapri ve arkadaşları (2012), Kutsal ve Bilge (2012), Çapulcuoğlu ve Gündüz (2013), Tansel (2015), Seçer (2015), Chunming ve ark. (2017) ve Njim ve ark. (2018)'nin araştırmalarıyla da desteklenmektedir. Sınıf seviyesi arttıkça öğrencilerin daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır. Boni ve ark. (2018) yoğun çalışma temposunun tükenmişlik için önemli bir risk etmeni olduğunu belirtmektedir. Bu açıdan daha üst sınıf öğrencilerinin bitirme tezi hazırlama, atama için merkezi sınavlara hazırlanma, istihdam belirsizliği

ve okul sınavları gibi etkenler nedeniyle daha fazla tükenme yaşadığı düşünülebilir. Nitekim Watson ve ark. (2008)'ı artan stres ve yorgunluğun hemşirelik öğrencilerinin tükenmişliğiyle ilişkisini ortaya koymuştur. MTÖ-ÖF puan ortalamalarının görülen haftalık ders saatine göre dağılımları değerlendirildiğinde; Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinde anlamlı değişiklikler olduğu saptanmıştır. Bu farklılık 30 saat ve üzeri ders gören gruptan kaynaklanmaktadır. Tansel (2015)'in yaptığı çalışmada da 30 ve üzeri saat dersi olan öğrencilerin daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir. Yine Gündüz ve ark. (2012)'nin çalışmasında haftalık 21-30 ve 31 saat üzerinde ders yükü olan öğrencilerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puan ortalamaları, haftalık ders yükü 16-20 saat olan öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Boni ve ark. (2018)'nin birinci sınıf sağlık öğrencileriyle yaptıkları çalışma bulguları da bu sonuçlarla paralellik göstermektedir. Bu durum ders saatinin öğrenciler için "iş yükü" olarak kabul edilebileceğinden fiziksel bir etmen olarak tükenmişliği tetiklediği şeklinde düşünülebilir.

Araştırmamızda öğrencilerin not ortalamaları tükenmişliği her boyutuyla etkilemiştir. Ortalama başarı düştükçe tükenmişlik artmaktayken şaşırtıcı olarak kişisel başarı boyutu puanlarını düşürmüştür. Bu noktada notları daha yüksek olan öğrencilerin kendilerini daha katı şekilde değerlendirdikleri için başarı alanında daha fazla tükendikleri düşünülebilir. Kaya ve Arıöz (2014) özellikle duygusal tükenme boyutunun not ortalaması ile yakından ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Araştırma bulgularımıza uymayan şekilde Kutsal ve Bilge (2012) ve Demirel ve ark. (2015) da çalışmalarında okul başarısı yüksek olan öğrencilerin her boyutuyla tükenmişlik düzeylerinin düştüğünü saptamışlardır. Çavuşoğlu ve Gündüz (2013) ise özellikle duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarında farklılık tespit etmiştir. Bu sonuçlar bizi bir döngüye ulaştırmış olup; not ortalaması düşük olan öğrencilerin tükenmişlik düzeyi artarken aynı zamanda tükenmişliğin artmasıyla not ortalamasında anlamlı bir düşüşü tetiklediğini düşündürmüştür. Bu bulguların aksine Tümkaya ve Çavuşoğlu (2010) not ortalamasını tükenmişlik açısından etkili bir değişken olarak değerlendirmemektedir.

Hemşirelik bölümüne gönüllü olarak kendi isteğiyle gelmeyen öğrencilerin tükenmişlik puan ortalamaları her boyut açısından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kaya ve Arıöz (2014)'ün araştırması da bulgularımızla paralellik göstermektedir. Aydın ve ark. (2017)'i bölümü isteyerek okuyanlarda duygusal tükenme düşerken, kişisel başarı düzeylerinin arttığını ortaya koymuştur. Bu noktada, bölüme isteyerek gelenlerin bölümüne daha iyi uyum sağladığı ya da daha fazla mücadele verdikleri düşünülebilir. Bu yönde bilimsel kanıtlara ve araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Benzer şekilde bölümden memnuniyet düzeyi de tükenmişliğin tüm boyutları açısından etkilidir. Demirel ve ark. (2015)'i çalışmalarında öğrencilerin eğitim memnuniyeti arttıkça tükenmişliğin önemli ölçüde düştüğünü ifade ederken; Atalayın ve ark. (2013), Tansel ve ark. (2015), Ertekin ve ark. (2015) ve

Njim ve ark. (2018)'nin araştırmalarında bölümünü değiştirmek isteyen, mezuniyet sonrası başka bir alanda çalışmak isteyen ve mesleği olumsuz algılayan öğrencilerde daha fazla tükenme ve duyarsızlaşma yaşanmakta olduğu belirlenmiştir. Aydın ve ark. (2017)'nin hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada da bölümden memnun olmayan öğrencilerin duygusal tükenme alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Araştırmamız bulguları da literatür ile uyumluluk göstermektedir. Çalışma hayatında ve özel hayatta mutlu olmanın, iyi bir kariyer elde etmenin ilk adımı kişiliğe uygun meslek seçmekle mümkündür. Kendine uygun meslek seçmiş olan kişiler daha az tükenmişlik yaşarken (Fındık ve ark. 2011) işlerini severek yapar, mesleğinde ilerler, böylece hem coşkulu hem mutlu hem de verimli olarak yaşamlarını sürdürmektedirler (metefankara.meb.gov.tr, 20.01.2018). Bölüme gönülsüz başlamak tükenmişliği tetiklemenin yanında öğrencileri bölümden uzaklaştırdığı ve başka meslek arayışına ittiği düşünülebilir.

Eğitim sisteminden ve ortamın fiziki koşullarından memnuniyetsiz olan öğrencilerde tükenmişlik daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Bu noktada bulgularımızı tartışacak başka bir araştırma sonucuna ulaşamamıştır. Yeterli ve donanımlı teorik literatür, laboratuvar ve uygulama alanlarının olmaması, yoğun dersler arasında dinlenme için uygun zaman ve mekanın bulunmaması ve kalabalık sınıflarda eğitim almaları gibi değişkenlerin etkililiği bu açıdan daha ayrıntılı olarak incelenmelidir.

Araştırmamıza göre sosyal bir etkinliğe katılmıyor olmak da tüm tükenmişlik boyutlarında anlamlı bir artış yaratmaktadır. Gündüz ve ark. (2012)'ı da benzer şekilde sosyal desteğe sahip olmayan öğrencilerin daha fazla tükendiği ve öğrencilerin kendilerini başarılı hissetmediklerini saptamıştır. Tansel (2015) ile Pınar ve ark. (2015) ise sosyal etkinlik yetersizliğinin yalnızca Kişisel Başarı alt boyutunu etkilediğini belirlemiştir. Öğrencilerin kliniklerdeki yoğun çalışma durumları, son sınıf öğrencilerin sınav ve mezuniyet aşamasında olmalarından dolayı hobilerine zaman ayıramamaları tükenmişlik nedenleri arasında sayılabilir.

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda öğrencileri tükenmişlik sendromuna yönelik farkındalıklarını arttıracak ve stresle etkili baş etme yollarını güçlendirecek seminerlere yönlendirmek, doğru ve zamanında bilgi sağlayacak bu seminerleri düzenlemek, tükenmişlik belirtileri gösteren öğrencilere yönelik sistemli tarama çalışmalarını yürütmek, gerekli görülen öğrencilere yönelik destek ve danışmanlık sistemlerini daha etkin hale getirmek ve öğrencilerin daha fazla sosyalleşebilecekleri düzende bir eğitim programı ve ortamı yaratmak hemşirelik öğrencilerinde tükenmişliği önlemek ve azaltmak açısından değerli bulunan önerilerdir.

KAYNAKÇA

- Atalayın Ç. Tezel H, Önal B. ve ark. Diş Hekimliği Öğrencilerinde Tükenmişlik: Ön Çalışma. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2013; 47(3): 6–18.
- Ayaz Alkaya S, Yaman Sözbir Ş, Bayrak Kahraman B. The Effect Of Nursing İnternship Program on Burnout and Professional Commitment. Nurse Education Today 2018; 68:19-22.
- Aydın,D Akay B, Baydemir,S .Hemşirelik Öğrencilerinde Tükenmişlik ve Etkileyen Faktörler. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017; 7(81):19-23
- Balkas M, Duru E, Buluş M ve ark. Tükenmişliğin Öğretmen Adayları Arasındaki Yaygınlığı, Demografik Değişkenler Ve Akademik Başarı İle İlişkisi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2011; 29: 151-65.
- Bekir HŞ, Şahin H, Şanlı SH. Eğitim Fakültesi'nde Öğrenim Gören Öğrencilerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. e-Journal of New World Sciences Academy 2012;7(2), 2c0041.
- Boni RAdS, Paiva CE, de Oliveira MA et al. Burnout Among Medical Students During The First Years of Undergraduate School: Prevalence and Associated Factors. PLoS ONE 2018; 13(3): e0191746. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191746>
- Byrne RJ. Burnout:Testing For The Validity ,Replication, And Invariance Of Causals Tructure A Cross Elementary, Intermediate, And Secondary Teachers. American Educational Research Journal 1994;31(3),645-73.
- Chunning WM, Harrison R., MacIntyre R. et al. Burnout In Medical Students: A Systematic Review Of Experiences In Chinese Medical Schools. BMC Medical Education 2017. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1064-3>.
- Çam O. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, İzmir;1991.
- Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması. VII.Ulusal Psikoloji Kongresi, 25 Eylül 1992, Ankara. (Kongre Kitabı s.s: 155- 160).
- Çam O. Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun İncelenmesi. 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 30 Eylül 1992, Ankara.
- Çam O, Engin E. Hemşirelerde Tükenmişlik. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017; 10 (51): 501-7.
- Çapri B, Gündüz B, Gökçakan Z. Maslach Tükenmişlik Envanteri-Öğrenci Formu'nun (MTE-ÖF) Türkçe'ye Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2011; 1 (40): 134–47.
- Çapulcuoğlu U, Gündüz B. Lise Öğrencilerinde Tükenmişliğin Cinsiyet, Sınıf Düzeyi, Okul Türü ve Algılanan Akademik Başarı Değişkenlerine Göre İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2013; 3(1), 12-24.
- Çapur Ç. Çalışan İlköğretim Öğrencilerinin Eğitim Beklentileri. Ç.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Adana;2006.
- Çavuşoğlu İ. Sınıf Öğretmenliği Son Sınıf Öğretmen Adaylarının Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009.
- Demirel ON, Yılmaz Y, Üngüren E. Meslek Yüksekokul Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Bir Çalışma. EKEV Akademi Dergisi 2015;(62):173-83.
- Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Bilimsel Çalışmaları. Ankara; 1992: 143 - 154.

- Ertekin Pınar Ş, Bilgiç D, Demirel D ve ark. Sağlık Alanlarında Okuyan Üniversite Öğrencilerinin Tükenmişlik ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015;14(4):284-92.
- Fındık ÜY, Erol Ö, Süt N ve ark. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011;27(3):55-65.
- Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ş. ve ark. Ankara'da Bir Tıp Fakültesi'nde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerde Tükenmişlik Sendromu. *STED* 2005; 14(8): 169 -73.
- Gündüz B, Çapri B, Gökçakan Z. Üniversite Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 2012; 19: 38-55.
- Ishak W, Nikraves R, Lederer S et al. Burnout In Medical Students: A Systematic Review. *The Clinical Teacher* 2013;10(4):242-5.
- Kaçmaz N. Tükenmişlik(Burnout) Sendromu. İstanbul Üniversitesi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2005;68(1),46-7.
- Karadağ F, Karagöz N, Ateşçi FÇ. ve ark. Denizli İlinde Çalışan Hemşirelerde Tükenme Düzeyi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2001;38(4):208-14.
- Kaya D, Arıöz A. Ebe ve Hemşire Öğrencilerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2014;31:89-99.
- Kutsal D, Bilge F. Lise Öğrencilerinin Tükenmişlik ve Sosyal Destek Düzeyleri. *Eğitim ve Bilim* 2012; 37(164): 283-97.
- Lamothe M, Rondeau E, Malboeuf-Hurtubise C et al. Outcomes of MBSR or MBSR-based Interventions In Health Careproviders: A Systematic Review With A Focus On Empathy Andemotional Competencies. *Complementary Therapies in Medicine* 2016;24:19-28.
- Maslach C, Jackson SE. The Measurement Of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2, 99-113.
- Maslach C, Leither MP. *The Truth About Bournout*. San Francisco: Jossey-Bass;1997.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001; 52, 397-422.
- Metin Ö, Özer FG. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2007;10(1),58-66.
- Milli Eğitim Bakanlığı Metefankara.meb.gov.tr (Erişim Tarihi:20.01.2018).
- Naçar M, Baykan Z, Çetinkaya F. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci Ve İkinci Sınıf Öğrencilerinde Tükenmişlik Durumu Ve Eğitimin Etkisi. *Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi* 2012; 35: 9-20.
- Njim T, Mbanga C, Mouemba D et al. Determinants Of Burnout Syndrome Among Nursing Students İn Cameroon: Cross-Sectional Study. *BMC Research Notes* 2018; 11:450.
- Ören N, Türkoğlu H. Öğretmen Adaylarında Tükenmişlik. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2006:16.
- Rees SC, Heritage B, Osserian-Moisson R. et al. Can We Predict Burnout among Student Nurses? An Exploration of the ICWR-1 Model of Individual Psychological Resilience. *Front Psychol* 2016;7: 1072.
- Sarıgöz O, Çermik Y. Maslow'un Tükenmişlik Ölçeği İle MYO Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenerek Değerlendirilmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2012;1(2), 116-122.
- Schaufeli WB, Martinez IM, Marques-Pinto A. Et Al. Burnout And Engagement In University Students: A Cross National Study. *J Cross Cult Psychol* 2002;33(5): 464-81.
- Seçer İ. Üniversite Öğrencilerinde Okul Tükenmişliği ile Psikolojik Uyumsuzluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2015;19 (1): 81-99.

- Sertöz ÖÖ, Binbay İT, Mete HE. Tükenmişliğin Nörobiyolojisi: Hipotalamus-Pituiter-Adrenal Eksen ve Diğer Bulgular Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(3): 318-28.
- Sevencan F, Çayır E, Üner, S. Burnout Status Of İtern Doctors And Associated Factors. Cah Socio Demo Med. 2011; 50: 501-16.
- Tansel B. Üniversite Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015;44(2), 241-68.
- Taris TW, Le Blanc PM., Schaufeli WB. et al. Are There Causal Relationship Between The Dimensions Of The Maslach Burnout Inventory? A Review And Two Longitudinal Tests. Work Stress, 2005; 19 (3): 238255.
- Tümkiye S, Çavuşoğlu İ. Sınıf Öğretmenliği Son Sınıf Öğretmen Adaylarının Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010; 19(2),468 – 81.
- Watson R., Dearly I, Thompson D. et al. A Study of Stress And Burnout in Nursing Students in Hong Kong: A Questionnaire Survey. Int J Nurs Stud. 2008; 45(10):1534-42.

PALYATİF BAKIMDA KANSER REHABİLİTASYONU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

CANCER REHABILITATION IN PALLIATIVE CARE AND NURSING MANAGEMENT

Uzm. Hemş. Gönül DÜZGÜN*

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN**

* Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Servisi, İzmir

**E.Ü.Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Geliş Tarihi/Received: 29.07.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 09.11.2018

ÖZ

Günümüzde kanserin tanı ve tedavisindeki gelişmeler, gittikçe fazla sayıda kanserli hastanın daha uzun yaşamasını sağlamaktadır. 1960'lardan beri rehabilitasyon; miyokard infarktüsü inme, baş ve spinal kord yaralanmaları, amputasyonla birlikte diğer fiziksel/nörolojik yetersizliği olan hastalar için bakım programlarının önemli bir parçası olarak kabul edilmiştir.

Kansere bağlı kötü prognoz sonucu temel tedavilerin ön plana çıkması nedeniyle rehabilitasyona yeterli ilgi gösterilmemektedir. Ancak palyatif bakım felsefesi hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, temel yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi, semptom kontrolü ve fiziksel fonksiyonların sürdürülmesine destek sağlamayı amaçladığı için rehabilitasyon hizmetinin önemi de dikkat çekmektedir.

Palyatif Bakım Geliştirme Merkezi konsensus raporunda, hastane ortamında bakım değerlendirmesine gereksinim duyan hastaların belirlenmesine yardımcı olmak için birincil tetikleyici kriterlerin ana hatları verilmektedir. Böylelikle hastaların palyatif bakıma yatışları sırasında hangi riskleri barındırdığı ve alınabilecek önlemleri planlamada yardımcı olması amaçlanmıştır.

Kanser hastalarında rehabilitasyon uyumunu azaltan ve tedaviyi bırakmaya neden olan en önemli faktörler; tedaviye ilgi eksikliği, tıbbi komplikasyonlar, zaman ve yoğunluk açısından egzersiz programlarının uzun olması, hastalığın evresi ve ulaşım sorunlarıdır. Egzersiz programının yoğunluğu ve uzunluğu, özellikle son dönem kanser hastaları söz konusu olduğunda, hastayı yormayacak ya da sıkımayacak şekilde ayarlanmalıdır.

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları geliştirmesi, hasta odaklı daha kapsamlı araştırmalar yapması ve palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar içinde aktif bulunması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler; Palyatif Bakım, Kanser, Rehabilitasyon, Hemşirelik

ABSTRACT

Recent advances in the diagnosis and treatment of cancer have led to a longer life span for an increasing number of cancer patients. Since 1960, rehabilitation has been considered as an important part of the care packages for patients suffering from myocardial infections, stroke, head and spinal cord injuries, amputation, and other physical and neurological impairments..

Not enough attention has been given to rehabilitation in the management of cancer since attention is focused on the fundamental treatments due to cancer-related poor prognosis. However, the importance of rehabilitation is evident in the principles of palliative care since it aims to improve the patient's quality of life, maintain basic life activities, control symptoms, and support maintaining physical functions.

The Palliative Care Development Center consensus report outlines the primary triggering criteria to help identify patients who need care assessment in the hospital setting. It was intended to help the personnel in planning what risks the patients may have and what measures can be taken during their admittance to palliative care service.

Among cancer patients, the most important factors that reduce adherence to and lead to termination of rehabilitation programs are lack of interest in therapy, medical complications, time constraints, long exercise programs, disease progression, and transportation problems. The intensity and length of the exercise program should be adjusted so that the patient will not be tired or bored, especially in case of late-stage cancer patients.

Nurses are recommended to design more comprehensive, patient-oriented studies and to be actively involved in studies aimed at increasing the quality of life of palliative care patients.

Keywords: *Palliative Care, Cancer, Rehabilitation, Nursing.*

GİRİŞ

Kanser rehabilitasyonu için birçok tanımlama yapılmıştır. Cromes, 1978'de, kanser rehabilitasyonunun, hastanın, hastalığın ve tedavisinin izin verdiği sınırlar dahilinde en uygun fiziksel, sosyal, fizyolojik ve mesleki işleve sahip olmasını sağlamayı amaçladığını ifade etmiştir. Memorial-Sloan Kettering Kanser Merkezi'nde görev yapan ve ilk kanser rehabilitasyonu ders kitaplarından birinin yazarı olan J. Herbert Dietz, kanser rehabilitasyonunu dört farklı aşamada tanımlamıştır (Taşpınar ve ark. 2014). Bu tanımlamaya göre kanser rehabilitasyonu;

- Önleyici girişimler; beklenen engellerin etkisini azaltacak girişimler
- Restore edici(onarıcı) girişimler: beklenen engellerin etkisini azaltacak girişimler
- Destekleyici girişimler: hastaların engellerine uyum sağlamasına yardımcı olma ve hastalık süresince yetersizliklerin en aza indirilmesine yardımcı olacak girişimler
- Palyatif girişimler; komplikasyonları en aza indirmek veya ortadan kaldırmak, hastada konfor ve destek sağlamak için yapılan girişimler olarak sınıflandırılmıştır (Dietz, 1981).

Günümüzde kanserin tanı ve tedavisindeki gelişmeler, gittikçe fazla sayıda kanserli hastanın daha uzun yaşamasını sağlamaktadır. Rehabilitasyon 1960'lardan bu yana; miyokard infarktüsü inme, baş ve spinal kord yaralanmaları, amputasyonla

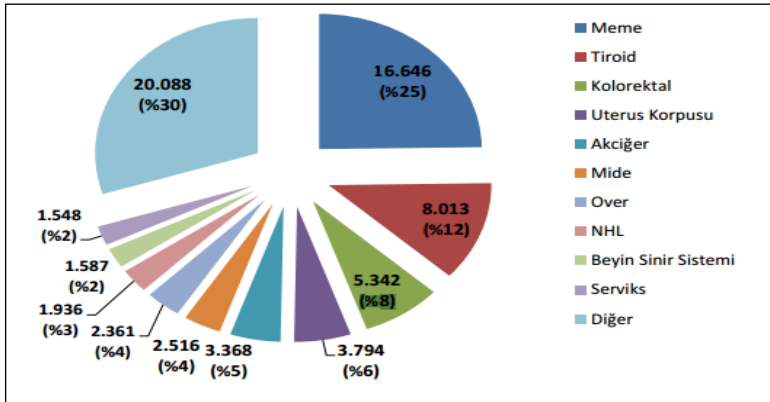
birlikte diğer fiziksel ve nörolojik yetersizlik yaşayan hastalar için bakım programlarının önemli bir parçası olarak kabul edilmiştir. Kanser bakımında rehabilitasyonun önemi 21. yy'dan itibaren daha da artmıştır (Wells ve Macbride, 2006). Kanser rehabilitasyonuna gereksinimi olan hastalar bu hizmeti ayaktan fizik tedavi ünitelerinden, hastanede yatan hastalar konsültasyon hizmetleri yoluyla yerinde, hastanede yatmayan hastalar evde bakım ekiplerinden ve terminal dönem de dahil olmak üzere palyatif bakım merkezlerinden yararlanmak suretiyle alabilmektedir. Palyatif bakım merkezleri hastaya yalnızca terminal dönemde hizmet vermekle kalmayıp tanı konulduğu andan itibaren hastaya bütüncül bakış açısıyla olası komplikasyonların önlenmesi ve bakım hizmetinin karşılanması yönünde hizmet vermektedir (Kubler Ross, 1969).

Türkiye'de rehabilitasyon alanında çoğunlukla aktif çalışan grup olarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı, fizyoterapistler dikkati çekmektedir. Oysa rehabilitasyon alanında hemşire, sosyal hizmet uzmanları gibi meslek grupları da önemli sorumluluklara sahiptir.

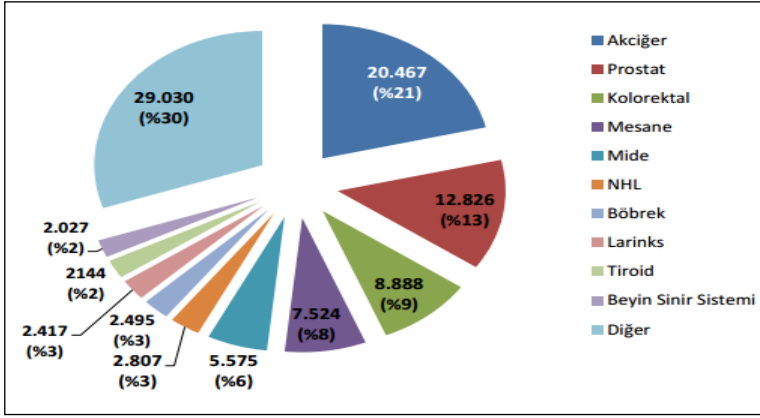
Kanser İstatistikleri ve Mevcut Durum

Ülkemizde son resmi rakamlar değerlendirildiğinde bir yıl içerisinde yaklaşık 96.200 erkek ve 67.200 kadına kanser tanısı konduğu tahmin edilmektedir. Son beş yıl verileri incelendiğinde ise; kanser sıklığında herhangi bir artış ya da azalma olmadığı görülmektedir. (Şekil 1-2). Türkiye'de her yıl yaklaşık 163.500 kişiye kanser tanısı konurken bir günde yaklaşık 450 kişiye yeni kanser tanısı konduğu tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; 2015'te dünyada kanser nedeniyle kaybedilen bireylerin sayısı 8.8 milyonu geçmiştir. Her altı kişiden biri kanser nedeniyle kaybedilmektedir. Dünya genelinde en sık ölüme yol açan kanserlerin sırasıyla akciğer kanseri (1.69 milyon ölüm), karaciğer kanseri (788 000 ölüm), kolorektal kanserler (774 000 ölüm) olduğu görülmektedir (WHO, 2018).

Şekil 1. Kadınlarda görülen kanser türleri ve oranları (Kanser İstatistikleri, 2017)



Şekil 2. Erkeklerde görülen kanser türleri ve oranları (Kanser İstatistikleri, 2017)



Kansere bağlı kötü prognoz sonucu kanserin yönetiminde temel tedavilerin ön plana çıkması nedeniyle rehabilitasyona yeterli ilgi gösterilmemektedir (Cheville, 2007). Ancak palyatif bakım felsefesi hastanın yaşam kalitesinin iyileştirmek, temel yaşam aktivitelerini sürdürmek, semptom kontrolü ve fiziksel fonksiyonlarını iyileştirmek olduğu için bu felsefeye destek olan rehabilitasyon hizmetinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır (Taşpınar ve ark. 2014).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 50 yıldan uzun süredir kanser rehabilitasyonu hizmeti verilmekte olup, bu alanda birçok program yaklaşımı ortaya konmuştur. Bu programların ortak özellikleri fizik tedavi uzmanı veya onkolog öncülüğünde sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, onkoloji hemşiresi ve iş- uğraş terapistinden oluşan bir ekip tarafından uygulanması ve hasta eğitimi, spesifik kanser rehabilitasyon protokolleri ve ağrı kontrol yöntemlerini içermesidir (Molinario ve ark. 1986). Kanser rehabilitasyonu ve palyatif bakım, disiplinler arası ekipler tarafından onkoloji hastalarına tıbbi hizmetlerin verilmesini içermektedir. Bu ortak alanlar kansere bağlı semptomların veya kanser tedavisine bağlı yan etkilerin azaltılması, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, bakım verenin yükünün hafifletilmesi, hasta merkezli bakımın değerlendirilmesi ve kararların paylaşılmasıdır (Silver ve ark. 2015). Kanser rehabilitasyonu ve palyatif bakım hizmetleri, Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) tarafından tanımlandığı şekliyle hastaya odaklı bakım hizmeti sunmayı desteklemektedir. Bireysel hasta tercihlerine, gereksinimlerine ve değerlerine karşı saygılı ve bunlara duyarlı olmayı ve hasta değerlerinin tüm klinik kararları belirlemesini sağlamayı hedeflemektedir (Institute of Medicine, 2001).

Kanser Rehabilitasyonu ve Palyatif Bakım İlişkisi

Palyatif bakımda primer hedef olan semptom kontrolünün sağlanmasının yanı sıra hastada görülebilecek ajitasyon, duyu durum bozukluğu ya da deliryum gibi

semptomların yönetiminde beyin hasarı ya da travmaya uğramış hastalarla çalışma deneyimi olan fizyoterapistler klinik destek sağlayabilmektedir (Sami ve ark. 2015).

Palyatif bakım uzmanları ve fizyoterapi uzmanları hastanın tanı ve tedavisinde sıklıkla nöropsikolojik testler kullanmaktadır. Fizyoterapi uzmanları hastanın güvenliği ve uygun şekilde yatak içi ve yatak dışı transferinin nasıl sağlanacağına yönelik hasta ve hasta yakınına bilgilendirmesi ve uzun süre bu konuda eğitim vermesi palyatif bakım anlayışıyla benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte verilen eğitim dışında önemli amaçlardan biri de hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve bakım yükünü azaltmaktır. Palyatif bakım uzmanları hastanın uygun olarak mobilize edilmesinin yanında bilişsel durumunun bozulmasına neden olan bulantı ve kusma gibi semptomların azaltılmasına da odaklanabilmektedir. Açıkça görülmektedir ki bu iki ayrı disiplinin hastanın farklı gereksinimleri ve bakım alanlarını ve bu deneyimlerini bir araya getirdiğinde hastada en üst düzeyde yarar sağlanabilmektedir (Sami ve ark. 2015; Johansson ve ark. 2015; Escalante ve ark. 2015).

Kanser tedavisinde birçok yöntem kullanılmasına karşın hem hastalığın getirdiği olumsuz etkiler hem de kullanılan tedavilerin yol açtığı yan etkiler nedeniyle hastalarda zaman zaman birden fazla semptom gelişmekte ve bu semptomların birlikteliği hastanın genel durumunu daha da kötüleştirebilmektedir. Palyatif bakımda kontrolü sağlanmaya çalışılan bulantı, kusma, yorgunluk ya da dispne gibi semptomların tedavisinde fizik tedavi uygulamalarından oldukça yarar sağlandığı literatürde açıkça görülmektedir. Cheville ve arkadaşlarının çalışmasında yürüyüş ve direnç egzersizlerini içeren ev içi egzersiz programının evre IV akciğer ve kolorektal kanser hastalarında mobilitayı arttırdığı, yorgunluk ve uyku kalitesini iyileştirdiği görülmektedir (Cheville ve ark. 2013). Javier ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çeşitli rehabilitasyon girişimlerinde hastanın fonksiyonel kapasite, yaşam kalitesi, hareketlilik, yorgunluk, ağrı, dispne, duygusal durum ve bilişsel işlevlerinde iyileşme olduğu belirtilmektedir (Javier ve Montagnini, 2011). Jensen ve arkadaşlarının palyatif bakım kanser hastalarında yaptığı bir çalışmada aerobik ve direnç egzersiz eğitimlerinin palyatif kemoterapi alan hastalarda kansere bağlı semptomların yanı sıra günlük yaşamdaki fiziksel aktivitelerde iyileşme sağladığı bildirilmektedir (Jensen ve ark. 2011). Palyatif bakım semptomlarından olan yorgunluğun değerlendirildiği Oldervoll ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sekiz hafta fiziksel egzersiz yapan hastaların toplam yorgunluk puanlarında düşüş olduğu ve terminal evredeki hastaların fiziksel kapasitelerini koruyarak yorgunluğun azaltılmasında egzersizin etkin bir yöntem olduğu bildirilmektedir (Oldervoll ve ark. 2011).

Palyatif bakım ve rehabilitasyon, yaşam kalitesi ve diğer semptomların iyileştirilmesinde önemli roller oynasa da, her iki hizmet de sağlık ekibi üyeleri ve toplum tarafından sıklıkla yanlış anlaşılmaktadır. Bu hizmetlerin kapsamı ve odağına ilişkin karışıklık onkoloji hasta bakımında da görülebilmektedir. En önemli nokta rehabilitasyonun, egzersiz veya fitness programlarıyla karıştırılmasıdır. Rehabilitasyon programları sadece egzersizlerden oluşmamaktadır. Ancak tıp ve diğer sağlık alanlarında yapılan klinik çalışmalarda ve girişimlerde rehabilitasyon yalnızca egzersiz olarak tanımlanmakta olup fiziksel yetersizlikler dışında hastalara yapılabilecek diğer

girişim ve uygulamalarda kullanım alanı olmadığı düşünülmektedir. Örneğin onkolojide kardiyak rehabilitasyon sadece egzersiz bazlı planlandığında baş boyun kanserli hastalarda yutma, konuşma ve bilişsel bozuklukların tanı veya tedavisinde rehabilitasyon uygulamalarının kullanılmadığı düşünülmektedir. Oysa rehabilitasyon bu alanlarda da hastaya oldukça yarar sağlamak ve yaşam kalitesiyle birlikte genel iyilik halini de iyileştirmektedir. Guo ve arkadaşları 2005-2007 yılları arasında yatarak tedavi gören solit tümörü ve kas güçsüzlüğü olan hematolojik kanser hastalarında geriye yönelik kayıtlarının incelenmesi sonucunda fizyoterapi, iş-uğraş terapisi, konuşma, dil-ışıtme terapisi ve rehabilitasyon hemşireliği uygulamalarından yarar sağladığı görülmüştür. Ayrıca Motor ve Bilişsel Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) puanlarında olumlu iyileşme olduğu, hastanede ve rehabilitasyonda kalış sürelerinin azaldığı ve önemli fonksiyonel kazancın sağlanabileceği bildirilmektedir (Guo ve ark. 2011). Clemens ve arkadaşlarının kanser hastalarında yaptığı bir çalışmada manuel lenfatik drenaj sonrası ağrı ve dispne semptom yoğunluğunda azalma sağlandığı bildirilmiştir (Clemens ve ark. 2010).

Kanser Rehabilitasyonunda Kullanılan Tarama Testleri ve Değerlendirme Araçları

Palyatif bakım gereksinimi olan kanser hastalarında tarama, protokoller ve ölçüklerin uygun şekilde ve süreçte kullanılması, bakım koordinasyonunu ve hizmetlere erişimi iyileştirmenin önemli bir yoludur. Ayrıca tarama testleri sonucunda hastaların yüz yüze geldiği semptom kümeslerinin de daha hassas ele alınması çok önemlidir (Tablo 1).

Tablo 1. Palyatif Bakımda /Rehabilitasyonda Kullanılan Değerlendirme Araçları (Siver ve ark. 2015).

Semptomların Değerlendirilmesi	Edmonton Semptom Değerlendirme Sistemi Memorial Semptom Değerlendirme Sistemi Rotterdam Semptom Kontrol Listesi Semptom Distres Skalası
Kırılgnlık	Kırılgn Yaşlı Anketi Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme
Fonksiyonel Durum	Barthel İndeksi Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Karnofsky Performans Durumu Ölçeği
Yürüyüş/Mobilite	Zamanlı Kalk Yürü Testi 6 Dakika Yürüme Testi
Bilinç	Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Folstein Mini Mental Testi Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi
Yaşam Kalitesi	Fonksiyonel Kanser Tedavi Değerlendirmesi- Genel (FACT-G) Fonksiyonel Yaşam İndeksi-Kanser Avrupa Kanser Tedavi Ve Araştırma Teşkilatı Yaşam Kalitesi Anketi Kısa Form SF-36
Distres	Distres Termometresi Hastane Anksiyete Ve Depresyon Skalası Edmonton Semptom Değerlendirme Skalası

Depresyon Değerlendirmesi	Beck Depresyon Ölçeği Geriatrik Depresyon Skalası Hamilton Depresyon Skalası Zung Self-Rating Depresyon Skalası
Anksiyete Değerlendirmesi	Sürekli Kaygı Envanteri Anksiyete Ölçeği
Deliryum Değerlendirmesi	Deliryum Derecelendirme Ölçeği Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi
Yorgunluk Değerlendirmesi	Piper Yorgunluk Skalası Brief Yorgunluk Ölçeği
Dispne Değerlendirmesi	Kronik Solunum Ölçeği Tıbbi Araştırma Konseyi Ölçeği
Boylamsal araştırmalar sistemi	Hasta tarafından iletilen sonuçları ölçme bilgi sistemi (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System=PROMIS)

Hasta tanılama ölçekleri tanı konduğu andan itibaren kullanılmaya başlanmalı ve tedaviden ölüm sürecine kadar devam etmelidir. Hastanın bu süreçteki izlemi rehabilitasyon ve palyatif bakım hizmetlerine gereksinimi boyutunda planlamanın yapılmasına ve hasta merkezli bakım verilmesine yardımcı olmaktadır. Stout ve arkadaşları meme kanseri olan kadınlarda sıklıkla karşılaşılan lenf ödem, ekstremiteler hareket kısıtlılığı, ağrı, yorgunluk gibi birçok semptomun değerlendirilmesinde Prospektif İzlem Modeli geliştirerek hastaları olası riskler hakkında bilgilendirmeyi ve komplikasyonlardan korumayı hedeflemiştir. Hastaların fiziksel egzersizlere tanısında başlamasının yararlı olduğu bildirilmektedir. (Stout ve ark. 2012). Hemşireler olarak bu stratejiler yoluyla semptomlar ortaya çıkmadan durumun farkına varılması hem semptom yükünü azaltmakta hem de sorun oluşması halinde semptomun kötüleşmesine engel olmaktadır. Mevcut durumda ve gelecekte palyatif bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili değerlendirmeler ve önerilerin hastanın bakım planına dahil edilmesi oldukça önemlidir.

Günümüzde, kanser rehabilitasyonunda ve palyatif bakımda sağlık profesyonelinin doğru yönlendirmek için süreci kolaylaştıracak tek bir evrensel tarama aracı bulunmamaktadır. Palyatif Bakım Geliştirme Merkezi konsensus raporunda, hastaneye kabul edilen hastalarda, primer bakım ekibinden bir doktorun palyatif bakım ihtiyacının ana hatlarını belirlemesi, ekibin alanı dışında bir sorun varsa palyatif bakım uzmanı konsültasyonu istenmesi önerilmektedir. Böylelikle hastaların palyatif bakıma yatışları sırasında hangi riskleri taşıdığı ve hangi önlemlerin alınabileceği konusunda ekibe ve hastaya yardımcı olması amaçlanmıştır (Weissman ve Meier 2011).

Rehabilitasyon Programlarının Palyatif Bakım Semptomları Üzerindeki Etkisi **Rehabilitasyon Programının Fiziksel Kapasite Üzerine Etkisi**

Kanser rehabilitasyonunun bir gereksinim olduğunu kanıtlayan ilk çalışma Lehman ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bu çalışmada 805 kanser hastası incelenmiş ve rehabilitasyona gereksinim duyan 438 hasta bulunmuştur. Göğüs, akciğer ve baş

boyun tümörü olan hastalarda bu gereksinimin %70'e kadar yükseldiği bildirilmiştir. Değerlendirilen hastaların % 35'inde fiziksel güçsüzlük ile ilişkili fonksiyon kaybı, % 32'sinde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için bir yardımcı cihaza gereksinim, % 23'ünde ambulasyon zorluğu ve %7'sinde transferlerde yardıma gereksinim saptanmıştır (Lehmann ve ark. 1978). Yayınlarda terminal dönemdeki hastaların da önemli işlev kayıpları yaşadıkları belirtilmiş olduğu halde çalışma sonuçlarının klinik uygulamada kullanımı maalesef istenilen düzeye ulaşmamıştır (Eyigör ve Akdeniz, 2014).

Literatürde rehabilitasyon hizmeti alan palyatif bakım hastalarının ağrı, dispne ve yorgunluk gibi semptomlarının azaldığı, beslenme ve duygusal durumlarının iyileştiği, kas güçlendirme ve hareket aralığında artış olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca hastalar denge ve vücut üzerindeki kontrol hislerinin arttığını ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduklarını bildirilmiştir. Ayrıca rehabilitasyon uygulamalarının stresi azalttığı ve hastanın kendisini daha bağımsız hissettiği saptanmıştır (Barawid ve ark. 2015; Corsonello ve ark. 2015; Osborne ve ark. 2014).

Curtis ve arkadaşlarının terminal evre kanser hastalarında rehabilitasyonun etkisini araştırdığı bir çalışmada, bakım evinde kalan ve 6 yıl egzersiz yapan 301 kişi incelenmiştir. Rehabilitasyondan sonra Barthel indekslerinde ortalama %27 oranında bir ilerleme kaydedildiği bildirilmiştir. Hastaların bir kısmının (49 kişi) mobilite ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını kazandığı saptanmıştır (Curtis ve ark. 1991). Porock ve arkadaşlarının çalışmasında egzersizin palyatif bakım hastalarında anksiyeteyi ve yorgunluğu azaltarak yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir (Porock ve ark. 2000).

Rehabilitasyon Programının Yorgunluk Üzerine Etkisi

Yorgunluk, palyatif bakım hastalarında % 80 - % 90 oranında görülen önemli bir semptomdur. Yorgunluğun, hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Egzersizin yorgunluk üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (Radbruch ve ark. 2008). Grup egzersizleri, enerji koruma teknikleri ve düzenli fiziksel aktiviteler kansere bağlı yorgunluğun azaltılmasında etkindir (Narayanan ve Koshy 2009). Van Weert ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yorgunluğun nedenleri ile rehabilitasyonun etkinliği değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan 32 kanser hastası, aerobik ve kas güçlendirme egzersizleri, spor faaliyetleri ve psikolojik destekten oluşan bir rehabilitasyon programına dahil edilmiştir. Rehabilitasyon çalışmaları 15 hafta sürdükten sonra, fiziksel parametrelerde iyileşme görülürken yorgunlukta belirgin azalma olduğu bildirilmiştir (Van Weert ve ark. 2006).

Kanser hastalarında yorgunluğu azaltmak için aerobik egzersizlerin kullanılması gerekmektedir. Birçok çalışmada, kas gruplarını aktive etmek ve oksidatif kas liflerini arttırmak için hafif ve orta dereceli yürüme ve bisiklet egzersizleri haftada birkaç kez uygulanmıştır. Aktif kanser tedavisi uygulanan ve tedavisi tamamlanmış hastalara uygun bir egzersiz programı reçete edilmesi gerektiği bildirilmektedir. (Eyigör ve Akdeniz, 2014).

Kanser hastalarında yorgunluğu azaltmak için egzersiz uygulaması dışında diyet düzenlemesi, uyku terapisi, kognitif terapi ve farmakolojik tedavi ile fiziksel kondüsyon yeniden sağlanabilmektedir. Dolayısıyla yorgunluğun giderilmesi için sadece egzersiz önerilmemeli hastanın en üst düzeyde yarar sağlayabileceği uygulamalar da akılda bulundurulmamalıdır. (Aras ve Ünsal S. 2007).

Rehabilitasyon Programının Kaşeksi ve Kas Gücü Üzerine Etkisi

Kanser kaşeksi destek gıdalar ile tamamen tersine çevrilemeyen çok faktörlü bir durumdur. Kaşeksi düzeyi derinleştikçe fizyolojik işlevlerde bozulma ve kas kütlesi kaybı artarak devam edebilmektedir (Fearon ve ark. 2011; von Haehling ve Anker, 2010). Kanser kaşeksi sırasında kas kütlesi ve kas gücünün kaybedilmesi istemsiz zayıflamaya neden olmaktadır. Bu nedenle kas kütlesi ve kas gücünü arttırmak için egzersiz önerilmektedir. Aktif kanser tedavisi sırasında fiziksel egzersizin kas kütlesi ve kas kuvveti üzerindeki etkisini değerlendiren 16 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde aktif kanser tedavisi sırasında uygulanan aerobik ve direnç egzersizlerinin kas kütle kaybını önleyebileceği gösterilmiştir. (Stene ve ark. 2013).

Rehabilitasyon Programının Disfaji Üzerine Etkisi

İleri evre kanser hastalarında disfaji primer tümör bölgesine bakılmaksızın % 12-70 oranında görülmektedir (Teunissen ve ark. 2006; Kenny ve ark. 2018). Palyatif bakım hastalarında semptom kümelenmesi içinde disfaji görülme oranı %50.59 olarak belirlenmiştir (Tsai ve ark. 2010). Disfaji klinik olarak önemli bir semptomdur. Ölümden önceki son haftada daha sık görülmekte ve son iki günde şiddeti artmaktadır. İleri evre kanserlerde yutma güçlüğü yaşandığında, mortalite riski hastalıkla paralel olarak yükselmektedir (Kenny C. ve ark. 2018).

Yutma bozukluğunda rehabilitasyon, beslenmenin düzenlenmesi ve aspirasyonun engellenerek yutma işleminin daha güvenli bir şekilde sağlanmasına odaklanmıştır. Yutma rehabilitasyonu kompensatuvar stratejiler ve tedavi-rehabilitasyon teknikleri adı altında düzeltici (korrektif) yöntemlerden oluşmaktadır (Gerek ve Çiyiltepe 2005).

Yutma rehabilitasyonunda ilk basamak gıdanın güvenli ve kolay bir şekilde ağız boşluğundan farinkse geçişini sağlamak ve aspirasyonu ortadan kaldırmak için uygulanan kompensatuvar stratejilerdir. Bu uygulamalardan bir tanesi postural teknikler olup, hastanın baş veya gövde postürünün değiştirilmesi ile farinks boyutunu ve bolusun ağız boşluğundan farinkse geçiş yolunu değiştirmeyi amaçlayan uygulamalardır. Bunun dışında oral duyu hissini artırma teknikleri de hastaya fayda sağlayabilmektedir. Yutma apraksisi olan hastalar ile yiyeceğe karşı dokunsal agnozi, oral yutma başlangıcında gecikme, ağız duyusunda azalma ve faringial yutma tetiklenmesinde gecikme olan hastalarda bu tür egzersizler kullanılabilir. Gıda alım ve hız değişiklikleri faringeal fazı zayıflamış, her bolusu 2-3 yutma ile alabilen hastalara küçük miktarlarda bolus verilmesi ve bolus alımları arasındaki sürenin artırılması yolu ile aspirasyon riskini azaltılmasını hedefleyen tekniklerdir. Egzersizlerden yarar göremeyen hastalar için belirli kıvamların diyetten

çıkartılması da en son düşünülebiyecek uygulamalardır. (Düzgün ve Aykar 2017; Lembo, 2018).

Yutma rehabilitasyonu amacıyla kullanılan diğey yöntemler terapi teknikleridir. Bu teknikler yutma fizyolojisini değıştirmektedir. Oral motor kontrol egzersizleri; çene, yanaklar, dil ve dudakların hareket açıklığı ve kas kuvvetlendirme egzersizlerini içermektedir (Carnaby-Mann ve Crary 2007). Yapılan bir meta analizde 20 araştırma incelenmiş ve radyoterapi alan baş boyun kanserli hastalara uygulanan yutma rehabilitasyon uygulamalarından fayda gördüğü ifade edilmiştir (Greco ve ark. 2018).

Rehabilitasyon Programının Cinsel Sorunlar Üzerine Etkisi

Palyatif bakım kanser hastalarında görülen sorunlardan biri de cinsel sorunlardır. Özellikle pelvik cerrahiden ve/veya radyasyondan sonra kadın kanser hastaları hastalık nüksü korkusu, anatomik nedenler, stenoz veya ilişki sırasında olası kanamalar nedeniyle cinsel ilişkiye tekrar girmekten kaçınabilmektedir. Cinsel danışmanlık, darlığı önlemek için vajinal dilatatörler, yapay lubrifikasyon ve cinsel rahatsızlığın en az düzeyde olmasını sağlayan geleneksel cinsel pozisyonlardaki değışikliklere ilişkin hastaya verilebiyecek eğitim ve danışmanlıklar ile korkuların en aza indirilmesi sağlanabilmektedir. Orşiektomi ve / veya pelvik ve abdominal radyasyondan sonra testis kanseri hastaları, hormonal değışiklikler ve fertilitte kaybı gibi uzun süreli bozukluklar, yorgunluk, ishal, idrar ve dışkı inkontinansı ve dermatolojik semptomlar yaşayabilmekte ve bu sorunların hepsi cinsel işlev bozukluğuna yol açabilmektedir. Erektile disfonksiyon, ağırlı ve/veya retrograd ejakülasyon, libido kaybına ve erkek vücut görüntüsündeki değışikliklere neden olabilmektedir. Erektile yardımcı cihazlar ve penisin cerrahi rekonstrüksiyonu cinsel rehabilitasyon programında önemli bir rol oynayabilmekte ve bu konuda hastalara danışmanlık vermek oldukça yararlı olabilmektedir (Fialka-Moser ve ark. 2003).

Rehabilitasyon Programının Psikolojik Semptomlar Üzerine Etkisi

Literatür incelendiğinde aerobik kondisyon denemelerini içeren çalışmalarda hastalarda mevcut olan semptom sıklığında olumlu iyileşmeler sağlanmasının yanında psikolojik iyileşme ve yaşam kalitesinde de belirgin yarar sağlanmış olduğu görülmektedir (Adamsen ve ark. 2006; Andersen ve ark. 2006). Birçok hastalık aşamasında egzersiz ve iyileşmiş ruhsal durum arasında güçlü bir ilişki bildirilmiştir (Martinsen, 2000; Brown ve ark. 2005).

Palyatif Bakım Hastalarına Rehabilitasyon Programı Tasarlanırken Yaşanabileceği Güçlükler

Egzersiz uygulamasının bir çok semptomun azaltılmasında etkin olduğu bilinmesine rağmen hastaların egzersiz programlarına sürekli katılımı konusunda sorunlar yaşanabilmektedir (Oldervoll ve ark. 2004). Maddocks ve arkadaşlarının yaptığı kanser hastalarını dahil etmeyi hedefleyen bir çalışmada egzersiz programlarına katılma ve tamamlama oranının % 50'nin altında olduğu ifade edilmiştir (Maddocks ve ark. 2009).

Egzersiz programlarına katılım oranının artırılmasını kolaylaştıran en ideal yaklaşım kişiye özel planlanmış bir rehabilitasyon programı oluşturmaktır. Hastanın

aldığı rehabilitasyon, hastalık yeri, evresi, önceki ve mevcut tedavileri, önceki işlevsel durumu, yaşam beklentileri, komorbiditeler, ağrı, kullanılan ilaçlar, hastanın bilişsel ve duygusal durumu, beslenme, fiziksel kapasite ve potansiyel sınırlılıklar birlikte düşünülerek planlanmalıdır. Hastanın kas iskelet sistemi muayeneleri dikkatle yapılmalı ve eklem hareket açıklığı, yürüme değerlendirmesi ve düşme riski mutlaka değerlendirilmelidir (Maddocks ve ark. 2009).

Kanser hastalarının rehabilitasyon tedavisine uyumunu azaltan ve tedaviyi bırakmasına neden olan en önemli faktörler terapiye ilgi eksikliği, tıbbi komplikasyonlar, egzersizin süresi ve yoğunluğu, egzersiz programlarının çok uzun olması, hastalığın evresi ve ulaşım sorunlarıdır. Egzersiz programının yoğunluğu ve uzunluğu, özellikle son dönem kanser hastalarını yorabileceği için hastanın durumu göz önünde bulundurularak planlanmalıdır (Maddocks ve ark. 2009; Eyigör ve Akdeniz, 2014).

Palyatif bakım hastalarına grup egzersiz programı planlanırken kişi sayısının mümkün olduğunca az tutulmalıdır. Uygulanacak egzersizin tipi, şiddeti, uzunluğu ve yoğunluğu hastadan hastaya değişebileceği için bu konuda bir standart yoktur. Yatan hastalarda takip eden hemşiresi, fizyoterapist ya da eğitim almış hasta yakını tarafından verilen egzersiz türleri; yatakta yapılan egzersizler, aktif hasta katılımlı egzersizler ya da basit destek cihazları ve ağırlıklar içeren egzersizler, yürüme, yüzme gibi aerobik egzersizler olabilmektedir. Ancak hasta tarafından sıklıkla tercih edilen egzersiz tipi yürüme ve ev egzersizi şeklindedir (Palacio ve ark. 2009).

Hastanın genel durumunu göz ardı eden ve beklentilerin yüksek tutulduğu bir rehabilitasyon veya egzersiz programı hasta uyumunu güçleştirmenin yanı sıra hastanın moralini bozarak motivasyonunu düşürebilmektedir. Örneğin, yorgunluk nedeniyle yataktan oda kapısına kadar yürüyemeyen hastaya Eklem Açıklığı Egzersizi (EAE) ve solunum egzersizi vermek hem hasta için hem de uygulanabilirliği açısından hasta yakını için daha sağlıklı olabilmektedir (Eyigör ve Akdeniz, 2014).

Palyatif Bakım Kanser Rehabilitasyonunda Egzersiz Dışı Uygulamalar

Kanser hastalarında sıklıkla psikolojik, seksüel, sosyal ve fiziksel bozukluklar birlikte görülebilmektedir. Dolayısıyla hastaların egzersiz dışı rehabilitasyon uygulamalarına da ihtiyaçları vardır. Yapılan araştırmalarda meme kanseri hastalarının standart egzersiz dışında kompleks dekonjestif fizyoterapi uygulamalarından da yarar gördüğü belirtilmiştir (Didem ve ark. 2005). Kompleks dekonjestif fizyoterapi uygulamaları manuel lenfatik drenaj, kompresyon tedavisi, terapötik egzersizler, cilt bakımı ve hasta eğitimi kombinasyonundan oluşmaktadır. KDT tedavisinin; lenfödemli hastalarda, ekstremitelerde volümünde ve ağrıda azalma sağladığı ve yaşam kalitesine olumlu etkileri olduğu birçok çalışma ile kanıtlanmıştır (Özcan ve Aras 2016).

Kanser hastalarında kullanılacak uygulamalardan bir de yoga'dır (Keser ve ark. 2017). Yoga'nın palyatif bakım hastalarında da sıklıkla görülen depresyon, ağrı, yorgunluk gibi semptomları azaltmaya yardımcı olduğu, kanser hastalarının günlük ve rutin aktiviteleri gerçekleştirmesine katkıda bulunduğu ve meme kanseri olan yaşlı

hastalarda yaşam kalitesini artırdığı yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (Yağlı ve Ulger 2015). Yapılan bir başka araştırmada meme kanserli hastalara kinezyo bantlama tekniği uygulanmıştır. Kinezyo bant kasın elastik özelliklerine benzer, yapışkan nitelikte, uygulandıkları deri üzerinde kaldırıcı etkiye sahip ve deri ile dış ortam arasında hava dolaşımına izin verebilecek özellikte bir bantlama tekniğidir. Kanser hastalarında kinezyo bantlama tekniğinin lenfödemin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Pekyavaş ve ark. 2014).

Kanser Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü

Rehabilitasyon hemşireliği; kronik bir hastalığı olan, uzun süre bakım ve tedaviye gereksinim duyan hastaların öz-bakımını arttırmaya, bozulan fonksiyonlarını düzeltmeye ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimleri hedefleyen profesyonel bir hemşirelik alanıdır (İncazlı ve ark. 2016). Palyatif bakımda kanser rehabilitasyonu multidisipliner bir ekip işidir. Bu nedenle hemşirelerin de rol ve sorumlulukları diğer ekip üyeleri ile ortak çalışarak hastaya en üst düzeyde yarar sağlamaktır. Amerikan Rehabilitasyon Hemşireliği Derneği aracılığı ile McCourt tarafından yayınlanan rehberde, rehabilitasyon hemşirelerinin eğitici, bakım veren, danışman, bakımda koordinatör, hastayı teşvik edici, araştırmacı ve uzman rolleri olduğu belirtilmiştir (Pryor ve Smith 2002).

Hemşireler bireylerin sağlık bakımından birinci derecede sorumlu olup, diğer sağlık profesyonelleri ile karşılaştırıldığında hasta ile en fazla zaman geçiren meslek grubudur. Dolayısıyla palyatif bakımda fizyoterapist ve ilgili diğer sağlık profesyonelleriyle iletişim içinde kalarak hasta ve yakınına gerekli destek, eğitim ve danışmanlığı vermesi çok önemlidir. Rehabilitasyon hemşirelerinin başlıca görevleri arasında;

- Yaşam tarzı değişen hastanın yeni durumuna adaptasyon sağlamasını kolaylaştırmak,
- Hastanın mevcut sağlığını geliştirmek için tedavi stratejileri tasarlamak ve uygulamak,
- Hastaya teropatik bir çevre oluşturmak,
- Diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapmak yer almaktadır (Kneafsey ve ark. 2003; Association of Rehabilitation Nurses 2013).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastalarında palyatif bakım programlarında egzersiz ve rehabilitasyon yaklaşımları, hastanın semptomlarını, fonksiyonel kapasitelerini, yaşam kalitesini ve yaşam süresini olumlu yönde etkilemektedir. Hemşirenin bu konuda hastaya uygun reçetelendirilmiş olan egzersiz programlarını uygularken hastanın genel durumunu ve motivasyonunu göz önünde bulundurarak hareket etmesi gerekmektedir. Hastanın primer bakım vericileri olarak egzersiz dışı rehabilitasyon uygulamaları ile ilgili çalışmaların artırılması ve rehabilitasyon hemşireliğine bilimsel katkı sağlayacak çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesi için hasta odaklı araştırma yapmaya gereksinim vardır.

KAYNAKÇA

- Adamsen L, Quist M, Midtgaard J, Andersen C, Møller T, Knutsen L, Et Al. The Effect Of A Multidimensional Exercise Intervention On Physical Capacity, Well-Being And Quality of Life in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Support Care Cancer* 2006; 14: 116- 27.
- Akdemir, N., Akkuş, Y. Rehabilitasyon Ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006;13(1), 82–91.
- Andersen C, Adamsen L, Moeller T, Midtgaard J, Quist M, Tveteraas A, Et Al. The Effect Of A Multidimensional Exercise Programme On Symptoms And Side-Effects In Cancer Patients Undergoing Chemotherapy-The Use of Semi-Structured Diaries. *Eur J Oncol Nurs* 2006; 10: 247-62.
- Aras M, Ünsal S. Kanser Hastalarında Rehabilitasyonun Önemi. *Tük Fiz Tıp Rehab Derg* 2007;53:74-7.
- Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The Benefits of Rehabilitation For Palliative Care Patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015; 32(1):34-43.
- Brown WJ, Ford JH, Burton NW, Marshall AL, Dobson AJ. Et Al. Prospective Study Of Physical Activity And Depressive Symptoms In Middle-Aged Women. *Am J Prev Med* 2005; 29: 265-72
- Carnaby-Mann GD, Crary MA. Examining The Evidence On Neuromuscular Electrical Stimulation For Swallowing: A Meta-Analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007: 133:564
- Cheville A. Cancer Rehabilitation. In: *Physical Medicine & Rehabilitation*, Ed: Braddom RL, Saunders Company, Third Edition, 2007; 1369-98
- Cheville AL, Kollasch J, Vandenberg J, Shen T, Grothey A, Gamble G, Et Al. A Home-Based Exercise Program To Improve Function, Fatigue, And Sleep Quality In Patients With Stage IV Lung And Colorectal Cancer: A Randomized Controlled Trial, *J Pain Symptom Manage*. 2013; 45 (5): 811-21
- Clemens KE, Jaspers B, Klaschik E, Nieland P. Evaluation Of The Clinical Effectiveness Of Physiotherapeutic Management of Lymphoedema in Palliative Care Patients. *Jpn J Clin Oncol*. 2010; 40 (11): 1068-72.
- Corsonello A, Scarlata S, Pedone C, Bustacchini S, Fusco S, Zito A, Et Al. Treating COPD in Older And Oldest Old Patients. *Curr Pharm Des*. 2015; 21 (13): 1672-89
- Curtis EB, Krech R, Walsh TD.. Common Symptoms in Patients With Advanced Cancer. *J Palliat Care*. 1991; 7 : 25-29
- Didem K, Ufuk YS, Serdar S, Zümre A. The Comparison of Two Different Physiotherapy Methods in Treatment Of Lymphedema After Breast Surgery. *Breast Cancer Res Treat*. 2005;93(1):49-54.
- Dietz JH. *Rehabilitation Oncology*. John Wiley & Sons Inc, New York. 1981
- Düzgün G, Aykar FŞ. Disfaji, (Edt) Yıldırım Y., Fadiloğlu Ç., Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım. İçinde: *Nobel Tıp Kitapevleri*. 2017; 423-435.
- Erişim Tarihi; 08.10.2018
- Escalante CP, Meyers C, Reuben JM, Wang X, Qiao W, Manzullo E, Alvarez RH, Morrow PK, Gonzalez-Angulo AM, Wang XS, Mendoza T, Liu W, Holmes H, Hwang J, Pisters K, Overman M, Cleeland C. A Randomized, Double-Blind, 2-Period, Placebocontrolled Crossover Trial Of A Sustained-Release Methylphenidate In The Treatment of Fatigue In Cancer Patients. *Cancer J* 2014;20(1):8–14. Doi: 10.1097/PPO.0000000000000018
- Eyigor S, Akdeniz S. Is Exercise Ignored İn Palliative Cancer Patients? *World J Clin Oncol*. 2014; 5(3):554-9.

- Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, Jatoi A, Loprinzi C, Macdonald N, Mantovani G, Et Al. Definition And Classification Of Cancer Cachexia: An İnternational Consensus. *Lancet Oncol.*2011; 12 : 489-495.
- Fialka-Moser, V., Crevenna, R., Korpan, M., & Quittan, M. Cancer Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2003;35(4), 153-162.
- Gerek M. Çiyiltepe M. Yutma Bozukluğu Olan Hastalarda Rehabilitasyon Yöntemleri Ve Sonuçları, *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg*
- Greco, E., Simic, T., Ringash, J., Tomlinson, G., Inamoto, Y., & Martino, R. Dysphagia Treatment For Patients With Head And Neck Cancer Undergoing Radiation Therapy: A Meta-Analysis Review. *International Journal Of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 2018;101(2), 421-444.
- Guo Y, Shin KY, Hainley S, Bruera E, Palmer JL. Inpatient Rehabilitation İmproved Functional Status İn Asthenic Patients With Solid And Hematologic Malignancies. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011; 90 (4): 265-71.
- İncazlı SB. Özer S. Yıldırım Y. Rehabilitasyon Hemşireliğinde Hayvan Destekli Uygulamalar. *Balikesir Sağlık Bil Derg* 2016;5:2;88-93
- Institute Of Medicine (2001) Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century. National Academy Press. <https://www.İom.Edu/Reports/2001/Crossing-The-Quality-Chasma-New-Health-System-For-The-21st-Century.aspx> Erişim Tarihi; 20.07.2018.
- Javier NS, Montagnini ML, Rehabilitation Of The Hospice And Palliative Care Patient, *J Palliat Med.* 2011; 14 (5): 638-48.
- Jensen W, Baumann FT, Stein A, Bloch W, Bokemeyer C, De Wit M, Et Al. Exercise Training in Patients With Advanced Gastrointestinal Cancer Undergoing Palliative Chemotherapy: A Pilot Study. *Support Care Cancer.* 2014; 22 (7): 1797-806
- Johansson B, Wentzel AP, Andrell P, Mannheimer C, Ronnback L. Methylphenidate Reduces Mental Fatigue And Improves Processing Speed İn Persons Suffered A Traumatic Brain Injury. *Brain Inj* 2015;1-8. Doi:10.3109/02699052.2015.1004747
- Kanser İstatistikleri [Http:// Kanser. Gov.Tr/ Dosya/ 2017 Haberler/ 2017_4_Subat. Pdf](http://Kanser.Gov.Tr/Dosya/2017_Haberler/2017_4_Subat.Pdf) Erişim Tarihi; 16.07.2018.
- Kenny, C., Gilheaney, Ó., Walsh, D., & Regan, J. Oropharyngeal Dysphagia Evaluation Tools İn Adults With Solid Malignancies Outside The Head And Neck And Upper Gı Tract: A Systematic Review. *Dysphagia*, 2018; 1-18.
- Keser, İ., Özdemir, K., Ertürk, B., Haspolat, M., Duman, T., & Esmer, M. Kanser Hastalarına Yönelik Onkolojik Rehabilitasyon Ünitesi'nde Sunulan Hizmetlerin Analizi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;1(1): 18-27
- Kneafsey R, Long AF, Ryan J. An Exploration Of The Contribution Of The Community Nurse To Rehabilitation. *Health And Social Care İn The Community.* 2003;11 (4):321-328
- Kubler Ross E. On Death And Dying. New York, NY, Scribner, 1969
- Lehmann JF, Delisa JA, Warren CG, Delateur BJ, Bryant PL, Nicholson CG, Cancer Rehabilitation: Assessment Of Need, Development, And Evaluation Of A Model Of Care. 1978; 59 : 410-419.
- Lembo AJ, Oropharyngeal Dysphagia: Clinical Features, Diagnosis, And Management, 2017;8 Topic 2237 Version 20.0 https://www.Uptodate.Com/Contents/Oropharyngeal-Dysphagia-Clinical-Features-Diagnosis-And-Management?Source=See_Link

- Maddocks M, Mockett S, Wilcock A. Is Exercise An Acceptable And Practical Practical Therapy For People With Or Cured Of Cancer? A Systematic Review. *Cancer Treat Rev* 2009; 35: 383-90.
- Martinsen EW. Physical Activity For Mental Health. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120: 3054-6. 29.
- Molinario J, Kleinfeld M, Lebed S. Physical Therapy And Dance In The Surgical Management Of Breast Cancer. *Phys Ther* 1986;66:967-9.
- Narayanan V, Koshy C. Fatigue In Cancer: A Review Of Literature.. *Hint Nedian J Palliat Care* 2009; 15 : 19-25
- Oldervoll LM, Kaasa S, Hjermsstad MJ, Lund JA, Loge JH, Et Al. Physical Exercise Results in The Improved Subjective Well-Being Of A Few or Is Effective Rehabilitation For All Cancer Patients? *Eur J Cancer* 2004; 40: 951-62.
- Oldervoll LM, Loge JH, Lydersen S, Paltiel H, Asp MB, Nygaard UV, Et Al. Physical Exercise For Cancer Patients With Advanced Disease: A Randomized Controlled Trial. *Oncologist*. 2011; 16 (11): 1649-57
- Osborne TR, Ramsenthaler C, Wolf-Linder S, Schey SA, Siegert RJ, Edmonds PM, Et Al. Understanding What Matters Most To People With Multiple Myeloma: A Qualitative Study Of Views On Quality Of Life. *BMC Cancer*. 2014; 14 (1): 496.
- Özcan D, Aras M. Kompleks Dekonjestif Terapi-Ana Hatlar. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2016;9(4):38-44
- Palacio A, Calmels P, Genty M, Le-Quang B, Beuret-Blanquart F. Onkoloji Ve Fizikî Tıp Ve Rehabilitasyon. *Ann Phys Rehabil Med*. 2009; 52: 568-578.
- Pekyavaş NÖ, Tunay VB, Akbayrak T, Kaya S, Karataş M. Complex Decongestive Therapy And Taping For Patients With Postmastectomy Lymphedema: A Randomized Controlled Study.*Eur J Oncol Nurs*. 2014;18(6):585-90.
- Porock D, Kristjanson LJ, Tinnelly K, Duke T, Blight J. An Exercise Intervention For Advanced Cancer Patients Experiencing Fatigue: A Pilot Study. *J Palliat Care*. 2000 Autumn;16(3):30-6.
- Pryor J, Smith C. A Framework For The Role Of Registered Nurses In The Specialty Practice Of Rehabilitation Nursing In Australia. *Journal Of Advanced Nursing*. 2002;39 (3):249-257.
- Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Gonçalves JF, Løge J, Kaasa S, Nauck F, Stone P. Fatigue In Palliative Care Patients -- An EAPC Approach, *Palliat Med*. 2008; 22: 13-32.
- Sami MB, Faruqui R, The Effectiveness Of Dopamine Agonists For Treatment of Neuropsychiatric Symptoms Post Brain Injury And Stroke. *Acta Neuropsychiatr* 2015;1–11. Doi:10.1017/Neu.2015.17.
- Silver JK, Raj VS, Fu JB, Wisotzky EM, Smith SR, Kirch RA, Cancer Rehabilitation And Palliative Care: Critical Components In The Delivery Of High-Quality Oncology Services, *Support Care Cancer*, 2015;23(12):3633-43.
- Stene GB, Helbostad JL, Balstad TR, Riphagen II, Kaasa S, Oldervoll LM. Effect of Physical Exercise On Muscle Mass And Strength In Cancer Patients During Treatment--A Systematic Review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013; 88 : 573-593.
- Stout NL, Binkley JM, Schmitz KH, Andrews K, Hayes SC, Campbell KL, Mcneely ML, Soballe PW, Berger AM, Cheville AL, Fabian C, Gerber LH, Harris SR, Johansson K, Pusic AL, Prosnitz RG, Smith RA . A Prospective Surveillance Model For Rehabilitation For Women With Breast Cancer. *Cancer* 2012;118(8 Suppl):2191–2200. Doi:10.1002/Cncr.27476.
- Taşpınar Ö, Aydın T, Akcakaya A, Kanser Rehabilitasyonunda Palyatif Yaklaşımın Yeri ve Önemi, *Bezmialem Science*, 2014; 1: 31-37

- Teunissen SC, De Graeff A, De Haes HC, Voest EE. Prognostic Significance of Symptoms of Hospitalised Advanced Cancer Patients. *Eur J Cancer*. 2006;42(15):2510–6.
- The Essential Role of The Rehabilitation Nurse In Facilitating Care Transitions, 2013 https://Rehabnurse.Org/Uploads/About/ARN_Care_Transitions_White_Paper_Journal_Copy_FINAL.Pdf Erişim Tarihi; 08.10.2018.
- Tsai, SJ, Wu, CH, Chiu TY , Chen C, Significance of Symptom Clustering In Palliative Care of Advanced Cancer Patients, *J Pain Symptom Manage*, 2010;4(4):39
- Van Weert E, Hoekstra-Weebers J, Otter R, Postema K, Sanderman R, Van Der Schans C. Cancer-Related Fatigue: Predictors And Effects Of Rehabilitation. *Oncologist*. 2006; 11 : 184-196
- Von Haehling S, Anker SD Cachexia As A Major Underestimated And Unmet Medical Need: Facts And Numbers. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2010; 1: 1-5.
- Weissman DE, Meier DE, Identifying Patients In Need of A Palliative Care Assessment In The Hospital Setting: Aconsensusreport From The Center To Advance Palliative Care. *J Palliat Med* 2011;14(1):17–23. Doi:10.1089/Jpm.2010.0347
- Wells, M., Macbride, S Rehabilitation And Survivorship. In: *Nursing Patients With Cancer Principles And Practice*. Eds: Kearney N, Richardson A, 1 Th Ed, Elsevier, 2006;799-819.
- Who Definition of Palliative Care World Health Organization. <http://Www.Who.int/Cancer/Palliative/Definition/En/2015>. Erişim Tarihi: 22.07.2018
- WHO, Search Results, <http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs297/En/>, Erişim Tarihi: 16.07.2018
- Yağlı, N. V., Ülger, O. The Effects of Yoga On The Quality of Life And Depression In Elderly Breast Cancer Patients. *Complementary Therapies In Clinical Practice*, 2015; 21(1), 7-10.

REHABİLİTASYON HEMŞİRELİĞİNDE HORTİKÜLTÜREL TERAPİ

HORTICULTURAL THERAPY IN REHABILITATION NURSING

Arş.Gör.Dr. Kadriye SAYIN KASAR* **Prof.Dr. Yasemin YILDIRIM **** **Doç.Dr. Serap ÖZER****

*Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**E.Ü. Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 22.03.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 07.11.2018

ÖZ

Rehabilitasyon hemşireliği alanında uygulanan ve kökeni eski çağlara kadar uzanan yöntemlerden birisi olan hortikültürel terapi; spesifik tedavi hedeflerine ulaşmak ve iyilik durumunu arttırmak için bahçe işleriyle (meyve, sebze, çiçek gibi bitkilerle) uğraşma süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu terapi; kazalar, sosyal ve ekonomik sorunlar, gelişme bozuklukları, yaşlılık ile oluşan yeti kayıpları, stres, inme, serebral palsi, kanser, edinsel immun yetmezlik sendromu (AIDS) gibi durumlarda her yaş grubundaki bireyin yapabileceği uğraşlar bütünü olarak ifade edilmektedir. Ayrıca hortikültürel terapi bilişsel, fiziksel, sosyal, emosyonel açıdan yararlı olmakta ve eğlence katkısı sağlamaktadır. Böylece beden, zihin ve spiritüel olarak iyileşme sağlanırken, tedaviye uyum arttırılmakta, sakinleştirici ve ağrı kesici etkiler oluşmaktadır.

Bu derlemede amaç; eğitici, bakım verici, danışman, bakım koordinatörü, hasta hakları savunucusu ve araştırmacı gibi rolleri bulunan rehabilitasyon hemşireliğinde nispeten yeni bir kavram olan hortikültürel terapinin yerini açıklamaktır.

Anahtar Kelimeler: Rehabilitasyon, Hemşirelik, Hortikültürel Terapi

ABSTRACT

Horticultural therapy, one of the methods of rehabilitation nursing, which dates back to ancient times; It is defined as the process of dealing with gardening (with plants such as fruits, vegetables, flowers) to achieve specific treatment goals and to increase the well-being. This therapy is expressed as a whole of the occupations that the individuals in any age can do in cases such as

accidents, social and economic problems, developmental deficiencies, loss of ability due to elderly, stress, stroke, cerebral palsy, cancer, AIDS. In addition, horticultural therapy is cognitive, physical, social, emotionally useful being and provide entertainment. In addition to providing body, mind and spiritual healing, treatment compliance is enhanced, calming and painful effects occur.

The aim of the review is to explain the place of horticultural therapies that a relatively new concept in rehabilitation nursing with roles such as trainer, caregiver, consultant, care coordinator, patient rights advocate and researcher.

Keywords: *Rehabilitation, Nursing, Horticultural Therapy.*

GİRİŞ

Rehabilitasyon; doğuştan ya da sonradan hastalık, kaza ya da yaralanma nedeniyle bir kısım yeteneklerini kaybetmiş bireyi tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden mümkün olan en iyi düzeye ulaştırarak kendisine, ailesine, topluma daha yararlı olmasını sağlamayı amaçlayan, kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek için düzenlenen tedavi edici bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Meyer ve ark. 2011, WHO 2017). Bu süreçte hemşireler özürüllüğe neden olabilen akut veya kronik hastalık durumunda hastaların değişen işlevsel yetenek ve yaşam biçimine uyum sağlaması için gerekli olan bakımı yönetmede yeterli bilgi ve becerileri olan sağlık bakım profesyonelleridir (Association of Rehabilitation Nurses (ARN) 2013, Spasser ve ark. 2006). Avusturalya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği (ARNA) rehabilitasyon hemşireliğinin hedeflerini; öz-bakımı arttırma, bozulan fonksiyonları düzeltme ve hastaların yaşam kalitelerini arttırma olarak tanımlamakta olup, bu hedefleri yerine getirmek için de hemşirelerin görevlerini; var olan yetenekleri ve rolleri sürdürme, sağlığı yükseltme, olası bozuklukları, sakatlık ve yetersizlikleri önleme, bireyin yaptığı iş ve rollerine ilişkin yeniden yapılandırma ve engelliliği azaltma olarak ifade etmektedir (Akdemir ve Akkuş 2006).

Rehabilitasyon hemşireliği alanındaki yeni uygulama yöntemlerinden birisi hortikültürel terapidir. Hortikültürel terapi (HT); fiziksel, zihinsel ve bireysel gelişim için canlı malzeme olarak bitkilerle yapılan aktiviteleri (üretim, meyve toplama vb.) içermektedir. Bu terapi; hastalıklar (inme, serebral palsy, kanser, AIDS, psikiyatrik hastalıklar vb.), kazalar (kafa travması vb.), sosyal (stres, zeka engeli ve fiziksel engellilik vb.) ve ekonomik sorunlar, yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan yeti kayıpları durumunda her yaş grubundaki bireyin yapabileceği aktivitelerin bütünüdür (Uslu ve Shakouri 2012). Literatürde HT'nin farklı birçok hastalık grubunda; ağrının giderilmesinde (özellikle de kas-iskelet sistemi ağrısı), motor işlevlerin gelişmesinde, duygusal rahatlığın sağlanmasında, serum kortizol, anksiyete ve depresyon düzeyinin azalmasında ve özellikle yaşlılarda akrabalarla sosyal etkileşimi attırarak yalnızlık duygusunun azalmasında, dikkat ve yaşam kalitesinin artmasında olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Verra ve ark. 2012, Chen ve Ji 2015, Lee ve ark. 2013, Söderback ve ark. 2004, Laumann ve ark. 2003, Detweiler ve ark. 2012, Kamioka ve ark. 2014, Goldbergr ve ark. 2013, Makizako ve ark. 2015, Yao ve Chen 2016).

Rehabilitasyon alanında nispeten yeni bir uygulama olan HT bahçecilik ve rehabilitasyon girişimlerini birleştiren bir yaklaşımdır. Birden fazla disiplinin bir araya

gelmesiyle oluşan rehabilitasyon ekibinde iletişim ve koordinasyonun sağlanmasında hemşireler oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bu alanda eğitim olarak hortikültürel terapist olabilen rehabilitasyon hemşireleri; hastane ve rehabilitasyon merkezleri, sosyal eğitim merkezleri, özel eğitim merkezleri, hayır kurumları ve gönüllü kuruluşlar, hapishaneler, okullar, kreş ve kolejler gibi alanlarda bu faaliyetleri yürütebilmektedir (American Horticultural Therapy Association (AHTA) 2016).

Bu derlemede; hortikültürel terapinin tanımından, tarihçesinden ve yararlarından bahsedilerek rehabilitasyon hemşireliğindeki yeri açıklanmış ve bakım sürecinde bilinmesi gerekenlere yönelik güncel bilgiler sunulmuştur.

HORTİKÜLTÜREL TERAPİ NEDİR?

Beden ve ruh sağlığını geliştiren terapötik bir aktivite olarak tanımlanan HT; eğitilmiş bir terapist ya da sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilen, spesifik tedavi hedeflerine ulaşmak ve iyilik durumunu arttırmak için meyve, sebze, çiçek gibi bitkilerin kullanılması süreci olarak da ifade edilmektedir (Barnicle ve Midden 2003). Aynı zamanda bilişsel, fiziksel, sosyal, emosyonel süreçlere ve eğlence süreçlerine olumlu katkı sağlayan bir uygulamadır (Liu ve ark. 2014).

HORTİKÜLTÜREL TERAPİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Toplumlar yüzyıllardır insan ve doğa arasındaki sıkı ilişkinin farkında olmuştur. İnsan ve bitki arasındaki sıkı ilişki tohumun besine dönüştürülmesi ile başlamıştır. Bitkilerin tıbbi amaçlı kullanılmasının kökeni ise M.Ö. 2000 yılına kadar uzanmaktadır (Lee ve ark. 2013). Bu dönemlerde Mezopotamya'da Dicle ve Fırat nehirlerinin bereketli vadilerinde bulunan bahçelerde bitkilerin yetiştirilmesi için girişimlerde bulunulmuş ve kurak topraklarda tasarlanmış bahçeler ilham kaynağı olarak kullanılmıştır. Bahçe ortamlarının terapötik yararları antik çağlardan beri belgelenmiş ve kanıtlanmıştır. 19. yüzyılda Bağımsızlık Bildirgesi'ni imzalayan ve "Amerikan psikiyatrisinin babası" olarak tanınan Dr. Benjamin Rush, bahçede çalışmanın ruhsal hastalığı olan bireylerde olumlu etkiler oluşturduğunu belgeleyen ilk kişi olmuştur. Uygulama genişletilerek 1940 ve 1950'li yıllarda savaş gazilerinin hastanedeki rehabilitasyon uygulamalarında da önemli ölçüde kabul görmüştür (American Horticultural Therapy Association (AHTA) 2016). Özellikle yaşlı yetişkinler için HT'nin etkileri sosyal bilimcilerin yanı sıra bahçe mühendisleri (hortikültüristler) tarafından da araştırılmıştır. 1970'li yıllarda, Yale Üniversitesindeki iki psikolog Connecticut huzurevinde yaşlı-bitki etkileşiminin sonuçlarını incelemiştir. Bitkilerin bakımından personelin sorumlu olduğu grup ile yaşlının kendisinin sorumlu olduğu grubun karşılaştırıldığı çalışma sonucunda; bitki bakımından sorumlu olan gruplar arasında bireysel sorumluluğun ve seçimin gelişmiş olduğu bulunmuştur. Kendi bitkisine bakım veren yaşlıların daha dikkatli olduğu, arkadaşları ve personel ile daha iyi bir etkileşim halinde olduğu ve daha az bakım gereksinimi duyduğu belirlenmiştir (Collins ve O'Callaghan 2008).

HORTİKÜLTÜREL TERAPİNİN KULLANIM ALANLARI VE YARARLARI

Bazı kuramcılar kentlerde yaşamının insan doğasına aykırı olduğunu, doğa ile iç içe yaşamak gerektiğini vurgulamakta ve hastalıkların temel kaynağının kentlerde

yaşamak olduğunu savunmaktadır (Uslu ve Shakouri 2012). Yirminci yüzyıl başlarında hastanelerde bitkilerle oluşturulan doğal alanların iyileştirici etkileri moral iyileştirme/düzeltilme akımı ile yaygınlaşmış ve hastane bahçeleri özel olarak ele alınmıştır (Lee ve ark. 2013, Söderback ve ark. 2004).

Doğada bulunmanın ve doğada yapılan her türlü aktivite içinde pasif ya da aktif olarak yer almanın sağlık üzerindeki olumlu etkileri pek çok araştırma ile kanıtlanmıştır (Verra ve ark. 2012, Chen ve Ji 2015, Lee ve ark. 2013, Söderback ve ark. 2004, Laumann ve ark. 2003, Detweiler ve ark. 2012, Kamioka ve ark. 2014, Goldbergr ve ark. 2013, Makizako ve ark. 2015, Yao ve Chen 2016). Hortikültürel terapi, hastalarda kronik ağrı veya rahatsızlığı azaltmaya yardımcı olabilmektedir (Park ve ark. 2008). Verra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; ağrı yönetimi programına HT'nin eklenmesi ile fiziksel ve ruhsal sağlığın, kronik kas-iskelet ağrısı ile baş etme yeteneğinin geliştiği saptanmıştır (2012). Unruh, kanser olan ve olmayan grupların HT'ye ilgisinin değerlendirildiği çalışmada; HT'nin fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal iyilik üzerinde önemli faydaları olduğunu ve stresle başa çıkmada etkili olduğunu belirtmektedir (2004).

Hortikültürel terapinin genel sağlık durumu, yaşam kalitesi, fiziksel güç ve kardiyak fonksiyon da dahil olmak üzere bireylerin iyilik durumunu etkilediği belirtilmektedir (Ashman 2016). Yeşil alan/park ya da doğal alanları içeren resimlere bakmanın dahi kalp fonksiyonlarını ve kan basıncını iyileştirdiği gösterilmiştir (Ulrich ve ark. 1991). Hapishanede olan hükümlüler ile yapılan bir çalışmada; hücrelerinde kırsal manzarayı görenlerin, yalnızca yapı görenlere göre; baş ağrısı şikayetlerinin azaldığı ve daha az hastaneye başvurduğu belirlenmiştir (Uslu ve Shakouri 2012).

Hortikültürel terapinin mental durum ve davranışlar üzerindeki etkisinin incelendiği birçok çalışma yapılmış, özellikle demans, şizofreni, depresyon gibi zihinsel ve davranışsal bozuklukları ve terminal dönem kanser hastalığı olan bireyler için etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir (Kamioka ve ark. 2014, Goldbergr ve ark. 2013, Makizako ve ark. 2015). Gelişmiş ekonomilerde büyüyen bir sorun olan demansta, semptomların hafifletilmesi, yaşam kalitesinin ve bilişsel işlevlerin iyileştirilmesinde HT önemli bir yer tutmaktadır (Yasukawa 2009). Masuya ve Ota tarafından hafif ve orta düzey demansı olan yaşlı bireylere altı haftalık HT programı uygulanmıştır. Çalışma sonunda, demansı olan yaşlı bireylerin bilişsel durumlarının girişimden sonra, başlangıçtakine kıyasla anlamlı derecede iyileştiği belirlenmiştir (2014). Bu terapi aynı zamanda bireylerin benlik saygısı ve özgüvenini arttırmakta, sosyal ve iş becerilerini geliştirmekte, okuma-yazma ve aritmetik becerisini arttırmakta, iyiliği arttırarak, sosyal etkileşim ve bağımsızlığının gelişmesine katkı sağlamaktadır (Barley ve ark. 2012).

Bahçe işleri birçok yaşlı yetişkin tarafından keyif alınan bir faaliyettir (Detweiler ve ark. 2012). Literatürde huzurevinde kalan yaşlıların çoğunluğunun (%90) geçmişte bahçe faaliyetlerinden keyif aldığı ve bu faaliyetlerin sona ermesinden ve evlerinden ayrı olmaktan dolayı çok mutsuz oldukları belirtilmektedir (Rothert ve Daubert 1981, Barnicle ve Midden 2003). Ciddi bir hastalığı ve güçsüzlüğü olan yaşlı bireylerin bitkilerle meşgul olduklarında sağlık sonuçlarında iyileşme olduğu gösterilmiştir

(Collins ve O'Callaghan 2008, Yao ve Chen 2016). Yao ve Chen tarafından yapılan bir çalışmada; huzurevinde kalan 65 yaş üstü bireylere sekiz hafta boyunca haftada bir kez HT uygulanmış ve günlük yaşam aktiviteleri, mutluluk düzeyi ve kişiler arası yakınlıkta gelişme gözlenmiştir (2016). Tse tarafından yapılan diğer bir yarı deneysel çalışmada; yaşlı bireylere sekiz hafta kapalı bahçe programı uygulanmış ve sonrasında yaşam doyumunda ve sosyal iletişimde artma, yalnızlık algısında önemli düzeyde azalma saptanmıştır (2010). Willcox ve Mattson'ın çalışmasında da; uzun süreli bakım merkezinde yaşayan yaşlı bireylerden sekiz haftalık süre boyunca etkinlik programına katılmayanların yaşam doyumunda anlamlı bir azalma olduğu bulunmuştur (1979). Bu sonuçlar yaşlı popülasyona hizmet veren merkezlerin, manzaraları ve tedavi edici girişimlerin bir parçası olarak bahçeleri kullanabileceğini göstermektedir (Collins ve O'Callaghan 2008).

Hortikültürel terapinin kanserli bireyler üzerine etkisinin de incelendiği çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Yirmiiki kanser hastasına 12 hafta süreyle bahçe terapisi uygulanan bir çalışmada; yeşil bir ortamda yapılan entegre tıbbın kanserli bireylerin duygusal ve ruhsal iyilik halini arttırdığı belirtilmektedir (Nakau ve ark. 2012). Chen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; altı haftalık HT'den sonra kanser hastalarının daha olumlu duygular ifade ettiği görülmektedir (2014). Hortikültürel terapinin palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği başka bir çalışmada; hastaların sıkıntı ve sağlık bakım kaygılarında uygulamadan dört hafta sonra önemli farklılıklar gözlemlenmiştir (Lai ve ark. 2017).

Hortikültürel terapi uygulamalarının aslında geniş bir kullanım ağına sahip olduğu görülmektedir. Yararlı ve etkili bir yöntem olarak kabul gören HT mesleki ve toplumsal rehabilitasyon amacıyla da birçok alan içinde kullanılmaktadır (American Horticultural Therapy Association (AHTA) 2016).

REHABİLİTASYON HEMŞİRELİĞİNDE HORTİKÜLTÜREL TERAPİNİN YERİ

Amerikan Rehabilitasyon Hemşireliği Derneği aracılığı ile McCourt (1993) tarafından yayınlanan rehber kitapta, rehabilitasyon hemşirelerinin eğitici, bakım veren, danışman, bakımda koordinatör, hastayı teşvik edici, araştırmacı ve uzman rolleri olduğu belirtilmektedir. Avustralya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği ise; rehabilitasyon sürecindeki hedefleri gerçekleştirmek için hemşirelerin; mevcut yeteneklerini ve rollerini sürdürmesi, sağlığın geliştirilmesi, daha fazla kötüleşmenin önlenmesi, engelliliğin önlenmesi ve azaltılması, işlev ve rollerin restorasyonu ve özürüllüğün en aza indirilmesi konularına odaklanması gerektiğini ifade etmektedir (Pryor ve ark. 2002). İş uğraşı terapileri içinde yer alan HT ile hastaların iyileşme sürecinin devamlılığı sağlanabilirken, stres ve öfke yönetimi, sosyal davranış değişikliği, mesleki araştırmalar ve yaşam becerilerinin geliştirilmesi de sağlanabilmektedir (Martin ve ark. 2008). Bu süreçte de rehabilitasyon ekibinde yer alan fizyoterapistler, doktorlar, psikologlar toprak ve bitki ile alanları ilgili tasarım ve planlama uzmanları (mimar, mühendis, peyzaj mimarı, bölge planlamacısı) ile birlikte hemşirelerin de önemli rolleri bulunmaktadır.

Hortikültürel terapi rehabilitasyon sürecinde, bireylerin yeterliliklerini egzersiz ortamına yansıtarak çevreye uyumun sağlanmasını kolaylaştırmaktadır. Birey merkezli bir yaklaşım olan bu terapide; terapist tarafından hazırlanan bir program çerçevesinde bağımsızlık sağlanmaktadır (American Horticultural Therapy Association (AHTA) 2016, Jarrott ve Gigliotti 2010). Terapist; bireylerin bitki ile etkileşimini kullanan, terapötik programlar planlayan, koordine eden ve yürüten eğitilmiş bir profesyoneldir (Pfeffer 2007). Terapistlerin çoğu iş terapistliği, hekimlik, hemşirelik, sosyal hizmet uzmanlığı, peyzaj mimarlığı, psikologluk veya öğretmenlik gibi alanlarda kariyer yapmış profesyonellerdir. Sıklıkla ikinci bir meslek olarak yapılan hortikültürel terapistlik; bahçıvanlık bilgisi ve becerilerine sahip olmayı, sabırlı, ince ve hassas, güven verici ve bireyleri teşvik etme becerisi yüksek olmayı, iletişim, öğretim ve değerlendirme becerisi iyi olmayı, bütçeleri yönetmek için mali beceriye sahip ve program oluşturmak için de planlama ve organizasyon becerisine sahip olmayı gerektirmektedir (Horticultural Therapist. CASCAID 2017, Association of Social and Therapeutic Horticulture Practitioners (ASTHP) 2012). Hortikültürel terapistlerin hastaların gereksinimlerini en iyi karşılayan faaliyetlerin planlamasına yardımcı olmak için mümkün olduğunca iyi değerlendirme yapması gerekmektedir. Terapistler değerlendirme için; diğer ekip üyeleriyle sürekli iletişim halinde olmalıdır. Dünya’da hortikültürel terapist olmak için çeşitli sertifikasyon programları bulunmaktadır (American Horticultural Therapy Association (AHTA) 2016, ASTHP 2012). Hortikültürel terapi eğitimi olarak terapist olabilen hemşireler, danışman olarak hizmet verebilmekte, gönüllü personelleri yetiştirebilmekte ve yeni programlar oluşturabilmektedir. Ayrıca bahçe tasarımlarının yapılmasında rehberlik edebilmektedir (Liu ve ark. 2014). Dünyada HT, akademik araştırmalarda önemli bir konu haline gelmesine ve sağlık sistemlerine dahil olmasına rağmen ülkemizde bu konuda eğitim ve uygulama alanı bulunmamaktadır (Arslan ve Ekren 2017).

Bahçe tasarımının rehabilite edici olması için güvenli, fiziksel rahatlık sağlayan, sakin ve sessiz bir ortamda yapılması gerekmektedir (Liu ve ark. 2014). Ayrıca bireylerin engellilik durumu ve düzeyine göre Tablo-1’de gösterilen tasarım özelliklerine dikkat edilmelidir (Uslu ve Shakouri 2012).

Tablo 1. Engellilik Durumu ve Düzeyine Göre Tasarım Özellikleri (Uslu ve Shakouri 2012).

Bireyin davranışsal, algısal ve fiziksel aktivitelerini kısıtlayıcı durumlar	Bu durumlara uygun tasarım özellikleri
Algılama kaybı ve duyu organlarında kayıp (görme, duyma, dokunma, koku alma yetilerinde kayıplar, yetersizlikler, yaşlılık vb. durumlar)	Algılamayı kolaylaştıracak uyarılar (sesli, dokulu yüzeyler, koku vb.) Kolay ayırt edilebilir malzemeler (zıt renklerde bank, çöp kutuları vb.) Uygun bitkisel tasarım (akılda kalıcı, hatırlatıcı dekoratif bir bitki, kokulu bitki, renk özelliklerinden yararlanma vb.)

Kas-iskelet sisteminde deformasyonlar Yavaş hareket, güçsüzlük Sık dinlenme gereksinimi	Yeterli ve uygun niteliklere sahip banklar (arkalıklı, kalkmaya yardımcı kollar vb.) Yeterli sayıda tuvalet, çeşme gibi mimari yapılar Oturma ve dinlenme alanları, uygun olanaklar (sosyal aktivitelere katılım ve seyir olanakları)
Hareket kısıtlılığı	Tekerlekli sandalyeye engel olacak unsurların azaltılması (rampa vb.) Bitkisel tasarımda uygulamalar (kökü yüzeye yakın bitkilerle, dikenli meyvesi olan türlerin kullanılmaması vb.)
Unutkanlık, hafıza zayıflığı, yönlenme güçlüğü gibi zihinsel durumlar	Akılda kalıcı objeler Ses çıkaran döşeme malzemeleri (ahşap vb.) Yüzeyde farklı döşemeler Bitkisel tasarım (renk, koku özellikleri ile) Tanımlayıcı grafiksel tabelalar

Yukarıda bahsedilen özellikler dikkate alındığında HT programları; huzurevleri, alzheimer bakım merkezleri, günlük bakım merkezleri, kanser ve inme tedavi merkezleri, hastaneler, rehabilitasyon üniteleri, sığınma evleri, evsiz barınakları, ıslah evleri, zihinsel ve görme engelli, ruh sağlığı, gazi merkezleri, kamu veya botanik bahçeleri ve okullar gibi pek çok alanda rahatlıkla kullanılabilir (Pfeffer 2007).

SONUÇ

Rehabilitasyon hemşireliği alanındaki yeni uygulamalardan biri olan HT; hastaların bilişsel, fiziksel, sosyal, emosyonel süreçlere ve eğlence süreçlerine olumlu katkılar sağlayan bir uygulamadır. Hastaların iş uğraşı terapisi olarak yeni ve alternatif bir seçenek olarak kullanılabilen HT sürecinde hemşirelerin; iletişim ve koordinasyonun sağlanması, danışmanlık, gönüllü personellerin eğitilmesi, çevrenin sağlık açısından düzenlenmesi ve bahçe tasarımlarının yapılmasında rehberlik edilmesi gibi rol ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Ancak HT, dünyada yaygın olarak uygulanmasına rağmen ülkemizde özellikle hastane ve rehabilitasyon merkezi bahçeleri, tedavi merkezleri ve eğitim kuruluşlarında yeterince ilgi görmemektedir. Bu bakımdan farklı disiplinlerdeki meslek grupları (hekim, hemşire, mimar, peyzaj mimarı, psikolog, mühendis, bölge planlamacı) ile birlikte bahçe tasarımlarında rol alabilir. Diğer birçok rehabilite edici terapi ile karşılaştırıldığında, tedavi edici bir araç olarak kullanılacak bu terapinin yeni araştırmalar ile onaylanması ve geliştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;82-91.
American Horticultural Therapy Association (AHTA) (2016). Horticultural Therapy History and Practice Retrieved Jun 19, 2017, from <http://ahta.org/horticultural-therapy>.
Arslan M, Ekren E. Yaşlı Kişilerin Sağlığı Ve Etkinlikleri İçin Terapi Bahçeleri. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED) 2017;3(2):361-373.

- Ashman J. Growing Healing one Garden at a Time. *Journal of Christian Nursing* 2016; 33(1):35-37.
- Association of Rehabilitation Nurses (ARN). *The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions*, ChicagoIL 2013:1-32.
- Association of Social and Therapeutic Horticulture Practitioners (ASTHP) 2012. Retrieved Oct 19, 2017, from <http://asthp.org.uk/>.
- Barley EA, Robinson S, Sikorski J. Primary-Care Based Participatory Rehabilitation: Users Views of a Horticultural and Arts Project. *British Journal of General Practice* 2012:127-134.
- Barnicle T, Midden KS. The Effects of a Horticulture Activity Program on the Psychological Well-Being of Older People in a Long-Term Care Facility. *HortTechnology* 2003;13(1):81-85.
- Chen HM, Tu HM. Effects of Horticultural Therapy on Cancer Patients' Psychological Wellbeing in Different Therapeutic Environments. *ASHS Annual Conference* 2014:1-3.
- Chen YM, Ji JY. Effects of Horticultural Therapy on Psychosocial Health in Older Nursing Home Residents: A Preliminary Study. *The Journal of Nursing Research*. 2015;23(3):167-171. Doi: 10.1097/jnr.0000000000000063.
- Collins CC, O'Callaghan AM. The Impact of Horticultural Responsibility on Health Indicators and Quality of Life in Assisted Living. *HortTechnology* 2008;18(4):611-618.
- Detweiler MB, Sharma T, Detweiler JG & et al. What is the Evidence to Support the Use of Therapeutic Gardens for the Elderly? *Psychiatry Investig* 2012;9:100-110.
- Goldbergr SE, Bradshaw LE, Kearney FC & et al. Care in Specialist Medical and Mental Health Unit Compared with Standard Care for Older People With Cognitive Impairment Admitted to General Hospital: Randomised Controlled Trial (NIHR TEAM trial). *BMJ* 2013;347(4132):3-13. Doi:10.1136/bmj.f4132.
- Horticultural Therapist. Retrieved Oct 21, 2017, from <https://www.prospects.ac.uk/job-profiles/horticultural-therapist>.
- Jarrott SE, Gigliotti CM. Comparing Responses to Horticultural-Based and Traditional Activities in Dementia Care Programs. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2010;25(8):657-665. Doi: 10.1177/1533317510385810 <http://aja.sagepub.com>.
- Kamioka H, Tsutani K, Yamada M & et al. Effectiveness of Horticultural Therapy: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Complementary Therapies in Medicine* 2014;22(5):930-943. Doi: 10.1016/j.ctim.2014.08.009.
- Lai C KY, Lau CKY, Kan WY & et al. The Effect of Horticultural Therapy on The Quality of Life of Palliative Care Patients. *Journal of Psychosocial Oncology* 2017.1-15. Doi:org/ 10.1080/07347332.2017.1286699.
- Laumann K, Garling T, Stormark KM. Selective Attention and Heart Rate Responses to Natural and Urban Environments. *Journal of Environmental Psychology*. 2003;23:125-134.
- Lee M, Park B, Lee J & et al. Physiological Relaxation Induced by Horticultural Activity: Transplanting Work Using Flowering Plants. *Journal of Physiological Anthropology* 2013;32(15):1-5.
- Liu Y, Bo L, Sampson S & et al. Horticultural Therapy for Schizophrenia (Review). *The Cochrane Library* 2014;5:1-33. Doi: 10.1002/14651858.
- Makizako H, Tsutsumimoto K, Doi T & et al. Effects of Exercise and Horticultural Intervention on the Brain And Mental Health in Older Adults With Depressive Symptoms and Memory Problems: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials* 2015;16(499):2-7.

- Martin LM, Bliven M, Boisvert R. Occupational Performance, Self-Esteem, and Quality of Life in Substance Addictions Recovery. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 2008; 28(2):81-88.
- Masuya J, Ota K. Efficacy of Horticultural Activity in Elderly People with Dementia: A Pilot Study on the Influence on Vitality and Cognitive Function. *International Journal of Nursing & Clinical Practices* 2014;1:101. <http://dx.doi.org/10.15344/2394-4978/2014/101>
- Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J & et all. Towards a Conceptual Description of Rehabilitation as a Health Strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2011;43:765-769.
- Nakau M, Imanishi J, Imanishi J & et all. Spiritual Care of Cancer Patients by Integrated Medicine in Urban Green Space: A Pilot Study. *Explore (NY)* 2013;9(2):87-90. Doi: 10.1016/j.explore.2012.12.002.
- Park SA, Shoemaker C, Haub M. Can Older Gardeners Meet The Physical Activity Recommendation Through Gardening? *Hort Technology* 2008;18(4):639-643.
- Pfeffer JC. Horticultural Therapy in Tennessee (MSc Theses). University of Tennessee, Knoxville Trace: Tennessee Research and Creative Exchange 2007.
- Pryor J, Smith C. A Framework for the Role of Registered Nurses in the Specialty Practice of Rehabilitation Nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing* 2002;39(3):249-257.
- Rothert EA, Daubert JR. Horticultural therapy for nursing homes, senior centers, retirement living. Chicago Horticultural Society. Glencoe, IL. 1981.p.58-71.
- Söderback I, Söderström M, Schäländer E. Horticultural Therapy: The 'Healing Garden'and Gardening in Rehabilitation Measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. *Pediatric rehabilitation*. 2004;7(4):245-260.
- Spasser MA, Greenblatt RB, Weismantel A. Mapping the literature of rehabilitation nursing. *Journal of the Medical Library Association* 2006;94(2):137-142.
- Tse MM. Therapeutic Effects of an Indoor Gardening Programme for Older People Living in Nursing Homes. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19(7-8):949-958. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02803.x.
- Ulrich RS, Simons RF, Losito BD & et all. Stress Recovery During Exposure to Natural and Urban Environments. *Journal of Environmental Psychology* 1991;11(3):201-230.
- Uslu A, Shakouri N. Zihinsel ve Fiziksel Engelliler İçin Hortikültürel Terapi. *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi* 2012;12(1):134-143.
- Unruh AM. The Meaning of Gardens and Gardening in Daily Life: A Comparison Between Gardeners With serious health problems and healthy participants. *Acta Hort*, 2004;639:67-73.
- Verra ML, Angst F, Beck T & et all. Horticultural Therapy for Patients With Chronic Musculoskeletal Pain: Results of a Pilot Study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2012;18(2):44-50.
- Willcox RT, Mattson RH. Horticultural Therapy Maintains Life-Satisfaction of Geriatrics. *Great Plains J. Hort. Therapy* 1979;1(1):8-12.
- World Health Organization (WHO 2017). Disability and Rehabilitation. Retrieved Apr 28, 2017, from <http://www.who.int/disabilities/care/en/>.
- Yao YF, Chen KM. Effects of Horticulture Therapy on Nursing Home Older Adults in Southern Taiwan. *Qual Life Res* 2016;1-8. Doi: 10.1007/s11136-016-1425-0.
- Yasukawa, M. Horticultural Therapy for Cognitive Unfunctioning of Elderly People with Dementia. In: *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Ed. by I. Soderback. Springer Dordrecht, Heidelberg Part 4, 2009;431-444.

PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK VE BAKIM

PRECONCEPTION COUNSELING AND CARE

Arş. Gör. Mükerrerem BAŞLI*

Prof. Dr. Hilmiye AKSU*

*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 15.08.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 28.11.2018

Bu çalışma 23-24 Mart 2018 tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenen I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Prekonsepsiyonel bakım; gebelik sonuçlarını geliştirmek, sağlıklı nesiller elde etmek ve çiftlerin gebelik öncesi sağlığını en iyi düzeye ulaştırmak amacı ile riskleri belirlemek, mümkünse düzeltmek ve oluşabilecek sorunları önlemek için yapılan koruyucu girişimlerdir. Prekonsepsiyonel dönemde verilen sağlık hizmetleri temelde anne-bebek sağlığını geliştirmeye yönelik girişimleri içermektedir. Ancak, gebelik fikri olsun olmasın doğurgan çağdaki bireylere bu hizmetlerin ulaştırılması önemlidir. İçeriği üç temel başlık altında toplanan bu hizmetler (risk değerlendirmesi, sağlığı geliştirme, risklere yönelik girişimler) anne-bebek sağlığının korunması açısından oldukça önemlidir. Yararlarına rağmen dünyada prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın uygulamasında yeterli gelişme sağlanamamıştır. Bu hizmetler gelişmiş ülkelerde daha iyi bir durumda olmasına karşın ülkemizde yeterince yaygın değildir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın anne-bebek sağlığına olumlu etkileri yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Konu ile ilgili çalışmalara bakıldığında kadınların bilgileri, danışmanlık ve bakım alma oranları yetersiz bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin de konuyla ilgili bilgi eksikliği bulunmaktadır. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin rutin sağlık sistemine yerleştirilmesi, hizmete ulaşmadaki engellerin kaldırılmasına yönelik sağlık politikalarının yürütülmesi, hemşirelerin bu hizmetlerde aktif rol almaları gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Prekonsepsiyonel Bakım, Danışmanlık, Kadın, Hemşire

ABSTRACT

Preconception care is protective services that has been implemented to identify, if possible, modify the risks and prevent possible problems with the aim of optimising couples' pre-pregnancy health and developing pregnancy outcomes. Health services provided in preconception period mainly include interventions to improve maternal-infant health. However, it is important to provide these services to individuals in fertile age, whether or not the idea of pregnancy. These services which are grouped under three main headings (risk assessment, health promotion, risk-oriented initiatives) are very important for protection of mother-infant health. Despite its benefits, implementation of preconception counseling and care in the world is not enough. Although these services are better advanced in developed countries, they are not widespread in our country enough.

Positive effects of preconceptional counseling and care on maternal-infant health have been proven by studies. When studies related to the subject are examined women's informations and rates of receiving counseling and care is found to be insufficient. Health professionals have also lack of information about the subject. It can be said that preconception counseling and care services should be placed in health system, health policies should be implemented to remove obstacles in reaching services, nurses should take active role in these services.

Key Words: Preconception Care, Counseling, Woman, Nurse

GİRİŞ

Prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) bakım; gebelik sonuçlarını geliştirmek, sağlıklı nesiller elde etmek ve çiftlerin gebelik öncesi sağlığını en iyi düzeye ulaştırmak amacı ile riskleri belirlemek, mümkünse düzeltmek ve oluşabilecek sorunları önlemek için yapılan koruyucu girişimlerdir (Beckmann ve ark 2014, Shawe ve ark 2015, Zhou ve ark 2016). Bireylerin gebeliğe hazırlanmasını, gebelik sürecinin sağlıklı sürdürülmesi ve sağlıklı sonuçlanmasını, böylece yeni nesillerin daha sağlıklı bireylerden oluşmasına katkı sağlamayı hedefleyen birinci basamak koruyucu sağlık hizmetidir (Arslan ve Özkan 2005, Gökdemir ve Eryılmaz 2017). Bu hizmetler tarama ve tedavinin yanı sıra prekonsepsiyonel danışmanlık kavramını da içermektedir (Güler Baysoy ve Özkan 2012). Prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır ve prekonsepsiyonel dönemdeki hizmetler de, doğurgan çağıdaki kişilere hizmet veren sağlık personelinin görevi olarak kabul edilmektedir (Güler Baysoy ve Özkan 2012, Williams ve ark 2012).

Prekonsepsiyonel dönemde verilen sağlık hizmetleri temelde anne-bebek sağlığını geliştirmeye yönelik önlemleri içermektedir (Coşkun 2012). Aynı zamanda, bu hizmetler gelecek 1-2 yıl içinde gebelik planlayan çiftler için daha öncelikli bir durumdadır. Ancak, gebelik fikri olsun olmasın doğurganlık çağındaki tüm bireylere bu hizmetlerin ulaştırılması önemlidir (World Health Organization-WHO 2013b, Gökdemir ve Eryılmaz 2017). Çünkü prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri adölesanlara, tüm kadın ve erkeklere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılmasını da amaçlamaktadır. Bu nedenle, verilen hizmetler sadece gebelik planlayan kadın ve eşi ile sınırlı olmamalı, kişilerin tüm yaşam dönemlerini kapsayacak biçimde bütünsel bir hizmet yaklaşımı ile sunulmalıdır (Coşkun 2012).

Anne-bebek sağlığı açısından önemli olan prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin sağlık sistemi içerisinde uygulanmasında istenilen gelişme sağlanamamıştır. Dünyada sağlık sistemlerine dâhil edilmesinde bazı zorluklar yaşanmaktadır (Zhou ve ark 2016, Poels ve ark 2017). Düşük gelirli, gelişmemiş ülkelerde sağlık sistemlerinin içinde prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri bulunmamaktadır. Prekonsepsiyonel hizmetlerin kısa ve uzun vadeli yararlarının yeterli anlaşılmasını, konu ile ilgili yeterli çalışma yapılmaması ve ekonomik yetersizlikler bu ülkelerde karşımıza çıkan önemli sorunlardır (WHO 2014). Latin Amerika, Afrika ve Ortadoğu'daki gelişmekte olan bazı ülkelerde bu hizmetler bulunmakla birlikte yapılan girişimlerin daha çok soruna yönelik olduğu görülmektedir (Boulet ve ark 2006).

Kanada, İngiltere, İspanya, Avustralya, Hollanda gibi Batı toplumunun gelişmiş ülkelere bakıldığında prekonsepsiyonel hizmetlerin sağlık sistemine oldukça iyi yerleştiği görülmektedir (Boulet ve ark 2006). Shawe ve ark. (2015) çalışmasında, Belçika, Danimarka, İtalya, Hollanda, İsveç ve İngiltere'de prekonsepsiyonel dönemde verilen hizmetler incelenmiştir. Çalışma sonucunda, anne-bebek sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin jinekologlar, ebeler ve hemşireler tarafından verildiği belirtilmektedir. Bu ülkelerden yalnızca İtalya ayrı bir prekonsepsiyonel bakım kliniğine sahip iken, Hollanda prekonsepsiyonel bakım hizmetleri için ulusal stratejisi olan tek ülkedir. İncelenen ülkelerin hepsinin konuyla ilgili ulaşılabilir web tabanlı kaynaklara sahip olduğu belirlenmiştir (Shawe ve ark 2015).

Asya'daki prekonsepsiyonel hizmetleri incelediğimizde; Hong Kong'da 1988 yılında halkın talebi üzerine başladığı görülmektedir. Hizmetler gebelik düşünen çiftlere sunulmakta olup tıbbi bakım, danışmanlık ve eğitim verilmesini içermektedir. Temel prekonsepsiyonel hizmetler pratisyen hekim ve hemşireler tarafından verilmekteyken, sorun saptanması halinde uzmana yönlendirilmektedir. Güney Kore'de prekonsepsiyonel hizmetler 2004 yılından itibaren prekonsepsiyonel bakım kliniklerinde verilmektedir (Ebrahim ve ark 2006). Çin'de evlenmek üzere olan çiftlere sağlık taraması ve üreme sağlığına yönelik bilgilendirme yapılması zorunlu iken, bu zorunluluk 2003 yılından itibaren kalkmış, prekonsepsiyonel hizmetler kişilerin başvurması ile verilmeye başlanmıştır (Boulet ve ark 2006, Ebrahim ve ark 2006).

Ülkemizde, doğum öncesi bakım hizmetleri konusunda önemli adımlar atılmış olmasına rağmen işlevsel bir prekonsepsiyonel bakım şeması yürürlükte değildir (Güler Baysoy ve Özkan 2012). Prekonsepsiyonel hizmetlerle ilgili ülke genelinde standart uygulamalar ve kurumsallaşmış hizmetler bulunmamaktadır (Gökdemir ve Eryılmaz 2017). Ülkemiz Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı'ndan alınan bilgiye göre ise, prekonsepsiyonel danışmanlık konusunda başvuruda bulunan birey ve çiftlere, Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesindeki Üreme Sağlığı Merkezlerinde sertifikalı sağlık personeli tarafından danışmanlık verilmektedir.

Bu derlemenin amacı, kadınların ve sağlık personelinin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerine ilişkin bilgi, tutum ve görüşleri ile ilgili yapılmış araştırmaları incelemektir. Ayrıca prekonsepsiyonel hizmetlerin verilmesindeki

engelleri ortaya koymak ve bu hizmetin yararlarını ortaya koyan çalışmaları inceleyerek konunun önemine dikkat çekmek çalışmanın diğer amacıdır.

Prekonsepsiyonel Bakımın Tarihi

Prekonsepsiyonel bakım ile ilgili bilgilere ilk kez milattan önce (M.Ö) 9. yüzyılda rastlanmaktadır (Atrash ve ark 2008). Perinatal tıbbın önemli isimlerinden William Potts Dewees, 1825 yılında sağlıklı bir gebelik süreci için, konsepsiyon öncesi dönemin ve hatta evlilik öncesi dönemin önemli olduğunu ifade etmiştir (Gökdemir ve Eryılmaz 2017). Günümüzde ise, prekonsepsiyonel bakım kavramı ilk kez 1980'de Chamberlain tarafından "daha öncesinde kötü üreme sağlığı sonuçları olan kadınlar için gebe kalmadan önceki döneme özgü sağlık bakımı" olarak tanımlanmıştır (Jack ve ark 2008, Bialystok ve ark 2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gebelik sonuçlarının istenen düzeyde olmayışı, 1980'li yıllarda prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinin gündeme gelmesine neden olmuştur. İlk kez prekonsepsiyonel sağlık kavramının tanıtıldığı "Perinatal Sağlık Rehberi" 1983 yılında yayınlanmıştır (Atrash ve ark 2008). Sonraki yıllarda Amerikan Halk Sağlığı Kurumu (United States Public Health Service-USPHS) ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologist-ACOG), yaptıkları yayınlarda prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinin öneminden bahsetmiştir. Bunun yanında birçok araştırmacı prekonsepsiyonel bakımın kadın sağlığındaki yerini vurgulamıştır (Jack ve ark 2008).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention-CDC) yıllardır prekonsepsiyonel bakımın hizmet standartlarını belirlemekte ve bu hizmetlerin iyileşmesi için çalışmaktadır (Johnson ve ark 2006, Coşkun 2012). CDC'nin yayınları ve düzenlediği panellerde gebelik öncesi bakım verilmediğinde prenatal bakımın sınırlı kalacağı görüşü bildirilmiş, gebelik öncesi dönemde faydalı olacak girişimler belirtilmiştir (Johnson ve ark 2006, Jack ve ark 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 2012 yılındaki toplantısında var olan sağlık programların anne-bebek sağlığını geliştirmede yetersiz kaldığını belirtmiş, ülkelere gebelik öncesi bakım hizmetlerini rutin sağlık sistemlerine dâhil etmelerini önermiştir (WHO 2013a).

Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçeriği

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım temelde üç ana başlıktan oluşmaktadır. Bunlar; risk değerlendirmesi, gebelik öncesi sağlığın geliştirilmesi ve belirlenen risklerin azaltılmasına yönelik girişimlerin uygulanması şeklinde sıralanmaktadır (Van der Zee ve ark 2013, Poels ve ark 2017). Ana başlıklar doğrultusunda verilecek bakım ve danışmanlığın içeriği şu şekildedir:

- İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için aile planlaması danışmanlığı,
- Genetik danışmanlık,
- Nöral defektleri önlemek, konjenital hastalıkları ve preterm doğumları azaltmak için folik asit kullanımı,
- Ebeveynliğe psikolojik hazırlığın değerlendirilmesi,
- Reprodüktif ve genel öykü alınması,
- Laboratuvar testlerinin uygulanması,
- Kronik hastalıkların yönetimi,

- Enfeksiyonlardan korunmak amacı ile bağışıklama,
- Fetal DNA hasarını önlemek amacı ile çevresel ve mesleki risk değerlendirilmesi,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma ve tedavi,
- Alkol, tütün ve madde kullanımından uzak durma,
- Sağlıklı hayat tarzının desteklenmesi,
- Kilo kontrolü ve düzenli beslenme,
- Fiziksel değerlendirme (Jack ve ark 2008, Shawe ve ark 2015, Zhou ve ark 2016).

Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Yararları

Embriyonik gelişimde önemli olan ilk haftaların gebelik sonuçları için kritik olması, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı önemli hale getirmektedir (Van Voorst ve ark 2015). Çünkü embriyonik gelişimin hızlı olduğu 4-12. gebelik haftaları embriyo-fetüsün zararlı etkenlere karşı en açık olduğu dönemdir. Bu dönem yaklaşık olarak kadının menstruasyon kanamasının geciktiği zamana denk gelmektedir. Genellikle kadınlar embriyonik gelişimin kritik olduğu bu dönemde gebeliklerinin farkında değildir (Shannon ve ark 2014a). Bu nedenle kötü gebelik sonuçları, genellikle gebeliğin erken dönemi ile ilişkilidir (Elsinga ve ark 2008).

Kanıtlar 12. gebelik haftasından sonra başlayan antenatal bakımda gebeliğin ilk trimesterinin ihmal edildiğini, yalnızca antenatal bakımın olumsuz sağlık sonuçlarını önlemede yeterli olmadığını göstermektedir. Risklerin önüne geçmek ve olumlu sağlık sonuçlarına ulaşmak için danışmanlık ve bakımın gebelik öncesi başlaması gerektiği vurgulanmaktadır (Temel ve ark 2013, Van der Zee ve ark 2013). Bu nedenle prekonsepsiyonel dönem, sağlıklı gebelik ve doğum süreci için değerlendirilmesi gereken önemli bir zaman dilimi olarak karşımıza çıkmaktadır (Başgöl ve Oskay 2012). Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin yararları ise şu şekilde sıralanmaktadır:

- Anne-bebek ölümlerinin azaltılmasına ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine yardımcı olur.
- Bireylerde doğurganlık bilinci ve gebeliği planlama kültürünün gelişmesini sağlar.
- Anne-baba adaylarının üreme konusundaki kararlarını bilinçli bir şekilde verebilmesini sağlar.
- Kişilere hazır olmadıkları bir gebelik için önlem alabilme fırsatı sağlar.
- İleri yaş anne baba olmanın getireceği riskler ve ideal doğum aralığı hakkında çiftlerin bilgilendirilmesini sağlar.
- Sağlıklı bir gebelik için ebeveynlerin hem fiziksel hem ruhsal olarak hazırlanmasını sağlar.
- Gebelik ve doğumda ortaya çıkabilecek komplikasyonları önler.
- Annenin ve fetüsün sağlığını iyileştirir, dolayısıyla toplumun sağlığını geliştirir.
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisine olanak sağlar.

- Kadına yaşam boyu olumlu sağlık davranışları kazandırır ve beslenmesini düzenler.
- Ailedeki tüm bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanmasına yardımcı olur.
- Kadın sağlığının geliştirilmesinde erkeğin de rol almasını sağlar (Coşkun 2012, WHO 2013b, WHO 2014, Gökdemir ve Eryılmaz 2017).

Yararlarının yanında prekonsepsiyonel sağlık bakım hizmetlerin az da olsa bazı olumsuz yönleri olabilmektedir. Bu olumsuz yönlerden biri hizmet verilirken erkek sağlığının göz ardı edilmesi, diğeri ise kadının özeline fazla müdahale edilmesidir (WHO 2013a).

Prekonsepsiyonel Danışmanlığın Uygulanmasında Yaşanan Zorluklar ve Kısıtlılıklar

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın sağlık sonuçları üzerine olumlu etkisi çalışmalarla kanıtlanmış olmasına rağmen, sahada uygulanmasında yeterli gelişme sağlanamamıştır. Dünyada rutin sağlık sistemlerine dâhil edilmesinde bir takım zorluklar yaşanmaktadır (Zhou ve ark 2016, Poels ve ark 2017). Dünya genelinde karşımıza çıkan engeller şu şekilde sıralanmaktadır:

- Sağlık bakım sistemlerindeki organizasyon yetersizliği,
- Politik destek eksikliği ve hizmetin finanse edilmesinde sorunlar,
- Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramının geniş kapsamlı olması,
- Bakımı verecek sağlık personeli ile ilgili görüş birliği olmaması,
- Kapsamlı prekonsepsiyonel bakım programlarının eksikliği,
- Kanıta dayalı uygulamalarla ilgili çalışmaların yetersiz olması,
- Ulusal uygulama klavuzlarının olmaması,
- Sağlık çalışanlarının prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması,
- Toplumda prekonsepsiyonel hizmetlere ulaşım ve hizmetin faydaları ile ilgili bilgi eksikliği (Beckmann ve ark 2014, Shannon ve ark 2014b, Zhou ve ark 2016).

Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım ile İlgili Yapılmış

Çalışmaların Sonuçları

Literatürde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili bilgi düzeyleri ve kadınların bu hizmete ulaşımı ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde 3 ay içinde gebe kalmayı düşünen kadınlar ile yürütülen bir çalışmada prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınların oranı %2,8 olarak belirlenmiştir. Kadınların %80'inin gebelik öncesi dönemde yapılması gereken tetkikleri ve alınması gereken vitaminleri bilmediği belirlenmiştir. Kadınların %59,2'sinin prekonsepsiyonel danışmanlığı gerekli gördüğü belirlenmiştir (Arslan ve Özkan 2005). Ülkemizde üreme çağındaki kadınlarla yapılan başka bir çalışmada kadınların yaklaşık %80'i prekonsepsiyonel danışmanlık almak istediğini belirtmesine rağmen danışmanlık alan kadınların oranı %22,4'de kalmıştır. Gebelik öncesi danışmanlığın büyük oranda kadın doğum uzmanlarından (%45,7) beklendiği görülmektedir. En çok danışmanlık beklenen

konular ise gebelikteki risk faktörleri, beslenme, gebelikte çalışma durumu, ilaçlar ve aşılar olarak belirlenmiştir (Genç Koyucu ve ark 2017).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gerçekleştirilen bir çalışmada gebe kalmayı düşünen kadınlar ile çalışılmıştır. Kadınların yalnızca %39'unun danışmanlık aldığı belirlenmiştir. Sonuçlar prekonsepsiyonel danışmanlıkla ilgili bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Kadınlar prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetini %51,3 oranında birinci basamak pratisyen hekimden, %44 oranında uzman doktordan almak istediğini ifade etmiştir (Frey ve Files 2006). ABD'de yapılan başka bir çalışmada, doğum sonrası 2-6 aylık dönem içinde olan kadınlara ulaşılmıştır. Çalışmada kadınların yalnızca %32,4'ü gebelik öncesi danışmanlık aldığını ya da sağlık personeline danıştığını bildirmiştir (Williams ve ark 2012). Yine ABD'de yapılan bir diğer çalışmada, kırsal kesimde yaşayan 18-45 yaş arası kadınlar ile çalışılmıştır. Kadınların prekonsepsiyonel sağlık bakımı için bir profesyonelle görüşme oranı %53,8 olarak belirlenmiştir. Gebeliğini planlayan kadınların daha yüksek oranda (%51) prekonsepsiyonel bakıma başvurduğu belirlenmiştir. Bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna üç ve daha fazla sayıda başvuran kadınların prekonsepsiyonel bakım hakkında bilgi alma durumu, sağlık kurumuna daha az sıklıkta başvuran kadınlardan yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimdeki kadınların prekonsepsiyonel bakıma ulaşımının ve farkındalıklarının düşük olduğu tespit edilmiştir (Lammers ve ark 2017).

Hollanda'da yürütülen bir çalışmada kadınların prekonsepsiyonel bakımla ilgili görüşleri incelenmiştir. Kadınların yarısının, sigara ve fazla kilonun gebeliğe olumsuz etkileri hakkında az miktarda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Folik asit kullanımı ile ilgili bilgi düzeyinin göçmen kadınlarda daha az olduğu, Hollandalı kadınların ise risk faktörleri hakkında daha bilgili olduğu belirlenmiştir. Hollandalı kadınların yarısının prekonsepsiyonel bakımı gereksiz bulduğu, bu konuya göçmen kadınların daha olumlu baktığı belirlenmiştir. Bu bulgunun nedeni, göçmen kadınların sağlıklı bebek dünyaya getirme konusunda kendilerini daha fazla baskı altında hissetmeleri olarak açıklanmıştır (Temel ve ark 2013). Hollanda'da yapılan bir başka çalışmada ise gebelik düşünen, 22-39 yaş arasında 16 kadınla yüz yüze görüşme yapılmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakıma karşı kadınların tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Ancak tutumları olumlu olsa da kadınlar, danışmanlık hizmeti almak istemediklerini ifade etmişlerdir. Kadınlar bu hizmet için kendilerini riskli grupta görmediğini, gerekli bilgileri kitaplar ve internette bulduklarını ifade etmişlerdir. Bazı kadınlar danışmanlığa gitmekten çekindiğini, çünkü bu danışmanlığın yalnızca fertilité sorunları olan çiftlere verildiğini belirtmişlerdir (Van der Zee ve ark 2013).

Etiyopya'da yapılan bir çalışmada ise üreme çağındaki kadınların bilgi düzeyleri incelenmiştir. Kadınların %68,2'sinin daha önce prekonsepsiyonel bakımla ilgili herhangi bir şey duymadığı belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel bakım hakkında bilgisi olan kadınların %51,5'inin bu bilgiyi sağlık kurumundan aldığı saptanmıştır. Daha öncesinde bir aile planlaması yöntemi kullanmış olan, eğitim seviyesi ve gelir düzeyi yüksek olan, 25 yaş üstü kadınların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ayalew ve ark 2017).

Literatürde kadınların yanı sıra, sağlık personelinin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili bilgi ve görüşlerini inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin konu hakkındaki bilgi, tutum ve görüşleri incelenmiştir. Hekimlerin prekonsepsiyonel dönemde verilecek bakım için klavuz (guideline) kullanımları sınırlı bulunmuştur. Hekimler, gebelik öncesi dönemde kişilerle sağlıklı beslenme ve kilo alımı, vitamin takviyesi, sigara ve alkol kullanımının bırakılması konularını görüştüklerini ifade etmişlerdir. Gebelik döneminde oluşabilecek olumsuz durumlar için risk değerlendirmesinde buldukları belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel hizmetlerin ana temaları hakkında görüş birliği bulunsa da bu hizmetlerin kimden alınması gerektiği konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinin yalnızca kadına yönelik olduğu görüşü hâkimdir. Erkeklerle yalnızca fertilité ile ilgili sorun varlığında hizmet verilmesi gerektiği düşünülmektedir (Ojukwu ve ark 2016).

Hollanda’da yürütölen bir çalışmada farklı sağlık disiplinlerinden 30 çalışanın prekonsepsiyonel bakım hakkındaki görüşleri incelenmiştir. Sağlık çalışanları ‘yeterli mali yapının olmayışı’ nı prekonsepsiyonel bakımın önündeki en önemli engel olarak belirtmiş, prekonsepsiyonel bakımla ilgili klavuzların (guideline) yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Prekonsepsiyonel bakımın hangi sağlık profesyoneli tarafından yürütölebileceği konusu tartışmalı olsa da genel görüş aile hekimlerinin uygun olacağı yönündedir. Prekonsepsiyonel sağlık hizmetleriyle ilgili sağlık çalışanlarının bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir (Poels ve ark 2017).

İtalya’da yapılan bir kalitatif çalışmada ise üreme çağındaki kadınlar ve sağlık profesyonelleri ile çalışılmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık almayı engelleyen nedenler incelenmiştir. Prekonsepsiyonel sağlık bakımına ulaşmadaki bariyerler konuyla ilgili farkındalığın az olması, gebelik öncesi önlem almaya gerek duyulmaması, sağlık çalışanlarının konuyla ilgili aktif olmaması, politikaların yetersiz olması olarak belirlenmiştir (Bortolus ve ark 2017).

Avustralya’da yapılan çalışmada fertilité uzmanlarının prekonsepsiyonel bakım kapsamında yeme bozukluklarıyla ilgili görüş, tutum ve klinik uygulamaları incelenmiştir. Klinisyenlerin %83,7’si yeme bozukluklarının prekonsepsiyonel dönemde tespit edilmesinin önemli olduğunu belirtmiş olsa da yalnızca %35’i gebelik öncesi başvuran kadınlarda yeme bozukluklarını taradığını ifade etmiştir. Uzmanların büyük çoğunluğu (%96,2) bu konuda ileri eğitime ve klinik klavuzlara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (Rodino ve ark 2017).

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin anne ve bebeğe birçok yararı bulunmaktadır. Bu yararları ortaya koymak amacıyla yürütölen bir takım çalışmalar mevcuttur. Hollanda’ da yürütölen çalışmada bir yıl içerisinde gebe kalmayı planlayan kadınlara prekonsepsiyonel danışmanlık verilmiştir. Bu kadınlar gebelik öncesi standart bakım alan kadınlar ile karşılaştırılmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınlarda standart bakım alanlara göre gebelik öncesi folik asit kullanımının ve aşılama oranlarının arttığı görölmüştür (Elsinga ve ark 2008). Hollanda’da yürütölen bir diğér çalışmada doğum sonu 6. ayda bebeğini sağlık kontrolüne getiren ve bir süre sonra yeni bir gebelik düşündüğünü ifade eden

anneler ile çalışılmıştır. Bu kadınlara prekonsepsiyonel folik asit kullanımını teşvik etmek için bir eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası gebe kalmayı düşünen annelerde folik asit kullanımı %65 iken, kontrol grubunda (11. ayda kontrole gelen ve eğitim almayan grup) bu oran %42'de kalmıştır. Gebelik öncesi verilen eğitimin etkili olduğu görülmüştür (Smith ve ark 2014).

ABD'de gebe kalmayı planlayan kadınlarla yapılan çalışmada kadınların %84'ünün alkol, %94'ünün kafeinli içecekler tükettiği ve %17'sinin de sigara kullandığı belirlenmiştir. Gebelik öncesi davranış değişikliğinde bulunmayı düşünmelerine rağmen kadınların çoğunun bunu gerçekleştirmediği ya da geç gerçekleştirdiği görülmüştür. Sonuçta devamlı bir prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın gerekliliği, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi açısından vurgulanmıştır (Lum ve ark 2011). ABD'de yapılan başka bir çalışmada ise 2004-2008 yılları arasında bir takip sistemine kayıtlı olan, doğum sonrası 2-6 aylık dönem içinde olan kadınlara ulaşılmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınların gebelik öncesi multivitamin kullanım oranları danışmanlık almayanlara göre yüksek bulunmuştur. Gebelik öncesi alkol kullanımı danışmanlık alan kadınlarda anlamlı olarak azalmıştır (Williams ve ark 2012).

Avustralya'da bir hastanede yürütülen çalışmada prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınlarla, gebeliğini planlayan ancak danışmanlık almayan kadınlar incelenmiştir. Danışmanlık alan kadınların çoğunluğunun gebelik öncesi folik asit kullandığı belirlenmiştir. Hepatit B ve influenzaya karşı gebelik öncesi aşılama oranlarının danışmanlık almayan gruba göre yüksek olduğu görülmüştür. Danışmanlık alan kadınlarda preterm eylem ve hipertansif hastalık oranları daha az bulunmuştur. Danışmanlık alan kadınların almayanlara göre iki hafta geç doğum yapma eğiliminde olduğu görülmüştür (Beckmann ve ark 2014).

İtalya'da yapılan web tabanlı çalışmaya üreme çağındaki kadınlar dâhil edilmiştir. Kadınlara, prekonsepsiyonel dönemle ilgili web tabanlı tavsiyeler verilmiştir. Çalışma sonunda kadınların %71'inin bir doktora prekonsepsiyonel danışmanlık almaya gittiği, alkol kullanım oranının düştüğü ve folik asit kullanımının arttığı belirlenmiştir. Web tabanlı prekonsepsiyonel danışmanlığın gebelik planlayan kadınların sağlığını geliştirmede faydalı olduğu görülmüştür (Agricola ve ark 2014). Fransa'da yapılan bir çalışmada ise lohusa kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları ve davranış değişiklikleri incelenmiştir. Kadınların yalnızca %13,8'inin danışmanlık aldığı saptanmıştır. Vitamin takviyesi alımı düşük olmasına rağmen, sağlık davranışları olumlu bulunmuştur. Prekonsepsiyonel bakımla olumlu sağlık davranışlarının geliştirilebileceği belirlenmiştir (Luton ve ark 2014).

Kuzey İrlanda'da yapılan bir başka çalışma beş farklı bölgede yürütülmüştür. Diyabet hastası olan üreme çağındaki kadınlara prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili bir DVD verilerek izlemeleri sağlanmıştır. Verilen DVD içerisinde genel bilgilendirici videolar ile diyabete yönelik bilgilendirici videolar bulunmaktadır. Araştırma süresi içerisinde gebe kalan kadınlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu kadınlar gebelik süresi boyunca izlenmiş, danışmanlık DVD'si verilmeyen gebe kadınlar ile kıyaslanmıştır. Sonuç olarak, gebelerde 3.trimestr HbA1c düzeyleri DVD izleyen

grupta anlamlı olarak düşük bulunmuş, fetal kayıp oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Holmes ve ark 2017).

Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımda Hemşirenin Rolü

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetleri, doğurgan çağdaki kişilere hizmet veren tüm sağlık personelinin görevi olarak kabul edilmektedir (Güler Baysoy ve Özkan 2012). Ancak bu hizmetler yalnızca klinik hizmetlerle sınırlı değildir. Bu nedenle birçok kurum, kuruluş ve meslek kolunun işbirliği içinde çalışması gerekmektedir (Coşkun 2012). Hastalarla sürekli iletişimde olan hemşireler ve ebeler bu hizmeti verebilecek en uygun sağlık çalışanlarındandır (Goossens ve ark 2018). Bu yüzden ebe ve hemşirelerin, prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinin sunumunda öncü ve aktif bir rol üstlenmeleri önemlidir (Coşkun 2012). Hemşireler prekonsepsiyonel hizmetlerin her aşamasında rol almaktadır (Hurst ve Linton 2015). Hemşirelerin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kapsamında verebileceği hizmetler şöyle sıralanabilir:

- Prekonsepsiyonel dönemdeki risklerin tanınması ve saptanması,
- Risklerle ilgili konsepsiyon öncesi gerekli önlemlerin alınması,
- Başvuran bireylere eğitim ve danışmanlık sunulması,
- Devam eden süreçte bireyin takibi ve değerlendirilmesi,
- Hizmetin devamlılığının sağlanması,
- Sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edilmesi (Arslan ve Özkan 2005, Coşkun 2012, Hurst ve Linton 2015).

Teorik olarak bakıldığında hemşireler danışmanlık için ulaşılabilir olan önemli sağlık çalışanlarıdır. Ancak hemşirelerin ortak görüşü, iş yükü fazlalığı nedeniyle danışmanlığa yeterli vakitleri olmadığı yönündedir (Bartolus ve ark 2017). Ayrıca hemşirelerin konuyla ilgili farkındalıklarının artması ve kapsamlı bir hizmet verebilecek yeterlilikte olmaları için eğitime gereksinimleri bulunmaktadır (Coşkun 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetleri, embriyonik gelişimde önemli olan ilk haftaların gebelik sonuçları için kritik olması nedeniyle oldukça önemlidir. Risk değerlendirmesi, sağlığın geliştirilmesi ve belirlenen risklerin azaltılmasına yönelik girişimleri içeren prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım, anne-bebek sağlığının geliştirilmesinde ve komplikasyonların azaltılmasında önemli bir hizmettir. Bu hizmetler anne-bebek sağlığını geliştirerek toplum sağlığının da gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Kişilere yalnızca gebelikte değil tüm hayatı boyunca olumlu sağlık davranışları kazandırmanın yanında aile bireylerinin sağlık davranışlarına olumlu katkı yapmaktadır. Bu hizmetlerin gelişmiş toplumların rutin sağlık hizmetleri içerisinde daha iyi yerleşmiş olduğu görülmektedir. Ancak ülkemizde bu hizmetler bulunmakla birlikte, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda olduğu gibi henüz yeterince yaygın değildir.

Konu ile ilgili kadınların ve sağlık personelinin bilgi, görüş ve tutumlarını inceleyen çalışmaların yanında prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın yararlarını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışma sonuçlarına bakıldığında prekonsepsiyonel danışmanlık hakkında bilgi sahibi olan kadın sayısının düşük olduğu, danışmanlık ve bakım alma oranlarının ise istenilen seviyede olmadığı görülmüştür. Ayrıca sağlık profesyonellerinin de bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir. Bunlara ilaveten bu hizmetlerin bireylere ulaşmasındaki engeller çalışmalarla ortaya koyulmuştur. Bu engeller bireylerin ve sağlık personelinin bilgi eksikliği, konu ile ilgili yeterli çalışma yapılmaması ve hizmette organizasyon eksikliği etrafında toplanmaktadır.

Tüm bunların sonucunda, yararları çalışmalarla kanıtlanmış olan prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin mevcut sağlık sistemlerinin içine daha iyi yerleştirilmesi gerektiği söylenebilir. Hizmete ulaşmada ortaya konan engellerin kaldırılmasına yönelik sağlık politikalarının yürütülmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti veren kurumlar ve meslek üyelerinin bu hizmetlerin yaygınlaştırılmasında birlikte rol alması önemlidir. Bireylerle en fazla iletişim içerisinde olan hemşirelerin, bu hizmetlerin her basamağında aktif rol almaları gerekmektedir. Hemşirelerin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin konuyla ilgili farkındalıklarının artması ve kapsamlı bir hizmet verebilmeleri için eğitilmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca, bu konuyla ilgili ülkemizde yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle ülkemizde bu konunun önemini vurgulayacak, eksiklikleri ortaya koyacak çalışmalar yapılması ve konuyla ilgili uzmanlara yol gösterici ulusal klavuzların geliştirilmesi önerilir.

KAYNAKÇA

- Agricola E, Pandolfi E, Gonfiantini MV & et al. A Cohort Study of a Tailored Web Intervention for Preconception Care. *BMC Med Inform Decis Mak* 2014; 14: 33-42.
- Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2005; 36 (2): 65-71.
- Atrash H, Jack BW, Johnson K & et al. Where is the “W”oman in MCH? *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199 (6 Suppl 2): 259-65.
- Ayalew Y, Mulat A, Dile M & et al. Women’s Knowledge and Associated Factors in Preconception Care in Adet, West Gojjam, Northwest Ethiopia: A Community Based Cross Sectional Study. *Reprod Health* 2017; 14 (1): 15-24.
- Bartolus R, Oprandi NC, Morassutti FR. Why Women Do not Ask for Information on Preconception Health? A Qualitative Study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17 (1): 5-15.
- Başgöl S, Oskay Ü. Prekonsepsiyonel Dönemde ve Gebelikte Kanıt Temelli Yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences* 2012; 9 (2): 1524-1534.
- Beckmann MM, Widmer T, Bolton E. Does Preconception Care Work? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2014; 54 (6): 510-514.
- Bialystock L, Poole N, Greaves L. Preconception Care Call for National Guidelines. *Can Fam Physician* 2013; 59 (10): 1037-1039.
- Boulet SL, Parker C, Atrash H. Preconception Care in International Settings. *Matern Child Health J* 2006; 10 (Suppl 1): 29-35.

- Coşkun A. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012; 8 (3): 8-15.
- Ebrahim SH, Seen-Tsing Lo S, Zhou J & et al. Models of Preconception Care Implementation in Selected Countries. *Matern Child Health J* 2006; 10 (Suppl 1): 37-42.
- Elsinga J, De Jong-Potjer LC, Van Der Pal-De Bruin & et al. The Effect of Preconception Counselling on Lifestyle and Other Behaviour Before and During Pregnancy. *Women's Health Issues* 2008; 18 (6): 117-125.
- Frey KA, Files JA. Preconception Healthcare: What Women Know and Believe. *Matern Child Health J* 2006; 10 (1): 73-77.
- Genç Koyucu R, Tosun Y, Katran B. Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık Gereksinimleri. *Journal of Academic Research in Nursing* 2017; 3(3): 116-121.
- Goossens J, Beeckman D, Van Hecke A. Preconception Lifestyle Changes in Women with Planned Pregnancies. *Midwifery* 2018; 56 (1): 112-120.
- Gökdemir F, Eryılmaz G. Prekonsepsiyonel Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2017; 3 (3): 204-212.
- Güler Baysoy N, Özkan S. Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Med J* 2012; 23: 77-90.
- Holmes VA, Hamill LL, Alderdice FA & et al. Effect of implementation of a Preconception Counselling Resource for Women with Diabetes: A Population Based Study. *Prim Care Diabetes* 2017; 11 (1): 37-45.
- Hurst HM, Linton D. Preconception Care: Planning for the Future. *J Nurse Pract* 2015; 11 (3): 335-340.
- Jack BW, Atrash H, Bickmore T & et al. The Future of Preconception Care a Clinical Perspective. *Women's Health Issues* 2008; 18 (6): 19-25.
- Johnson K, Posner SF, Biermann J & et al. Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care-United States. CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55 (4): 1-23.
- Lammers CR, Hulme PA, Wey H & et al. Understanding Women's Awareness and Access to Preconception Health Care in a Rural Population: A Cross Sectional Study. *J Community Health* 2017; 42 (3): 489-499.
- Lum KJ, Sundaram R, Buck GM. Women's Lifestyle Behaviours while Trying to Become Pregnant: Evidence Supporting Preconception Guidance. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205 (3): 203-209.
- Luton D, Forestier A, Courau S & et al. Preconception Care in France. *Int J Gynecol Obstet* 2014; 125 (2): 144-145.
- Ojukwu O, Patel D, Stephenson J & et al. General Practitioners' Knowledge, Attitudes and Views of Providing Preconception Care: A Qualitative Investigation. *Ups J Med Sci* 2016; 121 (4): 256-263.
- Poels M, Koster MPH, Franx A & et al. Healthcare Providers' Views on the Delivery of Preconception Care in a Local Community Setting in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2017; 17 (1): 92-101.
- Rodino IS, Byrne SM, Sanders KA. Eating Disorders in the Context of Preconception Care: Fertility Specialists' Knowledge, Attitudes and Clinical Practices. *Fertil Steril* 2017; 107 (2): 494-501.
- Shannon GD, Alberg C, Nacul L & et al. Preconception Healthcare Delivery at a Population Level: Construction of Public Health Models of Preconception Care. *Matern Child Health J* 2014a; 18 (6): 1512-1531.

- Shannon GD, Alberg C, Nacul L & et al. Preconception Healthcare and Congenital Disorders: Systematic Review of the Effectiveness of Preconception Care Programs in the Prevention of Congenital Disorders. *Matern Child Health J* 2014b; 18 (6): 1354-1379.
- Shawe J, Delbaere I, Ekstrand M & et al. Preconception Care Policy, Guidelines, Recommendations and Services across Six European Countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *Eur J Contracept and Reprod Health Care* 2015; 20 (2): 77-87.
- Smith DJ, Weinreich SS, Cornel MC. Effects of a Simple Educational Intervention in Wellbaby Clinics on Women's Knowledge about and Intake of Folic Acid Supplements in the Periconceptional Period: A Controlled Trial. *Public Health Nutr* 2014; 18 (6): 1119-1126.
- Temel S, Birnie E, Sonneveld HM & et al. Determinants of the Intention of Preconception Care Use: Lessons From a Multi-Ethnic Urban Population in the Netherlands. *Int J Public Health* 2013; 58 (2): 295-304.
- Thompson EL, Vazquez-Otero C, Vamos CA & et al. Rethinking Preconception Care: A Critical, Women's Health Perspective. *Matern Child Health J* 2017; 21 (5): 1147-1155.
- Van Der Zee B, De Beaufort ID, Steegers EAP & et al. Perceptions of Preconception Counselling among Women Planning a Pregnancy: A Qualitative Study. *Fam Pract* 2013; 30 (3): 341-346.
- Van Voorst SF, Vos AA, De Jong-Potjer LC & et al. Effectiveness of General Preconception Care Accompanied by a Recruitment Approach: Protocol of a Community Based Cohort Study (The Healthy Pregnancy 4 All Study). *BMJ Open* 2015; 5 (3): 1-10.
- Williams L, Zapata LB, D'angelo DV & et al. Associations between Preconception Counseling and Maternal Behaviors Before and During Pregnancy. *Matern Child Health J* 2012; 16 (9): 1854-1861.
- World Health Organization. (6-7 February 2012). Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity: Meeting Report, Geneva, 2013a. Retrieved from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78067>
- World Health Organization. Preconception Care: Maximizing the Gains for Maternal and Child Health, 2013b. Retrieved from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf
- World Health Organization. Preconception Care Regional Expert Group Consultation, New Delhi, 2014. Retrieved from: http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5124.pdf
- Zhou Q, Zhang S, Wang Q & et al. China's Community- Based Strategy of Universal Preconception Care in Rural Areas at a Population Level Using a Novel Risk Classification System for Stratifying Couples' Preconception Health Status. *BMC Health Serv Res* 2016; 16 (1): 689-695.

YENİDOĞAN CİLDİ VE VERNİKS KAZEZOZANIN BEBEĞE FAYDALARI

NEWBORN SKIN ND BENEFITS OF VERNIX CASEOSA FOR THE INFANT

Arş.Gör. Özge KARAKAYA SUZAN*

Prof.Dr. Nursan ÇINAR*

*Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Geliş Tarihi/Received: 15.08.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 28.11.2018

ÖZ

Derinin ana fonksiyonu dış ortamdan gelen bakterilere, fiziksel ve kimyasal ajanlara karşı bariyer oluşturmaktır. Yenidoğan bebekler, epidermis ve dermisen ince oluşu, vücut yüzey alanının geniş, ter bezlerinin fonksiyonlarının tam gelişmemiş oluşu ve birçok sistemin immatür oluşu gibi özelliklerle yetişkinlerden ayrılırlar. Derinin gelişimi ve olgunlaşması yaş dönemlerinde farklılıklar göstermektedir. Prematüre bebeklerde stratum corneum tabakası yeterince gelişmediğinden topikal uygulanan ajanların toksik etkilerine ve transkütanöz yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı daha savunmasızdırlar. Doğumda yenidoğan cildi, utero ve postnatal olarak epidermal olgunlaşmaya katkıda bulunan beyaz, peynirli ve lipofilik bir madde olan verniks kazeoza ile kaplıdır. Verniks intrauterin yaşamın ikinci trimester sonlarında üretilmeye başlayan, %80'ni su olmak üzere lipit ve proteinler içeren koruyucu ince film tabakadır. Verniksin cilt yüzeyindeki dağılım gestasyon yaşına, doğum şekline ve vücut ağırlığına göre değişiklik gösterir. Gerek preterm gerekse term bebeklerde cildi güvenli şekilde korumak için, verniksin vücuttan temizlenmemesi, verniksin epidermal bariyer tedavisi olarak kabul edilmesi önemlidir. Verniks asit örtü oluşumunu destekleyerek enfeksiyonların ve transepidermal sıvı kayıplarının önlenmesi ile birlikte vücut ısısının korunmasına da katkı sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Yenidoğan, Prematüre, Deri, Verniks kazeoza

ABSTRACT

The main function of the skin is to form a barrier against bacteria and physical and chemical agents from the external environment. Newborns are distinguished from adults by features such as the thin epidermis and dermis, wide surface area of the body, undeveloped functions of sweat

glands, and immaturity of many systems. The development and maturation of the skin vary by age. Since the stratum corneum layer is not developed sufficiently in premature infants, they are more vulnerable to the toxic effects of agents applied topically and infections occurring through transcutaneous means. The newborn skin at birth is covered with vernix caseosa, a white, cheesy, and lipophilic substance that contributes to utero and postnatal epidermal maturation. Vernix is a protective thin film layer, which is started to be produced at the end of the second trimester of the intrauterine life and contains 80% water, and lipids and proteins. The distribution of vernix on the skin surface varies by the gestational age, mode of delivery, and body weight. In order to safely protect the skin in both preterm and term infants, it is important that vernix is not cleaned from the body and is considered as an epidermal barrier treatment. Vernix contributes to the protection of body heat, as well as the prevention of infections and transepidermal fluid losses by supporting the acidic cover formation.

Keywords: Newborn, Premature, Skin, Vernix Caseosa

GİRİŞ

Yenidoğan Cildinin Özellikleri

Deri yalnızca vücut yüzeyini kaplayan bir örtü değil, yaşamsal fonksiyonları olan vücudun en büyük organıdır (Nicol 2006). Derinin ana fonksiyonu dış ortamdan gelen bakteri, fiziksel ve kimyasal ajanlara karşı bariyer oluşturmaktır. Böylelikle mikroorganizmaların istilasından, enfeksiyonlardan, ultraviyole ışınlarının hasarından, mekanik kuvvetlerin basısından ve sıvı kaybından korur. Deri aynı zamanda kalsiyum ile fosfatın emilmesine yardımcı olan D vitaminin üretilmesini sağlar ve vücut ısısını düzenler. Ayrıca kozmetik fonksiyonları olmakla birlikte, anne-çocuk ilişkisinde bir duyu organı gibi işlev görür (Sarkar 2010). Derinin gelişimi ve olgunlaşması yaş dönemlerinde farklılıklar göstermektedir (Blume-Peytavi 2012). Yenidoğan yaşamının ilk günlerinde ıslak intrauterin yaşamdan kuru dış çevreye uyum sürecini yaşar. İlk ay ve bir yaşına kadar deride değişimler ile yapı ve fonksiyonlarında gelişmeler devam eder (Stamatas 2010). Miadında doğan yenidoğan derisi, düşük seviyelerde suyla bağlanmayan aminoasitlere bağlı olarak, yetişkinlere göre önemli ölçüde kurudur. Doğumda yenidoğan cilt asiditesi (pH) ortalama 6.4 olup bunun derinin normal asidik pH değeri olan 4.9 a gelmesi, ilk 1-4 gün içinde olmaktadır. Yenidoğanın cildi; su kaybı, eksojen ajanların penetrasyonu, enfeksiyon kontrolü, pH düzeni ve sıcaklık regülasyonuna kadar, doğumda birçok fonksiyona hizmet eder (Tatlı ve Gürel 2002).

Yenidoğan bebekler, epidermis ve dermisin ince oluşu, vücut yüzey alanının geniş, ter bezlerinin fonksiyonlarının tam gelişmemiş oluşu ve birçok sistemin immatür oluşu gibi özelliklerle yetişkinlerden farklıdır (Çiğdem ve Altay 2016). Yenidoğanın epidermis kalınlığı doğum ağırlığı ile orantılıdır. Doğum ağırlığı ne kadar az ise epidermiste o kadar incedir. Epidermis fonksiyonel olarak intrauterin 32-34. haftalar arasında matür hale gelir. Gestasyon yaşı 32 haftadan küçük bebeklerde derinin koruyucu fonksiyonu ancak doğumdan sonraki 2-3. haftalarda normale döner (Nikolovski 2008).

Cildin en dış tabakası olan Stratum corneum (SC), vücudu enfeksiyöz maddelerin girişinden ve su kaybından koruyan oldukça etkili bir bariyer membrandır (Fluhr 2010). Stratum corneum (SC), transepidermal su kaybının düşük olduğu yüksek düzeyde etkili bir katmandır. SC bütünlüğü, işlevi ve bakteriyel homeostazisi için asitli bir cilt pH'sı gereklidir. Banyo ve yıkama suyunun cilt üzerindeki etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda belirtildiği gibi, yenidoğanın alnındaki sebum seviyesi ilk hafta boyunca artmaktadır (Stamatas 2011).

Doğumdan hemen sonra, term bebeğin stratum corneum tabakası, özellikle de vücut içi ve dışı arasında etkili bir yarı geçirgen bariyer sağlamak gibi önemli işlevlerini yerine getirme yeteneğine sahiptir. Yenidoğanların cildinde Stratum corneumun yapısı epidermisin anatomisine ve görüntüsüne benzerdir (Darlenski 2012). Erişkinde stratum corneum kalınlığı 9.3 µm iken prematür yenidoğanda 4.1µm'dir. Prematüre bebeklerde deri, belirgin olarak daha ince bir epidermise ve daha ince yapıda bir stratum corneum tabakasına sahiptir (Törüner 2011).

Stratum corneum tabakası ısı kaybının önlenmesi ve transepidermal su kaybının kontrolünden sorumludur. Yenidoğanlarda yetişkinlere göre transepidermal su kaybı daha düşüktür. Bu kayıp, vücut bölgesine (göğüs, sırt, alın), radyan ısıtıcı altında geçirilen zamana ve verniksin miktarına bağlı olarak, doğumda değişiklik gösterir (Visscher 2005). Stratum corneum tabakasının diğer fonksiyonları ise toksinlere ve bakteri ve virüs gibi enfeksiyöz ajanlara karşı koruma sağlamasıdır. Miadında doğan yenidoğanın derisi iyi gelişmiş ve 10-20 sıra stratum corneum tabakasından meydana gelirken, prematürelere bu tabaka tam gelişmediğinden topikal uygulanan ajanların toksik etkilerine ve transkütanöz yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı savunmasız bırakır (Gardner 2011).

Prematürelerin Cilt Özelliği

Prematüre bebeklerin derisi, prematürenin haftasına göre gelişimsel farklılık gösterir. Histolojik olarak epidermal gelişme, 34. gebelik haftasında tamamlanır. Doğum sonrası adaptasyonu tamamlamak ve yenidoğanın cilt bariyerinin olgunlaşması için gerekli zaman, prematüre doğan bebeğin gebelik haftasına bağlıdır. Bu süre birkaç saatten birkaç haftaya kadar sürebilir, ileri derecede prematürelere ise daha uzun süre gereklidir (Adam 2008).

Gebeliğin 4. ayına kadar epidermis ve dermis tabakaları oluşmasına rağmen, stratum corneum tabakası olgunlaşmamıştır. Prematüre yenidoğanlarda stratum corneumun tabakası daha ince olup, gestasyon yaşına göre değişmektedir (Walters et al. 2016). Gestasyon yaşı 30 haftadan az olanlarda iki ya da üç stratum corneum tabakası varken 24. gestasyon haftasından küçük olanlarda stratum corneum tabakası yoktur. Bu nedenle prematüre yenidoğanlarda stratum corneum tabakasının lipid bariyeri zayıftır ve geçirgenliği fazladır (Tatlı ve Gürel 2002). Stratum corneum tabakasının olgunlaşması ile bebeğin dehidratasyon, ısı kaybının önlenmesi ve yaralanmalardan korunması arasın da önemli bir ilişki vardır (Reis ve ark. 2017).

Prematüre yenidoğanlarda dermis tabakasında kollajen ve elastik liflerin daha az sayıda olması nedeniyle ödemli yapının oluşması daha kolaydır. Bu nedenle

prematürelere basınca bağlı doku hasarı gelişme riski fazladır (Sarkar 2010). Doku hasarı gelişmemesi için bebeklerin pozisyonu sık aralıklar ile değiştirilmelidir.

Miadında doğan ve prematüre bebeklerde deri yüzey pH'sı yüksektir ve serbest yağ asidi konsantrasyonu erişkin derisinden daha azdır. Bu nedenle geçirgenlik ve enfeksiyon gelişme riski artmaktadır (Blume-Peytavi 2012). Ayrıca enfeksiyon ve toksinlere karşı aşırı duyarlı olması ve deri yolu ile çok fazla su kaybederek dehidrasyona girme tehlikesinin olması nedeni ile, prematüre bebeklerin cildi matürasyon tamamlanana kadar daha özel bir cilt bakımı almasını gerektirir (Visscher 2000).

Verniks Kazeozanın Önemi

Sağlıklı, miadında doğan bir bebeğin derisi, gelişmiş, özel ve doğumda birden fazla koruyucu işlev gerçekleştirmede oldukça etkilidir (Visscher 2014). Yenidoğanların ciltleri hem işlevsel hem de yapısal olarak erişkinlerden farklıdır. Epidermis kalın ve transepidermal sıvı kaybı yetişkinlere göre fazladır.

Verniks kazeoza, intrauterin (IU) dönemin 17-20. haftaları arasında, cilt üzerinde sefalo kaudal yönde oluşmaya başlayan, makroskopik olarak kalın, yapışkan ve hamurumsu, kontrast madde verildiğinde ise yoğun lipit matriks görünümlü bir yapıya sahiptir ve 36- 38. haftalara kadar miktarı artar (AWHOWN 2013). Verniks kazeozanın kimyasal yapısı incelendiğinde; %80 su, %10 lipit, %10 protein ve lizozim, laktoferrin, sebum, ölü hücreler, lanugo ve vitamin E gibi maddelerin yer aldığı bilinmektedir (Gözen 2015; Lund 2014). Verniksin cilt yüzeyindeki dağılım gestasyon yaşına, doğum şekline ve vücut ağırlığına göre değişiklik gösterir. Doğum anında vücudu kaplayan verniks kazeoza tabakası, bebeğin anne karnı ile dış ortam arasındaki ısı farkına uyumunu kolaylaştırır. Doğum ortamındaki ısı, intrauterin ortamdaki ısıya göre daha düşük ise, bu tabaka sayesinde bebeğin doğum sonrası bir ısı şoku yaşamasının önüne geçilmiş olur (Dyer 2013). Verniks sayesinde, bebek ısı şokuna bağlı olarak gelişmesi muhtemel dolaşım ve pıhtılaşma bozuklukları, hyalin membran hastalığı, beyin kanaması ve bazı enfeksiyonlar gibi rahatsızlıklara karşı da korunmuş olur (Lunze et al. 2013). Doğumdan sonra kuru çevrenin etkisi ile ortaya çıkabilecek evaporasyona bağlı sıvı kayıplarının önlenmesinde etkili olan mükemmel ve benzersiz bir mekanizmadır (Visscher 2011).

Verniks kazeozanın fonksiyonlardan biri de gebelik sırasında namniotik sıvıya maruz kalmasının zararlı etkilerinden korumak ve stratum corneum'un oluşumunu kolaylaştırmaktır (Visscher 2014). Epidermin; stratum corneum ve bazal tabakadan oluşmaktadır. Gebeliğin 8. haftasından itibaren çoğalıp, değişen epidermal hücreler ektoderm tabaka olarak nitelendirilen stratum corneum tabakasını oluştururlar. Stratum corneumun protein ve lipitlerden oluşmuştur. Stratum corneum tabakası ısı kaybı ve transepidermal su kaybının kontrolünden sorumludur ve termdeki yenidoğanlarda 10-20 tabakadan oluşmaktadır (Visscher 2011).

Verniks kazeoza varlığı yenidoğan cilt neminin kaybolmasını engeller. Visscher ve ark.(2005), verniksin cilt hidrasyonu üzerindeki etkisini belirlemek için yaptığı bir çalışmada cilt üzerinde verniksi kalan yenidoğanların cilt hidrasyonu, doğumdan 4 -

24 saat sonra anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışma da cilt yüzeyinde verniksi kalan yenidoğanlarda cilt pH'ı 4-24 saat sonra ölçüldüğünde diğer gruptan daha düşük bulunmuştur (Gözen 2015).

Enfeksiyona Karşı Koruyucu Bariyer

Yapılan araştırmalarda verniksin içinde doğal bağışıklığı destekleyen 40-50 değişik protein yapısında madde saptanmıştır. Bunların yarısı da tamamen vernikse özel proteinlerdir. Verniksin direkt olarak mikroorganizmaları yok edici etkisi de vardır. Örneğin mikroorganizmaları yok edici özelliği olan lizozim maddesi yeni doğan bebeklerin cildinde erişkin bir insanın cildine göre 5 kat daha fazladır (So 2014). Anne karnındaki bebeğin vücudunu kaplayan vernikte lizozimden başka antimikrobiyal proteinler de mevcuttur. Bunların yanı sıra verniksin akciğerlere büyük hasar verebilen Klebsiella ve yaralanmalarda iltihaplanmaya yol açan Staphylococcus aureus gibi bakterilere karşı etkili olduğu da görülmüştür (Baker 1995).

Yapılan bazı testlerde verniksin içinde lizozim ile birlikte vücuttaki bazı savunma hücrelerine de rastlanmıştır. Bazı deneylerde ise verniksin insanlarda enfeksiyonlara neden olan B. Streptococcus, K. pneumoniae, L. monocytogenes, C. albicans, and E. coli gibi bakteri ve organizmalara karşı etkili olduğu tespit edilmiştir (Romano 2005). Tüm bu özellikler verniks tabakasının doğum öncesi ve doğum sonrasında bebek için dışarıdan gelecek enfeksiyon ajanlarının tehditlerine karşı önemli bariyer görevi görmesini sağlar. Verniks bebekte yeni deri oluşumunu kolaylaştırıcı bir etkiye de sahiptir (Vishher 2014). Verniks bebeğin geniş cilt yüzeyinden sıvı kaybını önler ve bebeğin cildini kuruluştan koruyarak parlak, pembe, pürüzsüz bir görünüm kazandırır. Verniks tabakası doğum sonrasında olarak 3 ile 4 gün içinde tamamen emilerek kendiliğinden yok olur (Çiğdem 2015).

SONUÇ

Sonuç olarak; dış çevreye uyum sağlamaya çalışan yenidoğan için verniks kazeozanın korunması çok önemlidir. Dış etkenlere karşı oldukça hassas olan yenidoğanın özellikle prematürelere, cilt bakım uygulamaları, cilt bütünlüğüne zarar vermemeli, toksisiteye neden olmamalı ve cilt hassasiyetini arttırmamalıdır. Yenidoğana bakım veren pediatri hemşiresinin, öncelikli olarak yenidoğan cildinin fizyolojik özelliklerini bilmesi ve bakım uygulamalarını güncel araştırma bulguları doğrultusunda yapması, yenidoğan sağlığının sürdürülmesi açısından önemlidir. Gerek preterm gerekse term bebeklerde cildi güvenli şekilde korumak için, verniksin vücuttan temizlenmemesi, verniksin epidermal bariyer tedavisi olarak kabul edilmesi önemlidir. Verniksin temizlenmemesi, enfeksiyonların ve sıvı kayıplarının önlenmesi ile birlikte vücut ısısının korunmasında katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Adam R. (2008). Skin Care of the Diaper area. *Pediatric dermatology*, 25(4), 427-433.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Neonatal Skin Care: Evidence-Based Clinical Practice Guideline. 3rd ed. Washington DC; 2013. p.1- 27

- Baker SM, Balo NN, Abdel Aziz FT. Is Vernix a Protective Material To The Newborn? A biochemical Approach. *Indian J Pediatr* 1995; 62: 237–9.
- Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatas GN & et al. Skin Care Practices For Newborn And Infants: Review of The Clinical Evidence For Best Practices. *Pediatric Dermatology* 2012; 29(1): 1-14.
- Çiğdem S, Altay N. Yenidoğanlarda Basınç Ülseri Gelişimini Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Journal of Contemporary Medicine, 6(1-Ek (Olgu Sunumları))* 2016; 138-47.
- Darlenski R, Fluhr JW. Influence of Skin Type, Race, Sex, And Anatomic Location on Epidermal Barrier Function. *Clin Dermatol* 2012; 30: 269-73
- Dyer JD. Newborn skin care. *Seminars in Perinatology* 2013; 37:3–7.
- Fluhr JW, Darlenski R, Taieb A, et al. Functional Skin Adaptation in Infancy-Almost Complete But Not Fully Competent. *Exp Dermatol* 2010;19:483-92.
- Gardner S, Carter B, Enzman- Hines M & et al. Merenstein and Gardner` s Handbook of Neonatal Intensive Care (Seventh edition). USA, St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby 2011; 482-5.
- Gözen, D. (2015). Yenidoğanda Verniks Kazeozanın Önemi ve Banyo Uygulaması. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics, 1(2), 11-16.*
- Lund Houska C, Kuller McManus J. Integumentary system. In: Kenner C, Wright Lott J, eds. *Comprehensive Neonatal Nursing Care. 5th ed.* USA: Springer Publishing Company; 2014; p.299-333.
- Lunze, K, Bloom, DE, Jamison, DT, & Hamer, DH. (2013). The Global Burden of Neonatal Hypothermia: systematic review of a major challenge for newborn survival. *BMC medicine, 11(1), 24.*
- Nicol NH, Huether SE, Weber R. *Pathophysiology.* St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby 2006; 1573-1607
- Nikolovski J, Stamatas GN, Kollias N & et al. Barrier function and Water-Holding And Transport Properties of Infant Stratum Corneum Are Different From Adult And Continue To Develop Through The First year of life. *J Invest Dermatol* 2008;128:1728–36.
- Reis ZSN, Vitral GLN, de Souza IMF & et al. Newborn skin reflection: Proof of concept For a New Approach For Predicting Gestational Age at Birth. A Cross-Sectional Study. *PloS one* 2017; 12(9): e0184734.
- Romano AM. Research Summaries for Normal Birth. *The Journal of Perinatal Education* 2005; 14(4): 49.
- Sarkar R, Basu S, Agrawal RK & et al. Skin care for the newborn. *Indian Pediatrics* 2010; 47(7): 593-8.
- So HS, You MA, Mun JY & et al. Effect of trunk-to-head Bathing On Physiological Responses in Newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2014; 43(6):742-51.
- Stamatas GN, Nikolovski J, Luedtke MA & et al. Infant Skin Microstructure Assessed in Vivo Differs From Adult Skin in Organization and at The Cellular Level. *Pediatric Dermatology* 2010; 27(2): 125-31.
- Stamatas GN, Nikolovski J, Mack MC et al. Infant Skin Physiology And Development During The First Years of life: A review of recent findings based on in vivo studies. *Int J Cosmet Sci* 2011;33:17-24.
- Tatlı M, Gürel S. Yenidoğanın Cilt Bakımı. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi* 2002; 11(2): 108-12.
- Törüner E, Büyükgöğneç L, Altay N. Çocuklarda Basınç Ülserleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011; 4(4): 182-8.
- Visscher M, Narendran V. Neonatal infant skin: Development, Structure And Function. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2014; 14(4): 135-41.

- Visscher MO, Barai N, LaRuffa AA & et al. Epidermal Barrier Treatments Based On Vernix Caseosa. *Skin Pharmacology And Physiology* 2011; 24(6): 322-9.
- Visscher MO, Chatterjee R, Munson KA & et al. Changes in Diapered And Nondiapered İnfant Skin Over The First Month Of Life. *Pediatr Dermatol* 2000;17:45-51
- Walters RM, Khanna P, Chu, M, & Mack, MC. (2016). Developmental Changes in Skin Barrier And Structure During The First 5 Years of Life. *Skin Pharmacology and Physiology*, 29(3), 111-118.

65 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ BİREYLERDE AŞILAMA PROGRAMLARI VE HEMŞİRELİK

VACCINATION PROGRAMS FOR INDIVIDUALS OVER 65 YEARS OF AGE AND NURSING

Öğr.Gör. Elif OKUR*

Doç.Dr. Sevilay HİNTİSTAN**

*Trabzon Üniversitesi Tonya Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

**Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 04.08.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 04.12.2018

ÖZ

Ülkemizde nüfusun her geçen gün yaşlandığı düşünülürse, yaşlı sağlığı ile ilgili koruma hizmetlerinin planlanması gerekmektedir. Yaşlı sağlığını korumada en önemli koruyucu sağlık hizmeti ise aşılamadır. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalıklar, komorbidite, kırılabilirlik, malnütrisyon nedeniyle bağışıklık sisteminin baskılanması ve buna bağlı olarak birçok enfeksiyon hastalığına yatkınlık artmaktadır. Son yıllarda yaşam süresinin uzamasıyla yaşlılık sürecinde gelişebilecek enfeksiyon hastalıkları ve komplikasyonlarının önlenmesinde, morbidite ve mortalitenin azaltılmasında ve yaşlılıkta daha kaliteli bir yaşam sürdürülmesinde erişkin aşılanma oldukça önemlidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olan aşılamaya ile hastalıklar ve ölümler önemli ölçüde önlenmektedir. Ülkemizde aşılar çoğunlukla çocukluk döneminde yapılmakta, erişkin aşıları ihmal edilmekte ve ileri yaşlardaki erişkin aşılanmasına ise gereken önem verilmemektedir. Bağışıklama hizmetlerinde hemşirelerin aktif rol alması hastaların sağlığını olumlu etkilemektedir. Hemşireler 65 yaş ve üzeri bireyler ile her karşılaşmasında, bu yaş grubunda yapılması gereken aşıların önemini vurgulamalı, kronik hastalığı ve riskli durumları olan bireyleri ise hekim danışmanlığında aşılanmaya yönlendirmelidir. Altmış beş yaş ve üzeri nüfusu etkileyebilecek ve aşılamaya ile önlenilecek hastalıkların başında influenza (grip), pnömokokal hastalıklar (pnömoni, menenjit, sepsis), tetanoz ve zona zoster gelmektedir. Altmış beş yaş ve üzeri tüm bireylerin her yıl bir kez mevsimsel grip aşısı yanı sıra pnömokok ve zona aşısı, 10 yılda bir ise tetanoz aşısı rapeli olmaları önerilmektedir. Özellikle aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin toplumdaki

yaşlı bireyleri bağışıklama konusunda bilgilendirmeleri, çocuklarda olduğu gibi 65 yaş üstü bireylerde de aşı kartlarının oluşturulması ve takibinin yapılması erişkin aşılama oranlarının artması açısından oldukça önemlidir. Yaşlı hastaların aşılama oranlarının artırılması için yazılı ve görsel medyanın yanı sıra sosyal medyanın da etkin biçimde kullanılarak aşılama tanıtımının yapılması, öneminin vurgulanması ile farkındalığın artırılması gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Aşılama, Bağışıklama, Hemşirelik, Yaşlı

ABSTRACT

Considering that the population is getting older with each day, protection services related to elderly health should be planned. The most important preventive health service in protecting elderly health is vaccination. With age, chronic diseases, co-morbidity, fragility, suppression of the immune system due to malnutrition, and consequently susceptibility to many infectious diseases increase. Adult vaccination is very important for prevention of infectious diseases and complications that may develop during the aging process, for reducing morbidity and mortality and for maintaining a better quality of life in old age. With vaccination, which is an important part of preventive health services, diseases and deaths can be prevent significantly. In our country, vaccines are mostly made in childhood, adult vaccines are neglected and the required importance of adult vaccination is not given. The active role of nurses in immunization services affects the health of patients positively. Nurses should emphasize the importance of vaccinations to be made in this age group in any encounter with the age of 65 and over, and should guide the individuals with chronic diseases and risky situations to vaccination in doctor counseling. Influenza, pneumococcal diseases (pneumonia, meningitis, sepsis), tetanus and zona zoster are leading diseases that can affect the population over 65 years of age and can be prevented by vaccination. It is very important that inform elderly people in the community about immunization, as in children, the formation and follow-up of vaccination cards in individuals over the age of 65 of nurses working in family health centers in terms of increasing the rate of adult vaccination. In order to increase the vaccination rates of elderly patients, it is necessary to increase the awareness by emphasizing the importance of the promotion of vaccines by using the social media effectively as well as the written and visual media.

Key words: Vaccination, Immunization, Nursing, Elderly

GİRİŞ

Dünyada insan ömrünün uzadığı ve yaşlı nüfusun giderek arttığı görülmektedir. Günümüzde yaşlılar, dünya nüfusunun %8.9'unu oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre, ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun, toplam nüfus içindeki oranı %8.5'e yükselerek 6 milyon 895 bin 385 kişiye ulaşmış, 2060 yılında ise bu oranın %22.6'ya ulaşacağı öngörülmektedir (TÜİK 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası hedeflerinden beşincisi yaşlı sağlığı ile ilgilidir ve "2020 yılında yaşlıların, daha sağlıklı bir yaşlanmaya ve toplumsal üretkenliğe daha fazla katılmalarına olanak sağlanabilmelidir" şeklindedir. Ülkemizde yaşlı nüfus her geçen gün artmakta bu nedenle yaşlı sağlığı ile ilgili koruyucu hizmetlerin planlanması zorunlu olmaktadır (Aslan 2011, Çimen ve Temel 2017).

Aşılama, yaşlı sağlığını korumada en önemli koruyucu sağlık hizmetidir (Aslan 2011). Aşılama ile hastalıklar ve ölümler önemli ölçüde önenebilmektedir. Ülkemizde aşilar çoğunlukla çocukluk döneminde yapılmakta ve bu aşılama sayesinde ciddi, yaşamı tehdit eden, bulaşıcı hastalıklara karşı koruma sağlanarak ölüm oranı %90'ın üzerinde azaltılabilmektedir (Naylor et al. 2005). Yaşlılarda ise erişkin aşilar ihmal edilmekte ve ileri yaşlardaki erişkin aşilamasına gereken önem verilmemektedir (Zeybek ve ark. 2004, Aslan 2011, Öztürk 2012). Ayrıca, yaş ilerledikçe yaşamı tehdit eden bakteri ve virüslere karşı uygulanan aşinin koruyuculuk düzeyi de azalmaktadır (Naylor et al. 2005). Zira yaşlanma ile birlikte bağışıklık sistemi zayıflamaktadır. Bağışıklık sisteminde önemli bir organ olan timus bezi yaş ilerledikçe küçülmektedir. Timüs bezi, T lenfositlerinin olgunlaşmasından sorumludur ve olgunlaşmış T lenfositleri bedeni enfeksiyonlara karşı savunmada oldukça önemlidir. Altmış yaşındaki bir kişinin timus bezi normal boyutunun %5'ine gerilemektedir. Bu durum, T lenfositlerinin sayısında azalmaya, bakteri ve virüslerin oluşturduğu enfeksiyonlarla mücadelede zayıflamaya yol açmaktadır (Naylor et al. 2005). Yine yaş ilerledikçe organizmaların vücuda girişinde önemli bir engel oluşturan deri incelmekte, bütünlüğü bozulmakta ve bakterilerin vücuda girişi kolaylaşmaktadır (Büke 2015). Ayrıca, yaşlandıkça komorbidite, kırılabilirlik, malnütrisyon nedeniyle de bağışıklık sistemi baskılanmakta ve buna bağlı birçok enfeksiyon hastalıklarına yatkınlık artmaktadır. Özellikle 65 yaş ve üzeri bireylerde akciğer enfeksiyonları yaşamı tehdit etmektedir. Yaşla birlikte solunum yolları hastalıkları, kronik akciğer ve kalp hastalıkları, demans gibi durumlar aynı zamanda pnömoni gelişme riskini de artırmaktadır (Schimdt-Ionas M ve Lode H 2006, Karadakovan ve ark. 2017). Bu nedenle yaşlı nüfusun yaşamı tehdit eden hastalıklara karşı aşı ile korunması büyük önem taşımaktadır (Zeybek ve ark. 2004, Aslan 2011, Öztürk 2012). Yaşı ilerlemiş bireylerin pnömoni riskini ortadan kaldırmak için bulaşmaya yönelik önlemlerin yanı sıra, pnömokok ve influenza aşilarını da yaptırmaları gerekmektedir (Hızel 2012). Özellikle pnömoni, yaşlılarda görülen en sık beşinci ölüm nedenidir (Schimdt-Ionas M ve Lode H 2006). Salgın dönemlerinde pnömoni ve gripten (influenza) ölenlerin %80'ini 65 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. İnfluenza aşilamasının kronik hastalıklar nedeniyle hastane yatışlarını, kalp ve solunum yolları hastalıklarından ölümleri önemli ölçüde azaltabileceği üzerinde durulmaktadır (Andre et al. 2008, MacIntyre 2013, Udell et al. 2013, Simonsen et al. 2015).

Erişkin aşılama programları ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermekte ve birçok ülke bu bilgiyi toplayan merkezi veri tabanlarına sahip olmadığı için verilerin elde edilmesi oldukça güç olmaktadır (Weinberger 2018). Dünyada gelişmiş ülkelerin aşılama oranlarına bakıldığında; 65 yaş ve üzeri bireylerin aşılama oranının en yüksek Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) (%82), en düşük Almanya (%37) ve İsrail'de (%20) olduğu görülmektedir (Dip ve Cabrera 2010). Dünyada 65 yaş ve üzeri bireylerin aşılama oranlarıyla ülkemizde yapılan çalışmalardaki aşılama oranları karşılaştırıldığında, ülkemizdeki aşılama oranlarının düşük olduğu (%30.4, %35.6) ve bu konuda aşılama teşvik edici çalışmalar yapılmasının toplum sağlığının korunmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Bal ve Börekçi 2016, Mutlu ve ark.

2018). Ayrıca, ülkemizde yapılan bir çalışmada, yaşlıların %64.4'ünün çocukluk dönemi aşılı dışıda hiç aşı yaptırmadığı belirtilmektedir (Mutlu ve ark. 2018). Altmış beş yaş ve üzeri nüfusta aşılanmanın az olmasının nedenleri arasında; aşıyla korunulabilen hastalıkların öneminin çok fazla anlaşılabilmesi ve önemsenmemesi, erişkin aşılarının güvenilir ve etkin oluşundan şüphe edilmesi, aşılar hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması, aşıların maliyeti ve sağlık sigortası tarafından ödenmemesi, çocuklar için kullanılan aşı takvimi uygulamasının erişkin aşılanması içinde uygulanabilmesi yer almaktadır (Bal ve Börekçi 2016).

Ülkemizde bebek ve çocuklarda yapılan aşı takibinin, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde de yapılması, aşılanma oranlarının artmasına katkı sağlayacaktır. Özellikle aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşlılara erişkin aşılanma programları ile ilgili bilgi vermeleri, çocuklarda olduğu gibi 65 yaş ve üzeri bireylerde de aşı kartları oluşturmaları ve aşılanma izlemlerini yapmaları erişkin aşılanma oranlarının artması açısından oldukça önemlidir. Yapılan bir çalışmada, katılımcıların %76.9'u aşı yaptırmaları gerektiği bilgisini hekimlerinden edindiklerini ve %70.4'ü aşı yaptırmalarında kendilerini motive eden etkili faktörün hekimleri olduğunu belirtmişlerdir (Mutlu ve ark. 2018). Oysaki ilk önce birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşan 65 beş yaş ve üzeri nüfus burada erişkin aşılanması ile ilgili bilgilendirmeyi sadece hekimlerinden değil özellikle hemşirelerinden de almaktadırlar. Tüm bunlar göz önüne alındığında hemşirelerin ileri yaşlardaki bireyleri enfeksiyonlara karşı korumak için; genel hijyen kurallarına uyma ve uygulamada, el hijyeni sağlamada, gribe karşı korumada, protein, karbonhidrat ve yağların gıdalar ile dengeli ve düzenli biçimde alınmasında, düzenli fiziksel aktivitenin sağlanmasında ve özellikle gerekli aşıların düzenli uygulanmasında ve izlenmesinde önemli rolleri bulunmaktadır (Büke 2015). Ayrıca hemşire, 65 yaş ve üzeri bireylerin aşılanması için farkındalık oluşturmalı, yazılı, görsel ve sosyal medyayı aşıları tanıtmak ve aşılanmanın öneminin anlatmak için kullanmalıdır. Hem aile sağlığı merkezlerinde hem de hastanelerde aşı birimlerinin kurulması ve buralarda yaşlı bireylerin aşılanması ve izlenmesi erişkin aşılanma oranlarının artmasına katkı sağlayacaktır. Bu derleme ile 65 yaş ve üzerindeki bireylerde aşılanmanın önemi, aşılama programları ve hemşirenin rolü konusunda farkındalık oluşturulacağı düşünülmektedir.

Altmış Beş Yaş ve Üzerinde Yapılması Önerilen Aşılar

1. İnfluenza (Grip) Aşısı

Altmış beş yaş ve sonrasında gribe bağlı ölüm oranı belirgin olarak artmaktadır. İnfluenzadan kaynaklanan ölümlerin %90'ından fazlası 65 yaş ve üzeri kişilerde görülmektedir. İmmün yaşlanma ve viral klirenste zayıflama nedeniyle yaşlı kişiler influenza komplikasyonları açısından daha yüksek risk altındadır. Aşı, influenza insidansını ve şiddetini azaltmakta, influenza ile ilişkili hastane yatışlarını (%48) önlemekte, pnömoni, inme ve iskemik kalp hastalığı riskini azaltmaktadır (Baştürk ve Boyacıoğlu 2004). Altmış yedi çalışmanın incelendiği bir sistematik incelemede, influenza aşısı olan yaşlı erişkinlerde influenza riskinin %6'dan %2.4'e kadar düştüğü görülmüştür (Demicheli et al. 2018). Bu nedenle alta yatan başka hiç bir hastalık olmasa bile 65 yaş ve üzerindeki kişiler için her yıl bir doz mevsimsel grip aşısı

önerilmektedir (Vu et al. 2002, Jefferson et al. 2005). Altmış beş yaş ve üzeri bireylere sadece inaktive influenza aşısı deltoid kasa 0.5 ml intramüsküler olarak uygulanmalıdır. Bu aşı, her yıl güz döneminde Ekim başından Kasım ayı ortasına kadar uygulanmaktadır. Aşılınmamış olanlar tüm grip mevsimi döneminde de aşılanabilir (Öztürk 2012). Yumurta alerjisi olanlara, daha önce grip aşısından sonra ağır alerjik reaksiyon geçirenler veya grip aşısından sonra altı hafta içerisinde Guillain-Barre sendromu gelişenlere, grip aşısı uygulanmamalıdır (Ulusal Aşı Çalıştay Raporu 2014). Ülkemizde de mevsimsel grip aşısı 65 yaş ve üzeri grup için sağlık kurumlarında ücretsiz olarak yapılmaktadır (Koldaş 2017).

2. Pnömonokok Aşısı

Pnömonokok enfeksiyonu ileri yaş grubunda ciddi mortalite ve morbidite nedenidir (CDC 2010). Pnömonokok hastalık insidansı ve mortalitesi 50 yaşında ancak belirgin olarak 65 yaş ve üzerinde artış gösterir. Bu nedenle 65 yaş ve üzeri bireylere pnömonokok aşısı yapılması önerilmektedir. Biri polisakkarit aşı (PPSV23) diğeri konjuge aşı (PCV13) olmak üzere iki tip pnömonokok aşısı bulunmaktadır. PPSV23, T hücrelerinden bağımsız antijenler olup doğrudan B hücreleriyle etkileşime girdiğinden immünojenik potansiyelleri daha düşük ve immün belleği daha azdır. PCV13 ise "konjugasyon" ile antijeninin T hücrelerine bağımlı özellik kazanması sayesinde uzun süreli koruma sağlamaktadır. Antikor yanıtının daha geniş ve koruyuculuğunun daha yüksek olmasını sağlamak amacı ile iki aşının da belirli aralıklarla uygulanması gereklidir (EKMUD 2016). Mümkünse, önce PCV13'ün ve daha sonra PPSV23'ün ardışık olarak uygulanması önerilmektedir. Altmış beş yaşından sonra tek doz PCV13 ve tek doz PPSV23 uygulanması yeterlidir, rapel dozlara gerek yoktur. Uygulama önerileri Tablo 1'de gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yetişkin Risk Grubu Aşılama Programı 2017). Konjuge ya da polisakkarid pnömonokok aşısı, ayrı bölgelere olmak kaydıyla inaktive influenza aşısı ile eş zamanlı olarak uygulanabilir (EKMUD 2016). Her iki tip aşı da 0.5 ml intramüsküler/subcutan olarak tek doz uygulanır. Bağışıklığı normal bir erişkin, ilk aşıyı 65 yaşından önce yaptırmışsa, 65 yaşından ilk aşı üzerinden beş yıl geçince rapel uygulanır. Yan etkileri arasında uygulama yerinde ağrı, şişkinlik, ateşlenme nadir olarak görülebilir (Öztürk 2012).

Tablo 1. Altmış Beş Yaş ve Üzeri Bireylerde Pnömonokok Aşıları Uygulama Şeması

65 yaş ve üzeri immünkompetan birey	Öneri
Pnömonokok aşılama öyküsü yok	1 doz PCV13 en az 1 yıl sonra PPSV23*
65 yaş sonrasında PPSV23 yapılmış	İlk aşıdan en az 1 yıl sonra PCV13
65 yaş öncesinde PPSV23 yapılmış	Son aşıdan en az 1 yıl sonra PCV13; PCV13'den en az bir yıl sonra, son PPSV23'den en az 5 yıl sonra PPSV23

***Fonksiyonel ya da anatomik aspleni, BOS kaçağı, kohlear implant ve immün yetmezlik gibi riskli durumlarda PCV13 sonrası PPSV23 uygulaması için önerilen süre en az 8 haftadır.**

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) Erişkin Bağışıklama Rehberi; Yaşlılık döneminde aşılama (2016). İstanbul s. 85'den alındı.

3. Tetanoz-Difteri Toksoid Aşısı

Çocukluk çağında yapılan tetanoz aşısıyla oluşan koruyucu antitoksin düzeyleri, ilerleyen yaşla birlikte belirgin olarak azalmaktadır (Koldaş 2017). Altmış yaş ve üzerinde tetanoz enfeksiyonu riski, 20-59 yaş arası kişilere göre iki kat daha fazladır. ABD’de tetanoz vakalarının %60’ı, 60 yaş üzeri vakalarda mortalite riski yaş ile orantılı olarak artmakta olup antikor titre düzeyleri de yaşla birlikte azalmaktadır (Weston et al. 2012). Altmış beş yaş üzeri kişilere önerilen aşı formu “Tetanoz-difteridir” (Td). Daha önce hiç aşılanmamış bireylere Td, dört hafta arayla iki doz, ikinci dozdan 6-12 ay sonra da üçüncü doz uygulanır. Deltoid kasa intramüsküler olarak 10 yılda bir ise rapel dozu yapılmalıdır (EKMUD 2016, Öztürk ve ark. 2016).

4. Herpes Zoster (Zona) Aşısı

Zona, yaşlılık döneminde bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucu viral bir etken olan varisella zoster virüsünün reaktivasyonu nedeniyle gelişir. Yaralar belirgin hale gelmeden 2-7 gün önce tutulan bölgede yanma, batma şeklinde ağrı meydana gelir (Aslan 2011). Yaşam boyunca, bireylerin yaklaşık %30’unu etkiler ve bu kişilerin 2/3’sinden fazlası 50 yaş üzerindedir. Zona, toplumun yaklaşık %30’unu etkilemekte ve yaş ilerledikçe görülme sıklığı 8-10 kat artmaktadır (Kimberlin ve Whitley 2007). En sık gözlenen komplikasyonları post-herpetik nevralji, ensefalit, miyelit, kranial ve periferik sinirlerin felcidir. Yapılan bir kohort çalışmasında, zona aşısının hem sağlıklı bireylerde hem de diyabet ve koroner kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan bireylerde zona riskini %55 oranında azalttığı gösterilmiştir (Tsenget al. 2011). Altmış yaş ve üzeri bireylerde daha önce herpes zoster enfeksiyonu olup olmamasına bakılmaksızın tek doz herpes zoster aşısının cilt altına yapılması önerilmektedir. Kronik hastalığı olanlar klinik tablo açısından herhangi bir risk oluşturmuyor ya da önlem alınması gerekli bir durum yok ise hekim danışmanlığı ve yönlendirmesi ile aşılama yapılabilir (Aslan 2011).

Tablo 2. Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre 2016 Aşı Önerileri ve Dozları (Özet Tablo)

Aşı	19-26 yaş	27-36 yaş	37-59 yaş	60-64 yaş	≥ 65 yaş
Td/Tdap	Her 10 yılda bir rapel doz				
İnfluenza	Her yıl 1 doz				
PCV13	1 doz				1 doz
PPSV23	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz
Hepatit B	3 doz (0, 1, 6. ay)				
Hepatit A	2 doz (0, 6. ay)				
Zoster				1 doz	
Su çiçeği	2 doz (1 ay arayla)				
KKK	1 veya 2 doz				

Meningokok	1 doz			
Hib	3 doz (4 hafta arayla)			
HPV	3 doz (0, 1-2, 6. ay)			

Td: Tetanoz-difteri; **Tdap:** Tetanoz-difteri-aselüler boğmaca; **Hib:** Haemophilus influenzae tip b aşısı; **HPV:** Human papilloma virus aşısı; **KKK:** Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; **PCV13:** Konjuge pnömokok aşısı; **PPSV23:** Polisakkarit pnömokok aşısı.

- Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.
- Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.
- Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir.

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) Erişkin Bağışıklama Rehberi; Yaşlılık döneminde aşılama (2016). İstanbul s. 85'den alındı.

Erişkinde Bağışıklama ve Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşirenin değişen yaşam koşullarının gereği olarak görülen çağdaş rollerinden biri olan eğitici rolü, sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesinde çok önemlidir. Hemşire, bireye ve topluma doğru yöntem ve tekniklerle gereksinimlerine ve özelliklerine uygun, planlı ve sürekliliği esas alan eğitimler düzenlemelidir. Etkili yöntem ve tekniklerle, profesyonel kimliği ve çağdaş eğitimi rolü ile düzenleyeceği sağlık eğitimleri ile hemşireler, aşılama sürecinin hayati bir parçası olmalıdır (Schaffner et al. 2009, Öz Pulat 2010). Aşılama özellikle huzurevinde ya da destekli yaşam merkezlerinde yaşayan bireyler için daha da önemlidir. Özellikle bulaşıcı hastalıklar toplu yaşanan ortamlarda kolayca yayılabilir. Hemşirelerin bağışıklama hizmetlerinde aktif rol alması hastaların sağlığını olumlu etkiler (Schaffner et al. 2009). Hemşire 65 yaş ve üzeri bireylere her karşılaşmasında bu yaş grubunda yapılması gereken aşıların önemini vurgulamalı, kronik hastalığı ve riskli durumları olan bireyleri ise hekim danışmanlığında bağışıklanmaya yönlendirmelidir. Özellikle aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin toplumdaki yaşlı bireyleri bağışıklama konusunda bilgilendirmeleri ve aşı kartları oluşturarak izlemlerini yapmaları erişkin aşılanma oranlarının artmasına katkı sağlayabilecektir. Bu konuda hemşireler mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitilmeli, yaşlı bireyler yazılı ve görsel basın aracılığıyla bilgilendirilmelidir. Bunun için; yaşlı bireylere ulaşmada televizyon yayınları yapılmalı, hastane ve diğer sağlık kurumlarında sinevizyonlarda tanıtım filmleri gösterilmeli, kamu spotları yayımlanmalı, yaşlıların ve yakınlarının her yerde rahatlıkla görebilecekleri afişler etkin ve etkili bir şekilde kullanılmalıdır (Schaffner et al. 2009, Öz Pulat 2010).

SONUÇ

Yaşlıları etkileyebilecek ve bağışıklama ile önlenilecek hastalıkların başında influenza (grip), pnömokokal hastalıklar (pnömoni, menenjit,sepsis), tetanoz ve zona hastalığı gelmektedir. ABD'de 65 yaş ve üzeri bireylere aşılama programına istinaden yıllık influenza, pnömokok (polisakkarit) aşısı, 10 yılda bir rapel doz şeklinde tetanoz

aşısı, iki doz su çiçeği aşısı uygulanmaktadır (CDC 2018). Türkiye’de ise 65 yaş ve üzeri bireylere her yıl bir kez mevsimsel grip aşısının yanı sıra pnömokok ve zona aşısı yaptırılmaları ayrıca 10 yılda bir tetanoz aşısı rapeli önerilmektedir. Kronik hastalığı olan risk grubundaki erişkinlere diğer aşılarda da (difteri, boğmaca, suçiçeği, hepatit, meningokok, kuduz, tifo, kolera) gerektiği zaman yapılması hekim tarafından önerilebilir. Ayrıca yaşlıların aşıyla önlenilebilir hastalıklar ve komplikasyonlarından korunabilmesi için çevrelerindeki bireylerin de aşılanması gereklidir (EKMUD 2016). Bununla birlikte ülkemizde hemşirelerin özellikle yaşlı bireylerde erişkin aşılanması konusunda farkındalık oluşturması ve bilgilendirmesi, erişkin aşılanma oranlarının artması açısından önemlidir. Aşılanma oranlarının artırılmasında yaşlı bireylerin aşılanma programlarının yazılı, görsel ve sosyal medyada etkin biçimde yer alması ve aşı tanıtımlarının yapılarak farkındalığın sağlanması gereklidir.

KAYNAKÇA

- Andre FE, Booy R, Bock HL & et al. Vaccination Greatly Reduces Disease, Disability, Death and Inequity Worldwide. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86(2): 14-1460.
- Aslan D.(2011). İleri Yaşta Bağışıklama. Yaşlı Sağlık Modülleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara: 15-23, Retrieved June 7, 2018, from <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/yaslisagligi.pdf>.
- Bal H, Börekçi G. Mersin İlindeki Bir Aile Sağlık Merkezine Kayıtlı Altmış Beş Yaş ve Üstü Bireylerin Erişkin Aşılama Durumları ve Etkileyen Faktörler. *İstanbul Med J* 2016; 17: 121-30.
- Baştürk B, Boyacıoğlu S. İmmün Yaşlanma. *Türk. Geriatri Dergisi* 2004; 7: 159-61.
- Büke ÇA. Yaşlılarda Bağışıklama. *Ege Journal of Medicine* 2015; 54: (Supplement) 35-40.
- CDC. gov. [homepage on the Internet]. (2010). USA: Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) Report Emerging Infections Program Network Streptococcus pneumoniae, (ORIG). Retrieved June 5, 2018, from <http://www.cdc.gov/abcs/reports-findings/survreports/spneu10-orig.pdf>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommended Adult Immunization Schedule by Vaccine and Age Group. (2018). Retrieved May 4, 2018, from <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>.
- Çimen Z, Temel BA. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017; 33(3): 105-25.
- Demicheli V, Jefferson T, DiPietrantonj C & et al. Vaccines for Preventing Influenza in the Elderly. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; Feb 1; 2: CD004876.
- Dip RM, Cabrera MA. Influenza Vaccination in Non-institutionalized Elderly: A Population-based Study in a Medium-sized City in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2010; 26: 1035-44.
- Hızal K. Yaşlılık Döneminde Görülen Başlıca Enfeksiyonlar. *Türk Geriatri Dergisi* 2012; 15: 40-1.
- Jefferson T, Rivetti D, Rivetti A & et al. Efficacy and Effectiveness of Influenza Vaccines in Elderly People: A Systematic Review. *Lancet* 2005; 366(9492): 1165-74.
- Karadakovan A, Çelebioğlu A, Sert ZE & et al. Yaşlıların Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017; 33(1): 64-75.
- Kimberlin DW, Whitley RJ. Varicella-zoster Vaccine for the Prevention of Herpes Zoster. *N Engl J Med* 2007; 356(13): 1338-43.
- Koldaş ZL. Yaşlı Popülasyonda Bağışıklama (Aşılama). *Turk Kardiyol Dern Ars* 2017; 45 (Suppl 5): 124-7.

- MacIntyre CR. Elderly Vaccination—The glass is Halffull. *Health* 2013 (5): 80-5.
- Mutlu HH, Coşkun FO, Sargın M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş ve Üstü Kişilerde Aşılama Sıklığı ve Farkındalığı. *Ankara Med J*, 2018; (1): 1-13.
- Naylor K, Li G, Vallejo AN & et al. The Influence of Age on T Cell Generation and TCR Diversity. *J Immunol* 2005; 174(11): 7446-52. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017). Yetişkin Risk Grubu Aşılama Programı. Retrieved June 4, 2018, from [http:// www. adanahsm. gov. tr/ uploads/ files/ Risk%20 Grubu%20 A% C5%9F%C4%B1lamalar%C4%B1. pdf](http://www.adanahsm.gov.tr/uploads/files/Risk%20Grubu%20A% C5%9F%C4%B1lamalar%C4%B1.pdf).
- Schaffner W, MD and Susan J. Rehm, MD. (2009). Geriatric Nursing Geriatric Health Care: Keeping our Treasures Healthy Nurses Urged to Take a Role in Vaccinating Older Adults. Retrieved June 6, 2018, from [http:// www. adultvaccination. org/ professional-resources/nbna-geriatric-vaccination. pdf](http://www.adultvaccination.org/professional-resources/nbna-geriatric-vaccination.pdf)
- Schmidt-Ionas M, Lode H. Treatment of Pneumonia in Elderly Patients. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2006; 7(5): 499-507.
- Simonsen L, Reichert TA, Viboud C & et al. Impact of Influenza Vaccination on Seasonal Mortality in the US Elderly Population. *Archives of Internal Medicine* 2015; 165(3): 265-72.
- Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD). Erişkin Bağışıklama Rehberi; Yaşlılık Döneminde Aşılama. İstanbul: Gülmat Matbaacılık; 2016.
- Tseng HF, Smith N, Harpaz R & et al. Herpes Zoster Vaccine in Older Adults and the Risk of Subsequent Herpes Zoster Disease. *JAMA* 2011; 305(2): 160-6.
- Öz Pulat F. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı* 2010; 293-7.
- Öztürk R. Erişkinde Bağışıklama. *Klinik Gelişim* 2012; (25): 49-59.
- Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S & ark. Yaşlılık Döneminde Koruyucu Sağlık Bakımı. *TJFM&PC WWW.TJFMPC.GEN.TR* 2016; 10(1): 34-41.
- TÜİK Haber Bülteni 2018: 27595, İstatistiklerle Yaşlılar (15 Mart 2017). Retrieved June 6, 2018, from <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595> 2.
- Udell JA, Zawi R, Bhatt DL & et al. Association Between Influenza Vaccination and Cardiovascular Outcomes in High-Risk Patients: A Meta-Analysis. *Jama* 2013; 310(16), 1711-20.
- Ulusal Aşı Çalıştayı Raporu. (27-29 Mart 2014-Ankara). T.C. Sağlık Bakanlığı İnfeksiyon Hastalıkları Derneği. Retrieved July 23, 2018, from [http:// www. geriatri. org. tr / pdf/ Ulusal_ Asi_ Calistayi_ Rapor_ 2014. pdf](http://www.geriatri.org.tr/pdf/Ulusal_Asi_Calistayi_Rapor_2014.pdf).
- Vu T, Farish S, Jenkins M & et al. A Meta-analysis of Effectiveness of Influenza Vaccine in Persons Aged 65 Years and over Living in the Community. *Vaccine* 2002; 20(13-14): 1831-6.
- Weinberger B. Vaccines for the Elderly: Current Use and Future Challenges. *Immun Ageing* 2018 Jan 22; 15 :3
- Weston WM, Friedland LR, Wu X & et al. Vaccination of Adults 65 Years of Age and Older with Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine (Boostrix®): Results of Two Randomized Trials. *Vaccine* 2012; 30: 1721-8.
- Zeybek Y, Tokalak İ, Boyacıoğlu S. Altmış Beş Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Aşılama Durumu. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7: 152-4.

TOPIKAL UYGULAMADA ZEYTİNYAĞININ ETKİNLİĞİ

EFFECTIVENESS OF OLIVE OIL IN TOPICAL APPLICATION

Dr.Öğr. Üyesi Münevver SÖNMEZ* **Prof.Dr. Ülkü YAPUCU GÜNEŞ****

*Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 25.06.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 10.12.2018

ÖZ

Zeytin, neredeyse tüm kutsal kitaplarda yer almış, binlerce yıldan beridir var olan, Akdeniz ülkelerinin ve uygarlığının simgesi olmuş bir bitkidir. Zeytinyağının yapısında bulunan bioaktif bileşiklerin; vücut üzerinde antioksidan, antimikrobiyal, antienflamatuar ve antikarsinojenik etkileri bulunmaktadır. Özellikle topikal olarak uygulandığında meme başındaki çatlakları önlediği, ağrıyı azalttığı, kronik cilt lezyonlarının belirtilerini hafiflettiği, basınç yarası oluşumunu önlediği, ağız kuruluğunu ve transkutanöz sıvı kaybını önleyerek deri hidrasyonunu sağladığı, antioksidan özelliği ile deriyi patojen mikroorganizmalara karşı koruduğu ve yara iyileşmesinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Lipid yapısı nedeniyle insan doku hücreleri ile uyumlu olup topikal kullanımı allerji veya irritasyona neden olmaması, ucuz ve elde edilebilirliğinin kolay olması, antimikrobiyal etkiye sahip olması, yüksek miktarda doğal antioksidan olan E vitamini içermesi ve nemlendirici ve yumuşatıcı özelliği nedeniyle topikal olarak uygulandığında özellikle doğumhane ve yeni doğan ünitelerinde hemşireler tarafından bebeklerin cilt bakımının sağlanmasında ve başta yoğun bakım üniteleri ile palyatif bakım kliniği olmak üzere immobil hastalarda önemli bir sağlık sorunu olan basınç yarasının önlenmesinde hemşireler tarafından güvenle kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Zeytinyağı, Topikal Uygulama, Biyolojik Aktivite

ABSTRACT

Olive is a plant that has taken place in almost all the holy books, has become a symbol of thousands of Mediterranean countries and civilizations that exist for thousands of years. Bioactive compounds in the structure of olive oil; Antioxidant, antimicrobial, anti-inflammatory and

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Münevver SÖNMEZ (munevverunlu@gmail.com)

anticarcinogenic effects on the body. It has been reported that when applied topically, it protects against cracks in the nipple, reduces pain, alleviates symptoms of chronic skin lesions, prevents pressure ulcers, protects against oral infection and skin hydration by preventing transcutaneous fluid loss, protects against deep pathogenic microorganisms and has positive effects on wound healing. It is compatible with human tissue cells due to its lipid structure and does not cause allergy or irritation, it is cheap and easy to obtain, has an antimicrobial effect, contains high amount of natural antioxidant vitamin E and is applied topically due to its moisturizing and softening properties, especially gynecology and obstetrics clinic and newborn unit can be used safely by the nurses to provide the skin care of the babies and in the prevention of pressure ulcers which is an important health problem in immobile patients especially in intensive care units and palliative care clinic.

Key words: Olive Oil, Topical Application, Biological Activity

GİRİŞ

İnsan, çağlar boyunca birçok besin maddesini sadece besin olarak tüketmemiş aynı zamanda bu besinlerin iyileştirici özelliklerinden de faydalanmıştır. Zeytin şifa kaynağı olarak kullanılan bu besin maddelerinin başında gelmektedir (Kaplan ve Arıhan 2012, Özata ve Cömert 2016). Dünyadaki en eski kültür bitkilerinden biri olan zeytin; Oleaceae familyasının, Olea cinsinin, Olea europa türüne ait olan bir bitkidir (Owen ve ark. 2000, Waterman ve Lockwood 2007). Zeytin ağacı boyu 2- 10 metre arasında değişen ancak 15-20 metreye kadar da çıkabilen bir bitkidir. Zeytin ağacı narin bir ağaç olması, ağır ve zahmetli büyümesine rağmen 300-400 yıl kadar yaşayan uzun ömürlü bir ağaçtır ve mitolojide ve botanikte "ölümsüz ağaç" olarak isimlendirilmektedir (Kaplan ve Arıhan 2012, Özata ve Cömert 2016).

Anavatanı Suriye ve Anadolu olan zeytinin kültürel olarak yetiştiriciliğinin ilk kez M.Ö. 3000 yıllarında Suriye'de yapıldığı ve yağının da ticari anlamda kullanıldığı kayıtlarda bildirilmiştir (Waterman ve Lockwood 2007, Özata ve Cömert 2016). M.Ö.4000'lerde kültür bitkisine dönüştürülen zeytinin; yağının çıkarılması ve kullanılması ancak 1500-2000 yıl sonra gerçekleşebilmiştir (Kaplan ve Arıhan 2012). Zeytinyağı insanoğlu tarafından "Sıvı Altın" olarak nitelendirilmiş, önceleri sadece yakıt olarak kullanılırken, daha sonra insan beslenmesindeki vazgeçilmez yerini almıştır (Özata ve Cömert 2016). Naturel zeytinyağı, zeytin ağacının meyvesinden sadece mekanik veya diğer fiziksel yöntemlerle elde edilen ve yağın bozulmasına neden olmayacak koşullarda, özellikle ısıya maruz kalması önlenerek, yıkama, dekantasyon, santrifüjleme ve süzme dışında hiçbir işlem görmemiş, yeşilden sarıya değişebilen renkte, kendine özgü tat ve kokuda, doğal halinde gıda olarak tüketilebilen yağdır (Owen ve ark. 2000, Armutçu ve ark. 2011). Özellikle sızma zeytinyağı ise zeytinin sıkılıp yağı çıkarıldığı andan itibaren yenilebilir özelliktedir ve besin değeri bakımından diğer bütün yağlardan çok daha zengindir (Özata ve Cömert 2016). Zeytinyağının kalori değeri yüksektir (100 gramında 224 kalori) ve antioksidan özellikteki (fenolik maddeler ve tokoferoller) bileşenler bakımından zengindir. Ayrıca temel yağ asitleri (linoleik ve linolenik asit, oleik asit) ile yağda çözünen A, D, E, K vitaminlerinin en önemli kaynağıdır (Cömert ve ark. 2012).

Zeytinyağındaki Biyoaktif Bileşikler

Akdeniz diyetinin önemli bileşenlerinden biri olan zeytinyağında, insan sağlığını olumlu yönde etkileyen biyoaktif bileşikler olarak bilinen bir çok yararlı bileşik bulunmaktadır (Amiot ve ark. 1989, Bozdoğan ve Altan 2008). Zeytinyağındaki bileşenler major (temel) ve minör bileşenler olmak üzere iki bölümde ele alınmaktadır (Bozdoğan ve Altan 2008).

Zeytinyağının temel bileşenleri yağ asitleri olup, %55-83'ü tekli doymamış yağ asidi (özellikle oleik asit), %4-20'si çoklu doymamış yağ asidive %8-14'ü doymuş yağ asitlerinden meydana gelmektedir (Amiot ve ark. 1989, Covas ve ark. 2006, Granados-Principial ve ark. 2010). Tekli doymamış yapıdaki oleik asit zeytinyağının temel yağ asididir (Waterman ve Lockwood 2007). Zeytinyağının antioksidan etkisi tekli doymamış başa sahip olan oleik asidin oksidasyona daha az yatkın olmasına bağlıdır(Owen ve ark. 2000). Minör bileşenler total yağ ağırlığının yaklaşık %2'si olmasına rağmen, içeriğinde 230'dan fazla kimyasal bileşik bulunmaktadır (Granados-Principial ve ark. 2010, Covas ve ark. 2006, Viola ve Viola 2009).

Zeytinyağının Topikal Uygulamadaki Etkileri

Antioksidatif Etkisi

Doğal antioksidanlar bitki, meyve ve baharatlarda bulunan flavonoidler, fenolik asitler, vitaminler, uçucu bileşikler gibi fenolik bileşikler olarak sınıflandırılmaktadır (Baladura ve Şimşek 2013).Yüksek antioksidan etkiye sahip zeytinyağında bulunanfenolik bileşikler; fenolik asitler, fenolik alkoller, flavonoidler, sekoiridoidler ve lignanlardır (Ryan ve ark. 2002, Blekas ve ark. 2002, Artajo ve ark.2006). Zeytinyağının her 10 gramı, beş mg kadar antioksidan içerir (Kaşıkırık ve ark.2008). Antioksidan bileşiklerin etki mekanizmalarını inceleyen çalışmalarda; sterollerin öncül maddeleri olarak görev alan skualenin, potansiyel bir oksidasyoninhibitörü olarak, serbest radikallere karşı hücreleri koruduğu (Lu ve ark. 2004); flavonoidlerin lipid peroksidasyonunu başlatan radikallerin ve lipid peroksi radikallerinin oluşumunu engellediği,yapısındaki bazı grupların flavanoid radikallerinin stabilitesini ve böylece antioksidan kapasitesini artırabildiği, metal iyonlarını bağlayarak lipidlerin oksidasyonunu önleyebildiği ve radikallerin oluşumunda görev yapan enzim sistemlerini inhibe edebildiği (Yıldız ve Baysal 2003), zeytinyağında yüksek miktarda bulunan alfa tokoferolün (E vitamini)serbest oksijen gruplarının zararlı etkilerine karşı hücre zarı lipidlerindeki doymamış yağ asitlerini koruduğu (peroksidasyonu önlediği) (Yarsan 1993), yine polifenol bileşenlerin (hidroksitirozol ve oleuropein), hücre zarlarına nüfuz ederek, araşidonik asit lipoksijenaz'ın etkinliğini inhibe edebildiği belirtilmiştir (Tuck ve Hayball 2002,Owen ve ark. 2003). Fenolik bileşiklerin antioksidan etkilerinin anlaşılmasından sonra da, son yıllarda özellikle fenoliklerin sağlık üzerine olan önemli etkilerinin araştırıldığı birçok çalışma yapılmıştır (Ryan ve ark. 2002, Tsaropoulos ve ark. 2003).

Antimikrobiyal Etkisi

Bitkilerin mikroorganizmaları öldürücü ve insan sağlığı için olumlu olabilecek özellikleri 1926'dan beri araştırılmaya başlanmış, olup özellikle son yıllarda tıbbi

amaçlarla kullanılan bitkilerin antimikrobiyal etkileri üzerine pek çok çalışma yapılmıştır (Ateş ve Erdoğan 2003, Kırbacı ve Zengin 2006, Kırbacı ve ark. 2009, Hasson 2011). Zeytinyağının antimikrobiyal etki mekanizması henüz tam olarak açıklığa kavuşturulamamış olmakla birlikte, fenolik bileşiklerin, proteinleri denatüre etme yeteneğine sahip olduğu ve hücre zarı geçirgenliğini olumsuz etkilediği, antimikrobiyal aktivitelerini ise hücre membranlarına zarar vererek ya da hücre peptidoglikanlarını parçalayarak; protein, inorganik fosfat, glutamat veya potasyum gibi sitoplazma bileşenlerinin sızmasına neden olarak gerçekleştirdikleri belirtilmektedir (Yıldız ve Uylaşer 2011).

Doğal antimikrobiyal maddeler arasında gösterilen oleuropein; zeytinyağındaki en önemli fenolik bileşiklerden biri olduğu, mikroorganizmaların gelişme hızını geciktirerek, inhibe ettiği bildirilmektedir (Yıldız ve Uylaşer 2011). Bu konuda yapılan birçok çalışmada fenolik glikozit oleuropein ve parçalanma ürünlerinin *Bacillus cereus*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Lactobacillus plantarum*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas fragi*, *Salmonella enteritidis*, *Salmonella typhi*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus carnosus*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Vibrio cholerae*, *Vibrio alginolyticus* ve küfler üzerinde inhibe edici etkisinin olduğu ifade edilmektedir (Yıldız ve Uylaşer 2011). İlk defa Kubo ve arkadaşları lezzet bileşiklerine ait olan moleküllerin antimikrobiyal aktivitelerini gözlemlemiş ve zeytinyağında bulunan linoleik asitin antimikrobiyal etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir. Bununla birlikte linoleik asitin mantarların oksijenizasyonunu engelleyerek, antifungal etki gösterip mantar infeksiyonlarının yaklaşık üçte ikisinde iyileşme sağladığı da bildirilmiştir (Kubo ve ark. 1995, Erenel ve ark. 2010).

Nemlendirici Etkisi

Tekli doymamış yağ asitlerinden zengin olan zeytinyağı, yüksek oranda içerdiği linoleik asit sayesinde topikal olarak deriye uygulandığında bazal nemlendirici etkisiyle yağlı bir film tabakası oluşturup, ciltten kolayca emilerek derinin nem dengesini düzenler, epidermin proliferasyonunu hızlandırarak cilt yoluyla olan sıvı kaybını önler, derinin yumuşaklığını artırır ve böylelikle deriyi nemlendirip deriye esneklik kazandırır, ayrıca patojen mikroorganizmaların yayılımını önler (Robinson 2000, Erenel ve ark. 2010, Danby ve ark. 2013, Kırlek ve Akdolun-Balkaya 2013, Lupiáñez-Pérez ve ark. 2015). Son yıllarda zeytinyağının, nemlendirici etkisi, doğal antioksidan özelliğe sahip E vitamini içermesi ve vücuda uygulandığında allerjik reaksiyon oluşturma ihtimalinin nadir olmasından dolayı cilt bakımında deri üzerine doğrudan uygulanarak ya da birçok cilt bakım ürününün içine eklenerek yaygın olarak kullanıldığı bilinmektedir (Kırlek ve Akdolun-Balkaya 2013). Özellikle zeytinde doğal bir bileşen olarak bulunan skualenin, vücuda alındıktan sonra genellikle deri altında depo edilmesinden dolayı kozmetikte ve eczacılıkta nemlendirici ve yumuşatıcı olarak kullanılmaktadır (Bozdoğan ve Altan 2008).

Tarihte halk arasında sızma zeytinyağının yeni doğmuş bebeklerin vücut nemini kaybetmemesi, doğal yağ dengesinin koruması ve cildin beslenebilmesi amacıyla kullanıldığı bilinmektedir. Asitlik derecesi düşük sızma zeytin yağının yeni doğanın

cilt bakımı üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda, zeytinyağı ve zeytinyağı içeren ürünlerin cilt bariyeri üzerine pozitif etkilerinin olduğu ve pişik gibi birtakım dermatolojik hastalıkların semptomlarında belirgin azalma sağladığı belirtilmiştir (Darmstadt ve ark. 2002, Kiechl-Kohlendorfer ve ark. 2008, Cömert ve ark. 2012, El Saka ve ark. 2013). Emzirme dönemindeki 70 annede meme başı sorunlarının önlenmesinde zeytinyağı ve hidrojel pet kullanımının etkisinin incelendiği çalışmada; zeytinyağının nemlendirici etkisiyle meme başı ağrısını belirgin olarak azalttığı ve zeytinyağının hidrojel petten daha etkili olduğu belirtilmiştir (Çullu 2008). Yeni doğan göbek bakımında zeytinyağı ile temiz, kuru tutma yöntemlerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada zeytinyağı kullanan bebeklerin göbeklerinin 10.günden önce düştüğü saptanmış, uygun koşullarda zeytinyağının yeni doğan göbek bakımında kullanılabileceği belirtilmiştir (Erenel ve ark. 2010).

Organizmada serbest radikallerin aşırı miktarda bulunması, yaşlanmayı hızlandırır ve buna bağlı olarak gelişen epitel hücre membranlarındaki değişiklikler, derinin beslenmesini zorlaştırıp kolajen ve elastin liflere zarar vererek derinin diriliğini ve esnekliğini yitirmesine neden olur (Lupiáñez-Pérez ve ark. 2015). Zeytinyağının antioksidan ve nemlendirici etkisi nedeniyle, topikal olarak uygulandığında önemli bir sağlık sorunu olan basınç yarasını önlemede etkili olduğu yapılan bilimsel çalışmalarla desteklenmiştir (Paymard ve ark. 2015, Sönmez 2016). Benzer olarak yoğun bakımda yatan 60 hasta üzerinde basınç yarasının önlenmesinde zeytinyağı ve rutin deri bakımının etkinliğinin karşılaştırıldığı çalışmada, uygulamadan üç hafta sonrasında basınç yarası insidansı açısından iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir (Madadi ve ark. 2015).

Yara İyileşmesi Üzerine Etkisi

Literatür incelendiğinde; yara iyileşmesini sağlamak ve dokuları oksidatif hasardan korumak amacıyla antioksidan özellikleri olan bileşiklerin topikal olarak uygulandığında pozitif etkilerinin olduğunu gösteren çalışmalara rastlamak mümkündür (Kumar 2007, Ono ve ark. 2009, Nasiri ve ark. 2015). Zeytinyağının topikal olarak uygulanarak yara iyileşmesinde etkisinin incelendiği çalışmalarda zeytinyağının antiinflamatuvar, antioksidan, antimikrobial etkilerinden dolayı yara iyileşmesinde olumlu bir rol oynadığı saptanmıştır. Zeytinyağının yara iyileşmesine yönelik pozitif etkilerinin olduğunu bildiren klinik çalışma sonuçlarına rağmen, zeytinyağının yara iyileşmesi üzerine olası patofizyolojik etkileri henüz net değildir. Çalışmalar zeytinyağının bileşiminde %98 oranında bulunan ve yüksek miktarda tekli doymamış oleik asit içeren trigliseridlerin, ibuprofen'e benzer anti-inflamatuvar özellik göstererek yaraların iyileşip kapanmasını hızlandırdığını (Lucas et al 2011, Parkinson and Keast 2014), ayrıca zeytinyağında yine yüksek konsantrasyonda bulunan ve doğal antioksidan olan fenolik bileşiklerin inflamasyon sürecini azalttığını, doku kan akışını ise arttırarak yara iyileşme sürecini hızlandırdığını ortaya koymuştur (Rafehi ve ark. 2012, Cicerale ve ark. 2012, Valls ve ark. 2015). Zeytinyağının yara iyileşmesi üzerindeki etkisini inceleyen Nasiri ve arkadaşlarının (2015) birinci ve ikinci derece diabetik ayak ülseri olan 30 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, müdahale grubundaki hastaların yara bakımında serum fizyolojik ile yara temizliği yapıldıktan

sonra zeytinyağı uygulanmış, kontrol grubundaki hastalarda ise serum fizyolojik ile yara temizliği yapıldıktan sonra herhangi bir ürün kullanılmamıştır. Dört haftalık çalışma sonucunda zeytinyağının kontrol grubuna göre yaranın yüzeyi, yaranın rengi ve yara derinliği olmak üzere üç parametrede istatistiksel olarak anlamlı derecede iyileşme sağladığı saptanmıştır (Nasiri ve ark. 2015). Donato-Trancoso ve arkadaşlarının (2016) zeytinyağının basınç yarasındaki etkisini deney hayvanları üzerinde inceledikleri çalışmada da zeytinyağının nitrit oksit ve reaktif oksijen türlerinin sentezini hızlandırarak, protein ve yağlardaki oksidatif hasar ve inflamasyonu azaltarak yara iyileşmesini sağladığı belirtilmiştir (Donato-Trancoso ve ark. 2016). Zeytinyağının yara iyileşmesi üzerindeki etkisini inceleyen diğer çalışmalarda da, zeytinyağının hemoroid ve anal fissürün neden olduğu ağrı ve kanama gibi semptomlarda olumlu etkilerinin olduğu vurgulanmıştır (Al Waili 2003, Al- Waili ve ark. 2006, Kirlek ve Akdolun - Balkaya 2010, Aguilar Cordero ve ark. 2015).

Erken postpartum dönemde çeşitli nedenlere bağlı olarak meme başı ağrısı ve çatlakları yaygın olarak görülmektedir (Kirlek ve Akdolun - Balkaya 2010).Yapılan çalışmalarda esansiyel yağ asitlerinden zengin zeytinyağının topikal olarak uygulandığında meme başındaki çatlakları ve ağrıyı azalttığı saptanmıştır (Kirlek ve Akdolun - Balkaya 2010,Aguilar Cordero ve ark. 2015, Çakır-Güngör ve ark. 2013).Tablo 1’de zeytinyağının topikal kullanımına ilişkin çalışmalar ve sonuçları özetlenmiştir.

Tablo 1.Zeytinyağının Topikal Kullanımına İlişkin Çalışma Örnekleri

Araştırmanın Türü/Amacı	Katılımcı	Çalışma metodu	Bulgular ve Sonuç	Referans
Randomize kontrollü çalışma Prematüre bebeklerde dekspanthenol ve zeytinyağının cilt bakımına etkisi	25 - 36 hafta arasında 173 prematüre 1.Grup: Bepanthen krem (n=57) 2. Grup: zeytinyağı (%30zeytinyağı %70 lanolin; n=58) 3.Grup: kontrol (n=58)	Zeytinyağı ve krem günde 2 kez maksimum 4 hafta boyunca yüz ve saçlı deri hariç bebeklerin vücuduna uygulanmıştır.	Uygulamadan 8-12 saat sonra cilt durumu derecelendirme skalası ile değerlendirilmiştir. Çalışmada 4 haftalık bakım sonrasında cildin natür durumuna gelmesinde zeytinyağı alan grubun hem bepanthen kullanan gruba hem de kontrol grubuna göre üstün olduğunu belirlenmiş, prematürelde cilt bakımının dermatiti azalttığını aynı zamanda zeytinyağı uygulamasının	(Kiechl - Kohlendorfer ve ark. 2008).

			bebekler tarafından iyi tolere edildiğini bildirmişlerdir	
<p>Deneyssel-randomize çalışma</p> <p>Memebaşı çatlaklarının önlenmesinde zeytinyağı ve anne sütünün etkisi</p>	<p>1.Grup: zeytinyağı (n=150)</p> <p>2. Grup: anne sütü (n=150)</p>	<p>1.Grup: Bir ay boyunca her emzirmeden sonra 3 damla zeytinyağı</p> <p>2.Grup: Bir ay boyunca her emzirmeden sonra 3 damla anne sütü</p> <p>Değerlendirme: başlangıçta, 1.hafta, 2.hafta,3.hafta ve 4. Hafta da</p>	<p>Zeytinyağı uygulamasının meme başı çatlaklarında %97.3 oranında etkili olduğu belirlenmiştir.</p>	<p>(Aguilar Cordero ve ark. 2015).</p>
<p>Deneyssel randomize çalışma doğum eyleminin ikinci evresinde zeytinyağı ile yapılan perine masajının travay süresi, epizyotomi gereksinimi ve perine yırtıklarına etkisini belirlemek</p>	<p>1.Grup: Masaj (n=350)</p> <p>2. Grup: Kontrol (n=350)</p>	<p>Masaj grubunda bulunan gebelere doğumun ikinci evresinde zeytinyağı ile perine masajı yapılmıştır. Kontrol grubunda bulunan gebelere ise doğum salonunda yapılan rutin uygulamalar dışında herhangi bir uygulama yapılmamıştır.</p>	<p>Zeytinyağı ile masaj yapılan grupta yırtık oluşma oranı ve epizyotomi gereksinimini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığını belirtmiştir.</p>	<p>(Bayraktar 2011).</p>
<p>Deneyssel randomize çalışma</p> <p>Basınç yarısının önlenmesinde zeytinyağının etkisi</p>	<p>1.Grup: Deney (n=360)</p> <p>2. Grup: Kontrol (n=360)</p>	<p>Deney grubuna (360 hasta) %95 natürel sızma zeytinyağı, kontrol grubuna (360 hasta) ise hiperoksijene yağ asitleri uygulanmış ve hastalar 16 hafta boyunca veya 2. Evre basınç yarısı oluşuncaya kadar takip edilmiştir. Zeytinyağı günde iki kez topuklar, sakrum ve kalçalara uygulanmış ve hastalar her hafta değerlendirilmiştir.</p>	<p>Yatağa bağımlı hastalara zeytinyağı uygulanmasının basınç yarısının önlenmesinde etkili olduğu ve daha ucuz bir yöntem olup alternatif bir tedavi olarak da kabul edilebileceği belirtilmiştir.</p>	<p>(Lupiáñez-Pérez ve arkl. 2015).</p>

Randomize kontrollü çalışma Yoğun bakım hastalarında basınç yarasının önlenmesinde zeytinyağının etkisini incelemek	1.Grup: Deney (n=30) 2. Grup: Kontrol (n=30)	30 hasta rutin deri bakımı alırken, 30 hastaya da günde 1 kez zeytinyağı lokal olarak uygulanmıştır.	Çalışma sonucunda üç hafta sonrasında basınç yarası insidansı açısından iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir	(Madadi ve ark.2015).
Randomize kontrollü çalışma Yoğun bakımda hastalarında basınç yarasının önlenmesinde zeytinyağının etkisini incelemek	1.Grup: Deney (n=35) 2. Grup: Kontrol (n=35)	Kontrol grubundaki hastalara rutin deri bakımı deney grubundaki hastalara iserutin deri bakımına ek olarak vücudun belli bölgelerine iki hafta boyunca her gün zeytinyağı uygulanmıştır	Zeytinyağının istatistiksel olarak basınç yarası insidansını düşürdüğü ve klinikte güvenle kullanılabileceği bildirilmiştir.	(Paymard ve ark.2016).
Randomize kontrollü çalışma Zeytinyağı, betain ve ksilitol içeren ürünün polifarmasinin neden olduğu ağız kuruluğunu önlemedeki etkisi.	50-67 yaşları arasında çoklu ilaç kullanımı nedeniyle ağız kuruluğu yaşayan 39 birey	Kontrol grubu: 1 hafta boyunca normal rutin bakım Deney Grubu: 1 hafta boyunca zeytinyağı, betain ve ksilitol içeren topikal ağız ürününü(Xerostom) kullanmışlardır.	Ağız ürünlerin kullanımının tükürük oranını arttırdığı, ağız kuruluğunun neden olduğu semptomları azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı ifade edilmiştir	(Ship ve ark.2007).

Zeytinyağının Toksik Etkisi

Bitkisel ilaç uygulamaları sırasında en büyük endişe alerjik reaksiyonlar gibi öngörülemeyen yan etkilerdir (Nasiri ve ark. 2015). Zeytinyağı doğal olduğu ve herhangi bir katkı maddesi içermediği için vücuda uygulandığında çok az irrite edici etkiye sahiptir ve alerjik reaksiyonlar nadiren görülür (Kirlek ve Akdolun - Balkaya 2010). Zeytinyağının sitotoksik etkisinin incelenmesine yönelik yapılan çalışmalarda, zeytinyağının cilt üzerine herhangi bir sitotoksik etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Sumer ve ark. 2013, Babich ve ark. 2003). Zeytinyağının topikal olarak uygulandığı klinik ve deney hayvanları ile yapılan çalışmalarda da herhangi bir yan etki bildirilmemiştir (Cano-Carrillo ve ark. 2014, Nasiri ve ark. 2015, Donato-trancoso ve ark.2016).Yalnızca Danby ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada zeytinyağının hafif eriteme neden olabileceği belirtilmiştir (Danby ve ark. 2013).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Zeytinyağının topikal olarak uygulandığı gerek klinik düzeyde yapılan çalışmalar gerekse laboratuvar hayvanları ile yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar; zeytinyağının pozitif etkilerini desteklemektedir. Bu etkiler; kronik cilt lezyonlarının tedavisi ve semptomların azaltılması, basınç yarasının önlenmesi, deri hidrasyonunun sağlanması, antioksidan özelliği ile deriyi patojen mikroorganizmalara karşı koruması ve yara iyileşmesi olarak özetlenebilir. Bu yararlı etkiler zeytinyağının yapısında bulunan fenolik bileşikler başta olmak üzere sahip olduğu bir çok minor ve major bileşiklere bağlıdır. Bu bileşikler antioksidan özelliklerinin yanında antimikrobiyal, antienflamatuar, antikarsinojenik gibi önemli biyolojik aktivitelere de sahiptir. Zeytinyağı ve bioaktif bileşiklerin terapötik etkileri konusunda hücresel düzeyde altta yatan moleküler mekanizmalarını anlamamızı sağlayacak daha ileri ve detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır. Son yıllarda zeytinyağının basınç yarası gibi kronik yaraların önlenmesi ve yara iyileşmesi üzerine etkisi üzerinde durulmaya başlanmıştır. Basınç yarası, iyileşme süresini uzatarak bireye verdiği fiziksel ve psikolojik travmanın yanı sıra, hastane yatağının gereksiz yere işgal edilmesi ve iş yükünün artması nedeniyle de hem hemşirelere hem de kuruma ek yük getirmektedir. Bu nedenle kullanımı halk arasında da yaygın olan zeytinyağı, ucuz ve elde edilebilirliğinin kolay olması, yan etkisinin olmaması, antimikrobiyal etkiye sahip olması, yüksek miktarda doğal antioksidan olan E vitamini içermesi ve bazal nemlendirici özelliği nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olan ve hemşirelik bakımı için bir kalite göstergesi olan basınç yarasının önlenmesinde ülke ekonomisine ve hemşirelerin iş yükünün önemli oranda azalmasına katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Aguilar Cordero MJ, Villar NM, Barrillao R& et al.Application of Extra Virgin Olive Oil to Prevent Nipple Cracking in Lactating Women. *Worldviewon Evidence-Based Nursing* 2015; 12(6): 364-369.
- Al-Waili NS, Saloom KS, Al-Waili TN & et al.The Safety And Efficacy of a Mixture of Honey, Olive Oil, And Beeswax for The Management of Hemorrhoids And Anal Fissure: A Pilot Study. *The Scientific World Journal* 2006; 2(6):1998–2005.
- Al-Waili NS. Topical Application of Natural Honey, Beeswax And Olive Oil Mixture to Treat Patients With Atopic Dermatitis or Psoriasis: Partially Controlled Single-Blinded Study. *Complementary Therapies in Medicine* 2003; 11(4): 226-234.
- Amiot MJ, Fleuret A, Macheix JJ. Accumulation of Oleuropein Derivatives During Olive Maturation. *Phytochemistry* 1989; 28 (1): 67-69.
- ArmutçuF, Namuslu M, Yüksel R & et al. Zeytinyağıve Sağlık: Biyoaktif Bileşenleri, Antioksidan Özellikleri ve Klinik Etkileri. *Konuralp Tıp Dergisi* 2013; 5(1): 60-68.
- ArtajoLS, RomeroMP, MorelloãJR, &et al.Enrichment of Refined Olive Oil With Phenolic Compounds: Evaluation of Their Antioxidant Activity and Their Effect on The Bitter Index. *Journal of Agricultural AndFood Chemistry* 2006; 54: 6079-6088.
- Ateş A, Erdogru OT. Antimicrobial Activities of Various Medicinal And Commercials Plant Extracts. *Turkish Journal of Biology* 2003; 27:157-162.
- Babich H, Visioli F. InVitro Cytotoxicity to Human Cells in Culture of Some Phenolics From Olive Oil. *IL Farmaco* 2003;58(5):403-407.

- Baladura E, Şimşek B. Doğal Antioksidanlar ve Süt ve Süt Ürünlerinde Kullanımı. Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi 2013; 27(2):155-162.
- Bayraktar E. Zeytinyağı ile Yapılan Perine Masajının Perine Bütünlüğü ve Doğum Eyleminin İkinci Evresinin Süresine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2011. 1-25.
- Blekas G, Vassilakis C, Harizanis C& et al. Biophenols in Table Olives. Journal of Agricultural and Food Chemistry 2002; 50(13): 3688-3692.
- Bozdoğan Konuşkan D, Altan A. Zeytin ve Zeytinyağında Doğal Olarak Bulunan Bioaktif Bileşikler ve Biyolojik ve Fizyolojik Etkileri. Gıda 2008; 33(6): 297-302.
- Cano-Carrillo P, Pons-Fuster A, Lopez-Jornet P. Efficacy of Lycopene-Enriched Virgin Olive Oil for Treating Burning Mouth Syndrome: A Double-Blind Randomised. Journal of Oral Rehabilitation 2014; 41: 296-305.
- Cicerale S, Lucas L J, Keast R S. Antimicrobial, Antioxidant and Anti-Inflammatory Phenolic Activities in Extra Virgin Olive Oil. Current Opinion in Biotechnology 2012; 23(2):129-135.
- Covas M I, Ruiz-Gutierrez V, De La Torre R & et al. Minor Components of Olive Oil: Evidence to Date of Health Benefits in Humans. Nutrition Reviews 2006; 64(10):20-30.
- Cömert M, Adıyaman S, Durlu Özkaya F. Yerel Halkın Zeytinyağı ile İlgili Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. Zeytin Bilimi 2012; 3(1): 1-9.
- Çakır Gungor AN, Oğuz S, Vurur G & et al. Comparison of Olive Oil and Lanolin in The Prevention of Sore Nipples in Nursing Mothers. Breastfeeding Medicine 2013; 8(3):334-335.
- Çullu R. Emziren Annelerde Meme Problemlerinin Önlenmesinde Zeytinyağı İle Hidrojel Ped Uygulamasının Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2008. 10-30
- Danby S G, Alenezi T, Sultan A & et al. Effect of Olive and Sunflower Seed Oil on The Adult Skin Barrier: Implications For Neonatal Skin Care. Pediatric Dermatology 2013; 30 (1): 42-50.
- Darmstadt G L, Mao-Qiang M, Chi E & et al. Impact of Topical Oils on The Skin Barrier: Possible Implications For Neonatal Health In Developing Countries. Acta Paediatrica 2002; 91(5): 546-554.
- Donato-Trancos OA, Monte-Alto-Costa A, Romana-Souza B. Olive Oil-Induced Reduction of Oxidative Damage And Inflammation Promotes Wound Healing of Pressure Ulcers In Mice. Journal of Dermatological Science 2016;83: 60-69.
- El Saka A, Abdulrhman M, Shehata H. Comparison Between Topical Application of Honey, Bees Wax And Olive Oil Propolis Extract And Nystatin For Treatment of Diaper Dermatitis in Infants. International Journal of Paediatrics And Child Health 2013;1(4): 39-42.
- Erenel Ş A, Vural G, Efe Y Ş & et al. Comparison of Olive Oil And Dry-Clean Keeping Methods in Umbilical Cord Care As Microbiological. Maternal and Child Health Journal 2010;14: 999-1004.
- Granados-Principals, Quiles J L, Ramirez-Tortosa C L & et al. Hydroxytyrosol: From Laboratory Investigations to Future Clinical Trials. Nutrition Reviews 2010; 68(4):191-206.
- Hasson R N. Antibacterial Activity of Water and Alcoholic Crude Extract of Flower Achillea Millefolium. Rafidain Journal of Science 2011; 22(3):11- 20.
- Kaşıkırık M, Seven Ü, Güçer Ş. Zeytinyağındaki Antioksidanlar ve Önemi. 1. Ulusal Zeytin Öğrenci Kongresi, Edremit, Balıkesir, 2008:199-202.

- Kaplan M, Arihan K. Antik Çağdan Günümüze Bir Şifa Kaynağı: Zeytin ve Zeytinyağının Halk Tıbbında Kullanımı. Ankara Üniversitesi Dil Ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi 2012; 52(2): 41-56.
- Kırbağ S., Zengin F, Kürsat M. Antimicrobial Activities of Extracts of Some Plants. Pakistan Journal of Botany 2009; 41(4): 2067-2070.
- Kırbağ S, Zengin F. Elazığ Yöresindeki Bazı Tıbbi Bitkilerin Antimikrobiyal Aktiviteleri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Ziraat Fakültesi Tarım Bilimleri Dergisi 2006; 16(2): 77-80.
- Kiechl-Kohlendorfer U, Berger C, Inzinger R. The Effect Of Daily Treatment With an Olive Oil/ Lanolin Emollient on Skin Integrity in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. Pediatric Dermatology 2008; 25(2):174-178.
- Kirlek F, Akdolun Balkaya N. Erken Postpartum Dönemde Meme Başı Ağrısı ve Çatlaklarının Önlenmesinde Anne Sütü ve Zeytinyağının Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013; 15(2): 17-34.
- Kubo, A., Lunde, C.S., Kubo, I. Antimicrobial Activity Of The Olive Oil Flavor Compounds. Journal Of Agricultural And Food Chemistry 1995; 43(6): 1629-1633.
- Kumar B, Vijayakumar M, Govindarajan R & et al. Ethnopharmacological Approaches to Wound Healing: Exploring Medicinal Plants of India. Journal Of Ethnopharmacology 2007; 114(2): 103-113.
- Lu HT, Jiang Y, Chen F. Determination of Squalen Using High-Performance Liquid Chromatography With Diode Array Detection. Chromatographia 2004; 59(1-2): 367-371.
- Lucas L, Russell A, Keast R. Molecular Mechanisms Of Inflammation. Anti-Inflammatory Benefits Of Virgin Olive Oil And The Phenolic Compound Oleocanthal. Current Pharmaceutical Design 2011; 17(8):754-768.
- Lupianez-Perez I, Uttumchandani SK, Morilla-Herrera JC & et al. Topical Olive Oil is not Inferior to Hyperoxygenated Fatty Acids to Prevent Pressure Ulcers in High-Risk Immobilised Patients in Home Care. Results of A Multicentre Randomised Triple-Blind Controlled Non-Inferiority Trial. Plos ONE 2015; 10(4): 0122238.
- Madadi ZAA, Zeighami R, Azimian J & et al. The Effect of Topical Olive Oil on Prevention of Bedsore In Intensive Care Units Patients. International Journal of Research In Medical Sciences 2015; 3(9): 2342-2347.
- Nasiri M, Fayazi S, Jahani S & et al. The Effect of Topical Olive Oil on The Healing of Foot Ulcer In Patients With Type 2 Diabetes: A Double-Blind Randomized Clinical Trial Study In Iran. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2015; 29: 14-38.
- Ono T, Tsuji T, Sakai M, & et al. Induction of Hepatocyte Growth Factor Production in Human Dermal Fibroblasts And Their Proliferation By The Extract Of Bitter Melon Pulp. Cytokine 2009; 46(1): 119-26.
- Owen RW, Mier W, Giacosa A & et al. Phenolic Compounds and Squalene in Olive Oils: The Concentration and Antioxidant Potential of Total Phenols, Simple Phenols, Secoiridoids, Lignans And Squalene. Food And Chemical Toxicology 2000; 38(8):647-659.
- Owen RW, Haubner R, Mier BW & et al. Isolation, Structure Elucidation and Antioxidant Potential Of The Major Phenolic And Flavonoid Compounds In Brined Olive Drupes. Food and Chemical Toxicology 2003; 41(5): 703-717.
- Özata E, Cömert M. Zeytinyağı Ve Sağlıklı Yaşam. Zeytin Bilimi 2016; 6 (2): 105-110.

- Parkinson L, Keast R. Oleocanthal, A Phenolic Derived From Virgin Olive Oil: A Review of The Beneficial Effects on Inflammatory Disease. *International Journal Of Molecular Sciences* 2014;15:12323–12334.
- Paymard A, Salehian T, Behnam-Moghadam & et al. The Effect of Local Olive Oil on Prevention of Pressure Ulcers In Patients Hospitalized In The Intensive Care Unit of Shahid Beheshti Hospital, Yasuj: A Double-Blind Randomized Clinical Trial. *Journal of Anesthesiology And Pain (Persian)* 2016; 6(3): 54–61.
- Rafehi H, Ververis K, Karagiannis TC. Mechanisms of Action of Phenolic Compounds In Olive. *Journal Of Dietary Supplements* 2012; 9(2):96–109.
- Robinson LB. Olive Oil. A Natural Treatment For Sore Nipples? *Association Of Women's Health Obstetric And Neonatal Nurses Lifelines* 2002; 6(2): 110–112.
- Ryan D, Antolovich M, Prenzler P & et al. Biotransformations of Phenolic Compounds in *Olea Europaea* L. *Scientia Horticultura* 2002; 92(2): 147–176.
- Ship JA, Mccutcheon JA, Spivakovsky S & et al. Safety And Effectiveness of Topical Dry Mouth Products Containing Olive Oil, Betaine, And Xylitol in Reducing Xerostomia for Polypharmacy-Induced Dry Mouth. *Journal of Oral Rehabilitation* 2007; 34 (10): 724–732.
- Sönmez M. Basınç Yarasının Önlenmesinde Zeytinyağının Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.1-20
- Sumer Z, Yıldırım G, Sumer H & et al. Cytotoxic And Antibacterial Activity of The Mixture of Olive Oil And Lime Cream in Vitro Conditions. *African Journal Of Traditional, Complementary And Alternative Medicines* 2013;10(4):137–143.
- Tsarbopoulos A, Gikas E, Papadopoulos N & et al. Simultaneous Determination of Oleuropein and Its Metabolites In Plasma By High-Performance Liquid Chromatography. *Journal of Chromatography* 2003; 785(1): 157–164.
- Tuck KL, Hayball PJ. Major Phenolic Compounds in Olive Oil: Metabolism and Health Effects. *Journal of Nutritional Biochemistry* 2002; 13(11): 636–644.
- Valls, RM, Farràs M, Suárez M. & et al. Effects of Functional Olive Oil Enriched With Its Own Phenolic Compounds on Endothelial Function In Hypertensive Patients. A Randomised Controlled Trial. *Food Chemistry* 2015;167:30–35.
- Viola P, Viola M. Virgin Olive Oil as A Fundamental Nutritional Component And Skin Protector. *Clinics in Dermatology* 2009; 27:159–165.
- Waterman E, Lockwood B. Active Components And Clinical Applications Of Olive Oil. *Alternative Medicine Review* 2007;12(4):331–342
- Yarsan E. Lipid Peroksidasyon Olayı ve Önlenmesine Yönelik Uygulamalar, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi 1998;9(1-2): 89–95.
- Yıldız H, Baysal T. Bitkisel Fenoliklerin Kullanım Olanakları ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. *Gıda Mühendisliği Dergisi* 2003;14: 29–35.
- Yıldız G, Uylaşer V. Doğal Bir Antimikrobiyel: Oleuropein. *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi* 2011; 25(1): 131–142.

**İLEUS ÖN TANISIYLA İZLENEN VE KOLOSTOMİ AÇILAN HASTANIN
ROY' UN ADAPTASYON MODELİ' NE GÖRE HAZIRLANAN HEMŞİRELİK
BAKIMI**

*NURSING CARE PREPARED ACCORDING TO ROY'S ADAPTATION MODEL OF A PATIENT
FOLLOWING ILEUS PREDIAGNOSIS AND OPENING COLOSTOMY*

Uzm.Hem. Neslihan İLKAZ* Prof.Dr. Sevinç TAŞTAN Prof.Dr. Emine İYİGÜN*****

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane Birimi

**Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

***Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Geliş Tarihi/Received: 22.07.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 06.11.2018

ÖZ

Hemşirelik mesleğinin profesyonelliği, kuramsal yapısının sağlamlığına ve bu kuramların pratiğe yansıtılmasına bağlıdır. Bu bağlamda oluşturulan hemşirelik bakım modellerinin kullanılması, hemşirelik bakımının bütüncül ve sistematik sunulabilmesini sağlamaktadır. Bu makalede, ileus ön tanısıyla genel cerrahi kliniğinde izlenen, onkolojik cerrahi geçiren hastanın Roy' un adaptasyon modeli kapsamında, NANDA-I tanılama sistemi kullanılarak hazırlanan hemşirelik bakım planı sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Onkolojik Cerrahi, Hasta, Hemşirelik Teorisi, Hemşirelik Tanısı, Hemşirelik Bakımı

ABSTRACT

The professionalism of the nursing depends on the robustness of its theoretical structure and its reflection on practice. The use of nursing care models established in this context ensures that nursing care can be presented in a holistic and systematic manner. In this article, a nursing care plan prepared using the NANDA-I diagnostic system was presented within Roy's adaptation model

of the patient that underwent oncologic surgery, which was followed in the general surgery clinic with ileus diagnosis.

Key Words: *Oncologic Surgery, Patient, Nursing Theory, Nursing Diagnosis, Nursing Care*

GİRİŞ

Hemşirelik model ve kuramları ile ilgili gelişmeler son elli yılda hız kazanmıştır. Hemşirelik mesleğinin profesyonel bir meslek olarak algılanmasıyla artan bu hız, hemşireliğin bilimsel bir yapı kazanmasını sağlamıştır (Ocağcı & Alpar 2013). Bu bilimsel yapının en büyük bileşeni de bilgi birikimi olmuştur. Bir mesleğin en önemli kriterlerinden biri bilgi birikimine sahip olmasıdır. Bu bilgi birikiminin oluşumuna en büyük katkı ise hemşirelik model/kuramlarıdır (Pektekin 2013).

Kuramlar/modeller, olayları tanımlamak, açıklamak, öngörmek amacıyla kavramlar arasındaki ilişkileri planlayarak sistematik bir yol çizmemizi sağlar. Yani elimizdeki verilere farklı bir bakış açısı getirerek hasta bakımının bilimsel, profesyonel ve kanıta dayalı olmasını sağlar (Pektekin 2013). Bu bağlamda kullanılan birçok hemşirelik modeli mevcuttur.

Günümüzde en çok kullanılan hemşirelik bakım modellerinden biri "Roy Adaptasyon Modeli (RAM)" dir. Çatal ve Dicle'nin Fawcett' in çalışmasından aktardığına göre, modelin kurucusu olan Sister Callista Roy kuramıyla ilgili 1964 yılında çalışmaya başlamış ve 1970 yılında "Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing" isimli makale ile kuramını yayınlamıştır. Roy' un kuramı hem tümevarım hem de tümdengelim niteliğine sahip bir kuramdır (Çatal & Dicle 2014).

Roy'a göre hemşire, bireylere hastalık ve sağlık sürecindeki değişimlere uyum sağlaması noktasında yardımcı olan kişidir. Yaşamın devamı için uyum şarttır (Pektekin 2013). Bireyin uyumunu etkileyen bazı uyarılar vardır. Masters'ın Roy'un çalışmasından aktardığına göre bu uyarılar; odak (fokal) uyarılar; bireyin tepki göstermesine neden olan asıl uyarı, etkileyen (kontekstüel) uyarılar; odak uyarının etkisini arttıran ya da azaltan uyarılar, olası (rezidüel) uyarılar ise şimdiki duruma etkisi belli olmayan insan sistemi dışındaki ya da çevresindeki uyarılardır (Çatal & Dicle 2014, Özkahraman ve ark. 2012, Masters 2016). Ayrıca rezidüel uyarılar, genellikle kişinin geçmişiyile ilgili deneyimleridir ve tedaviye olan cevabını etkileyebilmektedir (McCurry ve ark. 2009, Masters 2016).

Bireyin sürekli çevresiyle etkileşim halinde olduğunu savunan modelin temelinde, uyum kavramı yer almaktadır. Modelde tanımlanan fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağıllık olmak üzere dört tane uyum alanı vardır (Çatal & Dicle 2014, Masters 2016).

Fizyolojik alan; Vücudu oluşturan sistemler, organlar, dokular ve hücrelerle ilgili fonksiyonları içerir.

Benlik kavramı alanı; Beden imajı, kişisel benlik gibi faktörlerdir.

Rol fonksiyonu alanı; Bir grup içindeki toplumsal ya da kişisel olan anne, baba, kadın, erkek olma gibi rolleri içerir.

Karşılıklı bağıllık alanı; Bağımlı ilişkilerle ilgili davranışları içerir. Sevgi, saygı ve değerler gibi kavramlar bu alanda yer almaktadır (Masters 2016, Özkahraman ve ark, 2012)

Hastalık ve sağlık, uyumsal değişimlerin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (Pektekin 2013). Hemşire bu aşamada bireyin durumunu ve gereksinimlerini iyi saptayabilmelidir (Kacaroğlu Vicdan & Gülseven Karabacak 2014a). Kişilerde uyum sürecini gerektiren birçok durumda Roy Adaptasyon Modeli, hastaların uyum süreçlerini değerlendirmek amacıyla özellikle hemodiyaliz hastalarında (Kacaroğlu Vicdan & Gülseven Karabacak 2014b), romatoid artritli (Özkahraman ve ark. 2012), meme kanseri (Ursavaş ve ark. 2014) olan hasta gruplarında kullanılmıştır.

Boşaltım gereksinimi, biyopsikososyal ve kültürel bir varlık olan insanın yaşam kalitesini etkileyen, temel yaşam gereksinimlerindedir (Üstündağ ve ark. 2007). Ülkemizde kanser gibi çeşitli nedenlerle bireylerin yaşam kalitelerini devam ettirmek ve boşaltımını sağlamak amacıyla ostomi açılmaktadır (Vural 2012). Fakat açılan ostominin yaşam kurtarıcı özelliğinin yanı sıra fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlara dair kişiler üzerinde olumsuz etkileri olduğu da belirtilmektedir (Kılıç ve ark. 2007). Vural ve Erol' un Schmelzer' in çalışmasından aktardığına göre ostomili hastaların fiziksel açıdan en çok yaşadığı sıkıntılar koku, gaz, dışkı sızıntısı, deri irritasyonu ve ostomi komplikasyonu, psikolojik açıdan ise beden algısında değişme, benlik saygısının azalması, cinsel işlevlerde bozulma ve içe kapanma gibi problemler yaşadıkları belirlenmiştir (Vural & Erol 2013, Kılıç ve ark. 2007). Ayrıca sosyal açıdan da, sosyal ve aile yaşamına ilişkin problemler yaşadıkları belirtilmektedir (Vural & Erol 2013).

Yaşam kalitesi kavramı, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra giderek daha çok önem kazanmıştır (Testa & Simonson 1996). Bu bağlamda ostomili hastaların yaşam kalitelerini arttırmak ve ostomili yaşama uyumu sağlamak önemlidir. Pubmed, ULAKBİM, CINAHL, Google Akademik, Web of Science veri tabanlarında "ostomi ve Roy, stoma ve Roy" şeklinde yapılan tarama sonucu ostomisi olan hastaların uyum süreçlerinde Roy' un Adaptasyon Modeli' nin kullanıldığı sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Seungmi & Keum-Soon, 2009, Kacaroğlu Vicdan & Tunç Tuna, 2015, Scardillo ve ark. 2016). Bu bağlamda, bu makalede dil kökü kanseri sonrası metastaza bağlı ileus gelişen ve ostomi açılan bir hastanın Roy Adaptasyon Modeli' ne göre bakım planı sunulmuştur. Bakım planında NANDA-I tanılama sistemi kullanılmıştır. Ayrıca hasta klinik ortamda yaklaşık iki hafta takip edilmiştir.

1986 yılında ilk defa NANDA tanıları oluşturulmuştur. Sonraki süreçte iki yılda bir toplanan grup, NANDA tanılarını literatüre göre değerlendirip güncellemektedir (Gençbaş & Bebiş 2017). En son yayınlanan Hemşirelik Tanıları (2015-2017) kitabında; 13 alan, 47 bölümden oluşan 235 NANDA-I tanısı yer almaktadır (NANDA-I 2014, Gençbaş & Bebiş 2017).

OLGU SUNUMU

Demografik Özellikleri; 63 yaşında 73 kilo, 185 cm boyunda N.A. emekli, bekar, erkek hastadır. Hasta yoğun bakım sonrası klinikte takip edilmiştir.

Fizyolojik Alan; Beş yıl önce sağ bacağı damar tıkanıklığına bağlı ampute olan ve iki yıl önce dil kökü kanseri teşhisi konulan ve kemoterapi alan hasta 10.02.16 tarihinde karın ağrısı, bulantı, kusma nedeniyle hastanemize başvurmıştır. İleus şüphesiyle kliniğe yatırılmıştır. Yapılan tetkikler sonucu sağ kolonda metastaza bağlı tumoral tıkanıklığı olduğu saptanan hastaya sağ hemikolektomi ve karaciğer segmentektomi ameliyatı yapılmış ve hastaya ostomi açılmıştır. Ameliyat sonrası takip edilen hastamızın tansiyonu ve nabızı normal sınırlar içerisinde. Fakat saturasyonu 2 lt/ dk maske ile oksijen gitmesine rağmen %91 civarındadır, dudakları siyanotiktir. Bulantısı olmasından korktuğu için oral olarak yeteri kadar beslenememektedir. Santral ve üretral kateteri mevcuttur. Görsel Analog Skala (VAS) ile yapılan ağrı skorlanmasında ağrısı 7 düzeyindedir. Hastanın laboratuvar bulguları değerlendirildiğinde Hgb 7,9 albumini ise 2,9 dur.

Benlik Kavramı Alanı; Beş yıl önce ampute ve iki yıl önce dil kökü kanseri tanısı konulan ve ostomi açılan hasta, psikolojik olarak çok yıprandığını ve yorulduğunu ifade etmektedir. Dişleri, saçları ve tırnakları sapsarıdır. Yaşadığı hastalık sürecine bağlı benlik saygısında azalma olduğu saptanmıştır. Öfkeli, huzursuz ve umutsuzdur.

Rol Fonksiyon Alanı: Emekli ve bekar olan hastamızın bakımını 78 yaşındaki ablası üstlenmiştir. Kendi işlerini tek başına yapamadığı için sürekli ablasının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Kardeş olarak görevlerini yerine getiremediğini, hatta ablasının kendi yaşantısını onun yüzünden ihmal ettiğini ifade etmektedir.

Karşılıklı Bağlılık Alanı: Hastamız ziyaretçileriyle ve sağlık personeliyle iletişim kurmaktan kaçıyor, genellikle içe dönük bir tavır sergiliyor.

Bu olgu örneğinde, ileus ön tanısıyla izlenen ve kolostomi açılan hastanın Roy' un Adaptasyon Modeli' ne göre hazırlanan hemşirelik bakımı Tablo1' de gösterildiği şekilde gerçekleştirilmiştir.

TARTIŞMA

Tablo1. Roy' un Adaptasyon Modeli' ne Göre Belirlenen Hemşirelik Tanıları

FİZYOLOJİK ALAN	
Hemşirelik Tanısı	4. Alan: Aktivite/dinlenme Tanı Sınıfı: Kardiyovasküler/pulmoner yanıtlar Tanı Kodu: 00032 Etkisiz Solunum Örüntüsü
Davranış	Saturasyon düşüklüğü Hırıltılı nefes alımı
Uyaranlar	Fokal: Ameliyat olması ve ağrısının olması (VAS:7) Kontekstüel: Ampütasyona bağlı hareket kısıtlılığı Hareket etmek istememesi Rezidüel: Tedavi sürecine bağlı psikolojik olarak yorgun olması

Hemşirelik Girişimleri	<p>Ağrısının yerini ve şiddetini değerlendirecek</p> <p>Ağrıyı önlemek için istemde bulunulan ilaçlar saatinde uygulanacak</p> <p>Saatlik olarak derin nefes alma, öksürük egzersizleri ve spirometre ile çalışması sağlanacak</p> <p>Gün içinde yaklaşık 6 saat yatak dışında olması sağlanacak, sandalyede oturtulacak</p> <p>Ambulasyon için hasta ve yakınları cesaretlendirilecek</p> <p>Hastanın mevcut durumuna uygun şekilde ağrısını giderecek bir pozisyon alması sağlanacak (ostomi yerindeki gerginliğe bağlı ağrısı olan hastanın başı biraz daha yükseltilecek yatması sağlanacak)</p> <p>Ostomi bölgesinde gerginliğe sebep olabilecek durumlar (sütür gerginliği, ödem, kızarıklık vb.) değerlendirilecek</p> <p>Akciğer sesleri ve niteliği her 8 saatte bir gerekirse 4 saatte bir dinlenecek ve kaydedilecek</p>
Değerlendirme	<p>Hastanın saturasyonu oksijen desteksiz % 97 civarında seyretti</p> <p>Hasta rahat nefes alıp verdi, hırıltılı solunum azaldı</p> <p>Spirometreyi daha rahat ve efektif kullandı (üç topunda yukarı yönde hareket ettiği gözlemlendi)</p> <p>Hastadaki siyonotik görünüm azaldı</p>
FİZYOLOJİK ALAN	
Hemşirelik Tanısı	<p>2. Alan: Beslenme</p> <p>Tanı Sınıfı: Yeme</p> <p>Tanı Kodu: 0002 Beden Gereksiniminden Az Beslenme</p>
Davranış	<p>Orali açık olmasına rağmen hastanın ağızdan beslenmekten kaçınması</p> <p>Günlük olarak önerilenden daha az besin alımı</p> <p>Yemede isteksizlik, kilo kaybı, yemeklerden hoşlanmama</p>
Uyarılar	<p>Fokal: Ameliyat Olması</p> <p>Kontekstüel: Hastane yemeklerinden hoşlanmaması</p> <p>Rezidüel: Total parenteral beslenmenin yeteceğini düşünmesi</p> <p>Ameliyat öncesi yaşamış olduğu bulantı şikayetini tekrar yaşamaktan korkması</p>
Hemşirelik Girişimleri	<p>Yeterli beslenmeye başlamasının önemi; yara iyileşmesini hızlandırması, hastanede kalış süresini kısaltması ve enfeksiyonlar açısından koruyucu olabileceği vurgulanacak.</p> <p>Besinleri rahat tüketebilmesine yardımcı olunacak gerekirse baharat, limon vs.kullanabileceği hakkında hasta bilgilendirilecek</p> <p>Yemek öncesi bulantıya sebep olacak girişimlerden kaçınılacak</p> <p>Besin alımı öncesi ve sonrası ağız hijyenini sağlanacak</p> <p>Günlük kalori ihtiyacı diyetisyenle belirlenecek</p> <p>Günlük kilo takibi her gün aynı saatte yapılacak</p>
Değerlendirme	<p>Hastanın oral olarak beslenmesi sağlandı.</p> <p>Hastanın kilosunda azalma olmadığı gözlemlendi.</p>

FİZYOLOJİK ALAN	
Hemşirelik Tanısı	12. Alan: Konfor Tanı Sınıfı: Fiziksel konfor Tanı Kodu: 00132 Akut Ağrı
Davranış	Saturasyon gibi fizyolojik parametrelerde bozulma VAS=7 olması Hastanın yumruklarını sıkması Hastanın yüzeyel solunum yapması
Uyarılar	Fokal: İnsizyon yeri Kontekstüel: Hareketsizlik Rezidüel: Ampütasyona bağlı ağrı deneyimleri
Hemşirelik Girişimleri	Ağrısının yeri ve şiddeti değerlendirilecek Ağrıyı önlemek için istemde bulunulan analjezik ilaçları saatinde uygulanacak Ağrıyıarttıran ve azaltan faktörler belirlenecek Hastanın nonfarmakolojik yöntemler ile dikkati farklı yöne çekilecek
Değerlendirme	Sırt üstü düz pozisyonda yattığı zaman insizyon yerinde gerilme olduğu tespit edilen hastanın yatak başı biraz daha yükseltildiğinde ağrısının azaldığı tespit edildi. Hasta iletişim kurmaktan kaçındığı için yakınlarından sevdiği müzik türleri hakkında bilgi alınarak bir CD oluşturuldu. Hastanın bu CD' yi sık sık dinlediği ve ağrıya ilişkin sergilediği davranışlarında (yumruklarını sıkma, gözlerini sımsıkı yumma, elini insizyon bölgesinde tutma) azalma olduğu gözlemlendi Hastanın ağrısı VAS' a göre 3 olarak değerlendirildi
BENLİK KAVRAMI ALANI	
Hemşirelik Tanısı	5.Alan: Algı/ bilişsel Tanı Sınıfı: Bilişsel Tanı Kodu: 00126 Bilgi Eksikliği
Davranış	Hastanın öğrenmeye karşı yetersiz ilgisinin olması Ostomi bakımını üstlenmekten kaçınması hatta bakıma katılmaması
Uyarılar	Fokal: Ostomi varlığı Kontekstüel: Hastanın ostomisine zarar vermektan korkması Rezidüel: Ampütasyon sonrası bedenindeki değişime ostominin de eklenmesi
Hemşirelik Girişimleri	Ostomi bakımına ilişkin hastaya ve ailesine öncelikle uygulamalı sonrasında da yazılı olacak nitelikte broşür eşliğinde eğitim verilecek Ostomi bakımına hastanın katılması sağlanacak.
Değerlendirme	Hasta kendi ostomi bakımına ilişkin sorular sormaya başladı Kendi ostomi bakımını yaparken nelere dikkat edeceğini belirtmeye başladı
BENLİK KAVRAMI ALANI	
Hemşirelik Tanısı	12. Alan: Konfor Tanı Sınıfı: Sosyal konfor Tanı Kodu: 00053 Sosyal İzolasyon
	9. Alan: Başetme/stres toleransı Tanı Sınıfı: Başetme yanıtları Tanı Kodu: 00069 Etkisiz Baş Etme

Davranış	<p>Hastamızın mevcut durumuyla baş edememesi Etrafındakilerle göz teması kurmaması İletişime geçmemesi Agresif davranışlarda bulunması Kendini yaşadıklarından dolayı çok kötü ve yorgun hissettiğini belirtmesi</p>	
Uyarılar	<p>Fokal: Kolostomi varlığı Kontekstüel: Ampütasyon Rezidüel: Dil kökü kanseri öyküsüne ve amputasyona bağlı önceki deneyimler</p>	
Hemşirelik Girişimleri	<p>Kişinin kendisini, duygularını ifade etmesi sağlanacak Hasta iletişim kurmaktan kaçındığı için aile bireyleriyle hasta hakkında neleri sevdiği, neler yapmaktan hoşlandığı hakkında bilgi alınacak. Kişiye ve ailesine ostomi bakımıyla ilgili bilgilendirme (koku oluşumu, gaz, vs. açısından) yapılarak bakıma katılmaları sağlanacak Kişinin, ostomisi olan ve bu durumla baş etmiş kişilerle birlikte olması sağlanacak</p>	
Değerlendirme	<p>Hastanın ailesiyle yapılan görüşme neticesinde türkü dinlemekten hoşlandığı tespit edildi. Kendisi için bir CD oluşturuldu. Hastanın bu CD'yi sık sık dinlediği gözlemlendi. Hasta iletişim kurmaya başladı. Hem yakınlarına hem de sağlık personeline karşı uyumlu davrandı</p> <p>Durumuyla ilgili sorular sormaya başladı. Ostomi bakımına daha aktif olarak katıldı.</p>	
ROL FONKSİYON ALANI		
Hemşirelik Tanısı	<p>7. Alan: Rol ilişkileri Tanı Sınıfı: Aile ilişkileri Tanı Kodu: 00063 İşlevsel Olmayan Aile Süreçleri</p>	<p>7. Alan: Rol ilişkileri Tanı Sınıfı: Aile ilişkileri Tanı Kodu: 00060 Kesintiye Uğramış Aile Süreçleri</p>
Davranış	<p>Aile rollerinde değişim Hastanın iletişime kapalı olması Aile bağlarında bozulma</p>	
Uyarılar	<p>Fokal: Ostomi varlığı Kontekstüel: Amputasyon Rezidüel: Aile yapısının bozulduğuna inanması Ablasının hayatını, sadece onun için harcadığını düşünmesi</p>	
Hemşirelik Girişimleri	<p>Ailenin mevcut duruma uyumu sağlanacak Hastalık süreciyle ilgili hem hastanın hem aile üyelerinin rollerindeki değişiklikler değerlendirilecek OSTOMİ bakımına ve hastanedeki sürece ilişkin aile üyeleri arasında görev dağılımı yapılması sağlanacak</p>	

	<p>Kişinin rol performansı ile ilgili değişiklik konusundaki düşüncelerini açıklaması sağlanacak</p> <p>Kişi alışmış olduğu rollerine ilişkin düzeni devam ettirebilmesi konusunda desteklenecek</p>
Değerlendirme	<p>Hasta ve hasta yakınlarının birbirlerine daha anlayışlı davrandığı gözlemlendi.</p> <p>Hastanın yakınlarıyla daha etkin iletişim kurduğu gözlemlendi.</p>
KARŞILIKLI BAĞLILIK ALANI	
Hemşirelik Tanısı	<p>5.Alan: Algısal ve bilişsel alanında</p> <p>Tanı Sınıfı: İletişim</p> <p>Tanı Kodu: 00051 Bozulmuş Sözel İletişim</p>
Davranış	<p>İnsanlarla hatta sağlık personeliyle dahi iletişim kurmaktan kaçıyor</p> <p>Konuşması gerektiğinde göz teması dahi kurmuyor</p> <p>İçe kapanık</p> <p>Bazen öfkeli davranışlar sergiliyor</p>
Uyaranlar	<p>Fokal: Fonksiyon bozukluğu, ağrı,</p> <p>Kontekstüel: Ostomi varlığı ve ampütasyon</p> <p>Rezidüel: Kronik hastalığın ilerlemesi</p>
Hemşirelik Girişimleri	<p>Kişiyi durumuyla ilgili uygun açıklamalar yapılacak ya da yapılması sağlanacak</p> <p>Yapılacak her işlem örneğin neden yemek yemesi gerektiği, neden spirometreyi günde 4 kez kullanması gerektiği açıklanacak Alternatif iletişim yöntemleri seçilecek (el ya da göz işareti, kart kullanımı)</p> <p>Yorgun olduğunda konuşma ertelenecek hastanın dinlenmesi sağlanacak</p> <p>Ağrısı olduğunu ifade ettiğinde konuşma sonlandırılacak, istemde bulunan ilaçları uygun zaman diliminde uygulanacak Ağrıya yönelik girişimlerde bulunulacak</p> <p>Ağrıya vermiş olduğu davranışsal tepkileri gözlemlenecek (yumruklarını sıkması, gözlerini sımsıkı kapatması, yüzeysel nefes alıp vermesi, elini ağrısının olduğu yere koyması vb.)</p>
Değerlendirme	<p>Hastanın hem yakınlarıyla hem de sağlık personeliyle uyum içerisinde olduğu gözlemlendi.</p>

SONUÇ

Roy' un kuramının temel bileşeni uyumdur. Kolostomi açılması bireylerin uyumunu gerektiren bir süreçtir. Temelinde uyum olan adaptasyon modeli, hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını ve hasta merkezli bakım verilmesini sağlamaktadır. Her hastanın mevcut ve olası tanıları hemşirelik kuramları kullanılarak bilimsel olarak ele alınabilmektedir. Bu

bağlamada konuyla ilgili yapılacak çeşitli çalışmalar ile farklı nitelikteki ostomili hastaların bakımlarına, farklı açılardan yaklaşılabilir ve bakım kalitesi artırılabilir.

KAYNAKÇA

- Çatal E, Dicle A, Teori – Araştırma Bileşeni: Roy’un Uyum Modeli Örneği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, DEUHYO ED, 2014, 7 (1), 33-45.
- Gençbaş D, Bebiş H, Uluslararası Standart Sistem ile Oluşturulan Hemşirelik Bakım Planı Örneği, Example of Nursing Care Plan Created by International Standard System. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2017, 2(1), 79-96.
- Kacaroğlu Vicdan A, Tunç Tuna P, Rektum Kanseri Nedeniyle Kolostomi Açılan Bireyin Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 2015, Yaz Sayı: 4 Yıl, 61-75.
- Kacaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B, Hemşirelik Modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014 (4): 255-259. Kacaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B, Roy Adaptasyon Modelinin Hemodiyaliz Hasta Eğitiminde Kullanımı, International Journal of Human Sciences, 2014, 11(2), 209-220.
- Kılıç E, Taycan O, Belli A K, Özmen M, The Effect of Permanent Ostomy on Body Image, Self-esteem, Marital Adjustment, and Sexual Functioning. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007, 18(4), 1-7.
- Masters K, Framework for Professional for Nursing Practice, Chapter 2, Jones & Barlett Learning, http://samples.jbpub.com/9781449691509/81982_CH02_Pass1.pdf, 17.05.2016 Tarihinde ulaşılmıştır.
- McCurry MK, Hunter Rewell S, Roy SC, Knowledge For The Good of The Individual and Society: Linking Philosophy, Disciplinary Goals, Theory, and Practice. Nursing Philosophy 2009, 11(1):42-52.
- NANDA-I International, Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2015-2017, Wiley Blackwell, Tenth Edition, 2014, p:19
- Ocağcı AF, Alpar ŞE, Hemşirelikte Kavram Kuram ve Model Örnekleri, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013, s:1-11
- Özkahraman A, Özer S, Balcı Alpaslan G, Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı, Gümüşhane University Journal of Health Sciences; 2012, 1(3).
- Pektekin Ç, Hemşirelik Felsefesi Kuramlar, Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşım. İstanbul Medikal, 2013, s: 111-118
- Scardillo J, Dunn KS, Piscotty R, Exploring the Relationship Between Resilience and Ostomy Adjustment in Adults With a Permanent Ostomy, J Wound Ostomy Continence Nurs, 2016, 43(3):274-279. Seungmi P, Keum-Soon K, Model Construction of Sexual Satisfaction in Patients with a Colostomy, J Korean Acad Nurs, 2009, Vol.39 No.4, 539-548.
- Testa MA, Simonson DC, The New England Journal of Medicine, 1996, March, - 28., Vol:334, No.13, s:835-840
- Ursavaş EF, Karayurt Ö, İşeri Ö, Meme Kanseri Nedeniyle Meme Koruyucu Cerrahi Yapılan Bir Hastaya Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımı, J Breast Health 2014, 10: 134-140, DOI: 10.5152/tjbh.2014.1910.

Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A, Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı, Türkiye Klinikleri, J Med Sci 2007, 27:522-527.

Vural F, Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesi, Cerrahi Bakım Ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitapçığı, 2012

Vural F, Erol F, Ostomili Hastalarda Yaşam Kalitesi Nasıl Yükseltilir, Nurse's Role In Improving The Quality Of Life in Individuals With Ostomy, DEUHYO ED, 2013, 6 (1), 34-39.

KANITA DAYALI UYGULAMALAR: YAŞAM SONU DÖNEMDE YETİŞKİN BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI

EVIDENCE-BASED APPROACHES: NURSING CARE OF ADULTS IN THE LAST DAYS OF LIFE

Öğretim Görevlisi Şule Olgun* Prof. Dr. Meryem Yavuz van Giersbergen**

*İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 08.10.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 30.11.2018

Öz

Bir kişinin yaşam sonu dönemde olup olmadığının kararını multi profesyonel bir klinik ekip vermektedir. Bu klinik ekip aynı zamanda gerektiğinde bakıma da odaklanır. Son bir yıl içerisinde "yaşam sonu bakım" adı altında terminal dönemdeki kişilerin bakımının iyileştirilmesi hedefi gündeme oturmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bakım evleri, huzurevleri, yaşam sonu klinikleri, hastaneler, toplum sağlığı bakım merkezleri ya da evlerde terminal döneme girmiş kişilerin sağlık ve sosyal bakımını üstlenen sağlık bakım çalışanı ya da uzman olmadan çalışan bireyler bulunmaktadır. Makalede terminal süreçteki yetişkin bireye bakım veren bu kişilere kanıta dayalı uygulamaların sunulması amaçlanmıştır.

Bu makalede; 18 yaş ve üzerindeki yaşam sonu döneme girmiş yetişkin bireyin tanımlanması, kişi ile etkili iletişimin sağlanması ve alınan kararların paylaşılması, klinik destekli sıvı yönetimi, ağrı, nefes darlığı, bulantı-kusma, anksiyete, deliryum, ajitasyon ve solunum sekresyonları için etkili ilaç yönetiminin sağlanmasındaki kanıta dayalı uygulamalara yer verilmiştir. Kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması ile terminal süreçteki bireylere gereksiz bakım ve uygulamalardan kaçınılacağı; bilinçli, kanıta dayalı bakım ve uygulamaların gerçekleştirileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: kanıt yaşam sonu dönem, yetişkin,

ABSTRACT

A multiprofessional clinical team makes a decision if a person in the terminal stage or not. This clinical team also focuses on the care if necessary. Improving the care of people who are in the terminal stage is become popular in the last year in the name of terminal care.

There are many people who work as a professional or unprofessional health care provider for health hand social care of the person who entered the terminal stage at the primary health care services, hospices, hospitals, community health care centers or homes. The aim is submitted the evidence-based practice for person who gives care to adults in the terminal process.

This article is included that identification of individuals on 18 years old and above who are entered the terminally process,, in order to communicate effectively with people and share the decisions, the clinical assisted hydration, pain, shortness of breath, nausea, vomiting, anxiety, delirium, agitation and respiratory secretions for the evidence-based practice in the provision of effective medication management. To avoid unnecessary cares and applications to the person who are in the terminally process by disseminating of evidence-based practice; it is expected that evidence-based cares and practices are carried out consciously.

Keywords: *evidence, end of life period, adult,*

GİRİŞ

Ölmek üzere olan bir kimse duygusal olarak kendini güvenlikte hissetmek, kişiliğini ve değerini korumak, bir gruba, aileye ve hastaneye, bakım gören hastaların oluşturduğu çevreye, ait olma duygusunu kaybetmemek ister. Ayrıca her türlü umuda gereksinim duyar (olgun 2014)yaşam sonu dönem; bireyin yaşamının son günleri, son ayları olarak ifade edilir. Yaşam sonu dönemde hasta bakımı, diğer dönemlerdeki bakımın sürdürülmesi kadar kolay değildir. Bu dönemdeki semptomlar sıklıkla değişir ve hastalığa özel semptomlar şiddetlenebilir, bazı semptomlar yok olabilir ve birçok yeni semptom ortaya çıkabilir (Heidrich 2007).

Yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek için hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için onların duygularını anlaması ve kabul etmesi gereklidir (Fadıloğlu Ve Aksu 2013, Olgun 2014). Tüm dünyada da tıbben yapılacak bir şeyi kalmayan ve ölümü beklenen hastanın huzura ve belli bir konfora sahip olması gerektiği kabul edilmektedir. Ancak aranan ve istenen huzurlu ortamın bir hastane ortamında özellikle de bir yoğun bakım ünitesinde sağlanamayacağı düşünülmektedir. Hastaları yoğun bakım ünitelerinde ölen aileler "hastalarının acı çektiğini ve sevdikleri ile beraber olamadan hayata veda ettiklerini" söylemektedir. Gerçekte de hastalara bu üniteye yapılan testler, uygulamalar ve bakımlar yaşam sürelerine ya da yaşam kalitelerine çok az etki yapmaktadır (Truog Ve Ark. 2001, Heyland Ve Ark. 2002, Anderson Ve Ark. 2008).

Yaşam sonu bakımda hayatlarının son dönemlerini yaşadığı bilinen bu hastalar için çok yüksek miktarlarda paralar harcanmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre, tüm hastane harcamalarının %27-30'u terminal dönem hastalar için yapılmıştır. Son dönem hastalar için yapılan masrafların Amerika Birleşik Devletleri'nde son dönem hastalar için yapılan masrafların toplam sağlık giderleri (450 milyar dolar)

içerisindeki payı %30'dur. Bu paranın %80'i ölen hastanın son ayında hastanede ve özellikle de yoğun bakım ünitesinde agresif hayat destekleyici tedaviler için harcanmıştır (De Jonge Ve Ark. 1999, Emanuel Ve Ark.2002, Morrison ve Ark.2008, Zhang Ve Ark. 2009, Riley Ve Ark. 2010).

Günümüzde sağlık bakım sistemlerinde meydana gelen gelişmeler sayesinde yaşam sonu bakımda hastaların son dönemlerini daha rahat geçirebilmeleri için palyatif bakım ön plana çıkmaktadır. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı sorunları olan hastanın ağrısının ve diğer problemlerinin belirlenmesini; fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanması yoluyla acı çekmesinin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaları içeren bir yaklaşımdır (Sepulveda Ve Ark. 2002). Dünya Sağlık Örgütü, Palyatif Bakımın Dünya çapında yaygınlaşması için çabalamaktadır (Borasio 2007). Ancak dünya çapında genel sağlık sistemine entegre olmuş aktif çalışan bir palyatif bakım sisteminin sadece 20 Ülkede (%8,5) olduğu görülmektedir (Özgüroğlu 2004). Türkiye'de İse 1990'ların başında ulusal bir palyatif bakım programının olması gerektiğinin farkına varılmış; ancak 2010 yılına kadar etkin bir girişim veya oluşum bu konuda görülememiştir. 2010 yılında ise sağlık bakanlığı kanser daire başkanlığı'nın palya-türk projesi ile kanser hastaları için etkin bir destek programına başlanmıştır. 2012 yılında Ankara ulus devlet hastanesi bünyesinde bir palyatif bakım kliniği ve kronik kritik hastalar için yoğun bakım ünitesi açılmış; bu ünitenin sadece kanser hastalarına değil tüm terminal dönem hastalarına hizmet sunması amaçlanmıştır (Çavdar 2011, Özgül Ve Gültekin 2012, Kabalak Ve Ark. 2013, Uzuncu Ve Ark. 2013).

Hastalara kaliteli bir bakım verme sorumluluğu hemşirelik kararlarının kanıtı dayandırılmasını önemi giderek artmaktadır (Kocaman 2003). Kanıtı dayalı uygulama, bakım verilen alanlardaki uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları, hastalara en iyi bakım hizmetini vermek için bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz 2005). Kanıtı dayalı hemşirelik; kaynakların elde edilebildiği bakım ortamlarında, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları süreci olarak tanımlanmaktadır (Dicenso Et Al 1998; Mulhall, 1998). Youngblut ve Brooten (2001), kanıtı dayalı hemşireliğin, deneyimlere dayalı karardan kanıtı dayalı karar almaya geçiş olduğunu belirtmiştir. Hemşirelik uygulamalarının kanıtı dayalı olması, bakım kalitesi ve bakım sonuçlarının iyileştirilmesi, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratılması, bakımın standardize edilmesi ve hasta memnuniyetini arttırması gibi sonuçları açısından önemlidir (Kocaman 2003).

Yaşam sonu dönemdeki yetişkin bireyin bakımına yönelik kanıt düzeyleri sunan rehberlerden birisi de "İngiltere Ulusal Sağlık Ve Kaliteli Bakım Enstitüsü" (National Institute For Health And Care Excellence-NICE)" dür. Rehber 16 Aralık 2015 tarihinde yayımlanmıştır. Rehberde; yaşam sonu dönemdeki birey ve bakım veren arasındaki saygılı iletişimin, konfor ve onurun sağlanması ve aynı zamanda istenmeyen yan etkilere sebep olmadan, yeterli sıvı alımının sağlanması ve yaşam sonu bakımın geliştirilmesi konularına değinilmiştir (NICE 2015). Bu konuda yapılan araştırmaların sonuçlarına göre bir kanıt düzeyleri belirlenmiş ve önerilerde bulunulmuştur

(Abarshive ark. 2012, Seymour 2010, Boot ve Wilson 2014, Bbott ve ark. 2001, Field ve ark. 2013, Candy ve ark. 2012, Back ve ark. 2001, Matsunuma 2014, Wilson ve ark. 2015, Wilson 2015, Kumaggi ve ark. 2012). Kanıt düzeyleri; yüksek, ılımlı, düşük ve çok düşük olmak üzere dört düzeyde belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre belirlenen yüksek ve ılımlı düzeydeki kanıt uygulamalarının, düşük ve çok düşük düzeydeki kanıt uygulamalarından az olması dikkati çekmektedir.

Tablo 1. Kanıt Düzeyleri

Düzyey	Açıklama
Yüksek	Araştırma Sonuçlarının Güvenilir Etkisi Çok Yüksekedir.
İlimli	Araştırma Sonuçlarının Güvenilir Etkisi Muhtemeldir.
Düşük	Araştırma Sonuçlarının Güvenilir Etkisi Düşük Bir Olasılıktadır.
Çok Düşük	Araştırma Sonuçlarının Güvenilir Etkisi Belirsizdir.

Kaynak: NICE 2015

Bireyin Yaşam Sonu Dönemde Olup Olmadığının Belirlenmesi

Kişide ölümün yaklaşıyor olup olmadığını belirlemek için multiprofesyonel ekip ile birlikte kişi ve yakınlarından elde edilen önemli veriler değerlendirilmelidir. Yaşam sonu dönemde olan hastaları bakım planı en az her 24 saatte bir değişiklikler kaydedilip izlenmelidir. Yeni başlayan hemşireler bu konuda bireyin belirsiz ya da çelişkili klinik belirti ve bulguları olduğunda kendisinde daha fazla deneyime sahip meslektaşlarından yardım almalıdır. Kişinin yaşam sonu döneme girmekte olduğu düşünülüyorsa, kişinin öncelikle mevcut klinik belirti ve bulguları, altta yatan tanı dahil olmak üzere tıbbi öyküsü bilinmelidir (Abarshive ark. 2012). Kişinin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçları, hedefleri, gelecekte bakımını sağlayacak olan birinci derece yakınlarının bakım konusundaki görüşleri de göz ardı edilmemelidir. Yaşam sonu döneme girmiş bireyde; ajitasyon, cheyne-strokes solunum, bilinç düzeyinde bozulma, deride ekimozlar, solunum sekresyonlarında artış, ilerleyici kilo kaybı, artan yorgunluk ve iştah kaybı, iletişimde değişiklikler, hareketlerde bozulma, sosyal izolasyon gibi birçok değişiklikler gözlenir (NICE 2015).

Yaşam sonu dönemdeki yetişkin bireyin yaşam sonu dönemde olup olmadığını belirlemeye ilişkin kanıt düzeyleri aşağıda verilmektedir.

Tablo 2. Bireyin Yaşam Sonu Dönemde Olup Olmadığını Belirleyen Kanıt Düzeyleri

Mortalite Belirleyicileri (Son 3-7 Gün)	Klinik Kanıt Düzeyi
Huzursuzluk (Özellikle Akşamları Ve Gece)	Yüksek
Sosyal İzolasyon	Yüksek
Hırıltılı Solunumda Artış	İlimli
Periyodik Olarak Apne Görülmesi	İlimli
Mandibular Hareketi İle Solunum	İlimli
Periferik Siyanoz	İlimli
Cheyne-Stokes Solunum	İlimli

Radiyal Arterde Nabızsızlık	İlimli
Hipotansiyon	İlimli
Taşikardi	İlimli
Mortalite Belirleyicileri (Son 3-7 Gün)	Klinik Kanıt Düzeyi
Yüksek Ateş	İlimli
Pulse Oksimetre İle Satürasyon Ölçülememesi	İlimli
İstirahat Halinde Dispne	İlimli
Solunum Sayısında Değişim	İlimli
Solunum Şeklinde Değişim	İlimli
Balgamda Artış	İlimli
Balgam Atmada Zorlanma	İlimli
Düşük Oksijen Satürasyonu	İlimli
Güç Ve Sıkıntılı Solunum	İlimli
Soğuk Ekstremitte	İlimli
Tat Duyusunda Azalma	İlimli
İdrar Çıkışında Azalma/Anüri	İlimli
Konstipasyon/Diyare	İlimli
İlaç Yutmada Sorun	İlimli
Ağız Kuruluğu	İlimli
Herhangi Bir Sıvı Veya Katı Gıda Alamama	İlimli
Yutma Güçlüğü/Yutamama	İlimli
Yanakların Çökmesi	İlimli
Analjeziye Yanıtta Azalma	İlimli
Ciltte Ekimoz	İlimli
İşitmede Ve Bilgiyi Kavramada Zorluk	Düşük
Yutma Güçlüğü	Düşük
İdrar Miktarının Son 2 Saat İçerisinde <100 MI Olması	Düşük
Sarıklık	Çok Düşük

Kaynak: NICE 2015

Yaşam Sonu Süreçteki Birey İle İletişim

Sağlık çalışanları etkili bir iletişim ile yaşam sonu süreçteki bireyin mevcut zihinsel kapasitesini algılar ve böylece onların da bakıma katılmalarını sağlayabilir. Etkili bir iletişim ile bireyin yaşamlarının son günleri dikkate alınarak ihtiyaçları ve beklentileri belirlenebilir. Bakım verilen kişi, yakınlarının da bakımı ile ilgili kararlara katılmasını isteyebilir (Seymour 2010). Kişinin bilişsel durumu ve eğer varsa herhangi bir özel konuşma dil veya biçimi ve diğer iletişim ihtiyaçları belirlenmelidir. Kişinin tedavi ve bakımının seyri hakkında ne kadar bilgi sahibi olmak istediği belirlenmelidir. Bireyin

kültürel, dinsel, sosyal, ruhsal ihtiyaçları ve tercihleri belirlenmelidir. Yaşam sonu süreçteki kişinin prognozunu açıklanması için en uygun multiprofesyonel grup üyesi belirlenmelidir ve bu grupta; yetkinlik, güven ve kişi ile uyum aranmalıdır (NICE 2015). Yaşam sonu dönemdeki kişinin; herhangi bir tedavi ve bakımını reddetme, ömrünün son günlerinde bakımı hakkında tercihlerini ifade etme hakkı vardır. Bakım ve tedavi prognozu hakkındaki bilgilerin korunması gerekmektedir. Multiprofesyonel bakım ekibinin üyeleri ile terminal dönemdeki kişinin, bakım ve tedavi prognozunu bir arada tartışması ve bu bakım ve tedavinin kayıt altına alınmış olması gerekir (Boot ve Wilson 2014).

Ortak Karar Verme

Hastalığın terminal dönemi, hasta, aile, diğer yakınlar ve sağlık elemanları için duygusal olarak güç bir dönemdir. Hastanın her an kaybedilebileceği korku ve endişesi yaşanır. Bu nedenle özellikle aile üyeleri, hastanın mümkün olduğunca rahat ve huzurlu olması için çaba sarf harcarlar ve hastayı yalnız bırakmak istemezler. Ölüm yaklaşırken hastada olabilecek değişiklikler konusunda önceden bilgilendirilmeyen aile üyeleri, ölüm anına yönelik bilinmezliklerin korkusunu da yaşarlar. Bu nedenle aileler hastanın durumu ciddileşmeden önce, onun ölümü yaklaşırken yaşayabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler. Bu konuda bilgilendirilmiş aile üyeleri, hastada oluşabilecek değişikliklerden korkmayacak ve son ana kadar hasta ile birlikte kalıp onu destekleme şansı elde edebileceklerdir (olgun 2014). Hastanın ölümü, sağlık çalışanının yaşamı koruma ve sürdürme amacına ters düşmekte bu nedenle de ölümü beklenen hasta ile iletişimde güçlükler yaşanmaktadır. Yaşam sonu dönemdeki kişinin bakım planı oluşturulurken, bakım verilecek kişi ile de uygulamalar tartışılmalı ve planlanan bakım bu doğrultuda geliştirilmelidir. Bakım planı paylaşılırken dürüst ve şeffaf olunmalı ve kişinin mümkün olduğunca katılımı sağlanmalıdır (Abbott ve ark. 2001).

Karar Verme Sürecinde Dikkat Edilecekler:

- Yaşam sonu dönemdeki kişinin deneyimi, tedaviyi reddetme kararı, sağlık ve refahı için gerekirse bir avukat aracılığıyla ayrıntılı bir şekilde tüm yasal hakları
- Kişinin mevcut hedefleri ve istekleri
- Kişinin kültürel, dinsel, sosyal ve ruhsal tercihleri göz önüne alınmalıdır.

Yaşam sonu dönemdeki kişinin bakımı için gerekli olan kaynakların mümkün olan en erken sürede temin edilmesi gerekir. (örneğin; gerekiyorsa hastanın gece yanında kalacak gönüllü kişi, yardım kurumlarından yemek desteği, bakımda kullanılacak bazı ekipmanların teslimat vb gibi.) Bakım veren kişi ve multiprofesyonel ekibin bireyselleştirilmiş bakım oluşturması çok önemlidir yani bakım planı terminal dönemdeki kişiye özel olmalıdır (NICE 2015). Multiprofesyonel ekip bireyselleştirerek oluşturduğu bakım planının kaydını gerçekleştirir ve terminal dönemdeki kişi ve yakınları ile tartışır. Yaşam sonu dönemdeki kişi için önemli olan öncelikleri belirlemelidir. Bakım planını oluştururken her seferinde güncelleştirmeye devam etmelidir. Bakım planında açıklanması mümkün olmayan durumlarda kişi için önemli

olanlar nedenleri açıklanarak paylaşılmalıdır. Paylaşılan karar her zaman deneyimli personel tarafından desteklenebilir olmalı, ek destek gerekiyorsa başka bir uzmana başvurulmalıdır (Field ve ark. 2013).

Yaşam sonu dönemdeki yetişkin bireyin bakımında ortak karar verme ve iletişimin ölüm üzerine etkisini belirlemeye ilişkin kanıt düzeyleri aşağıda verilmektedir.

Tablo 3. Ortak Karar Verme Ve İletişimin Ölüm Üzerine Etkisini Belirleyen Kanıt Düzeyleri

Ortak Karar Verme Ve İletişimin Ölüm Üzerine Etkisi	Klinik Kanıt Düzeyi
Aile üyeleri ile kurulan diyalogda tıbbi terminoloji kullanımı, ortak karar vermede aile katılımını azaltmaktadır	Düşük
Sağlık çalışanlarının rutin tedavi ve bakıma yönelmeleri, hastaların görüş ve tercihlerinin göz önüne alınmasını engellemektedir	Düşük
Bir rehber önderliğinde iletişim becerileri eğitiminin düzenlenmesi yararlıdır	Düşük
Yaşam sonu dönemdeki kişi ile bakımına yönelik ortak karar almak, kişinin prognozu hakkındaki reddini en aza indirmektedir	İlmlı

Kaynak: NICE 2015

Yeterli Sıvı Alımının Sağlanması

Yaşam sonu dönemdeki hastanın yaşamlarının son anına kadar oral yoldan sıvı desteği devam ettirilmeye çalışılmalıdır. Ancak aspirasyon riski, yutma güçlüğü gibi istenmeyen herhangi bir durumun gelişebileceği unutulmamalıdır. Yaşam sonu dönemdeki kişi ile oral sıvı alımının faydaları ve zararları tartışılmalıdır. Yaşam sonu dönemdeki kişinin sık sık ağız ve dudak bakımı sağlanmalıdır. Kişi isterse, dişlerini ya da protezini temizlemesine, sık sık sıvı yudumlamasına yardım edilmelidir (Kumaggi ve ark. 2012). Eğer yaşam sonu bakım sürecindeki kişi isterse yakınları ağız ve dudak bakımına katılabilir ve bunun için sağlık çalışanları, bireyin yakınlarını teşvik etmelidir. Yaşam sonu süreçteki kişilerin yakınlarına, güvenli bir şekilde oral sıvı alımını gerçekleştirmelerini sağlamaları için gerekli yardım sağlanmalı ve bu yönde tavsiyelerde bulunulmalıdır (Back ve ark. 2001). Yaşam sonu dönemdeki kişinin günlük sıvı ihtiyacı belirlenmeli, klinik destekli hidrasyona başlayan kişinin istek ve tercihlerine saygı duyularak bakım planı yeniden gözden geçirilmelidir. Terminal dönemdeki kişi ile klinik destekli hidrasyonun riskleri, yararları ve kendileri için önemli olan durumlar tartışılmalıdır (Matsunuma 2014).yaşam sonu dönemdeki kişiye klinik destekli sıvı desteğinin sebebinin, dehidrasyonun istenmeyen etkilerinden kaçınmak olduğu açıklanmalı ve dehidrasyonun neden olabileceği sorunlar belirtilmelidir. Klinik destekli sıvı desteği terminal süreçteki bireyin ömrünü uzatıp uzatmayacağı belirsiz olduğu ancak yeterli sıvı alımı sağlanmazsa ölüm sürecinin hızlanacağı açıklanmalıdır. Klinik destekli sıvı yönetimine başlamadan önce terminal dönemdeki kişi ve yakınları tarafından herhangi bir endişeleri olup olmadığı belirlenmeli, kişiye özel bir yaklaşımla dikkatli davranılmalıdır. Kişiye özel bakım verirken; yaşam sonu dönemdeki hastanın bilinç düzeyi kontrol edilmeli, kültürel, ruhsal ve dini inançları doğrultusunda sıvı tedavisini tercih etme, reddetme hakkının olduğu belirtilmeli, herhangi bir yutma güçlüğüne olup olmadığı, susuzluk düzeyi, pulmoner ödem riskinin olup olmadığı belirlenmelidir (NICE 2015). Yaşam sonu dönemdeki kişilerde susuzluk, dehidratasyon ya da oral sıvı yetersizliği sebebiyle deliryum gibi psikojenik

rahatsızlıklar gelişebilir. Bu durumda klinik destekli tedavi edici sıvı tedavisi uygulanmalıdır. Yaşam sonu dönemdeki hastalara klinik destekli sıvı tedavisi uygulanırken; kişi dehidratasyon belirti ve bulgularındaki değişikliklerin belirlenebilmesi için en az 12 saatte bir monitöre bağlanmalı, tedavinin yarar veya zararları belirlenmeli, klinik sonuçlara göre devam edilmelidir. Kişide sıvı yüklenmesi ya da olası zarar belirtileri görülürse klinik destekli sıvı durdurulur. Terminal dönemdeki hasta için terminal süreç hızlandığında sıvı desteğini durdurmak doğru değildir (NICE 2015).

Yaşam sonu dönemdeki yetişkin bireyde klinik destekli sıvı sağlamanın bireye etkisini belirlemeye ilişkin kanıt düzeyleri aşağıda verilmektedir.

Tablo 4. Klinik Destekli Sıvı Tedavisinin Yaşam Sonu Süreçteki Bireye Etkisini Belirleyen Kanıt Düzeyleri

Klinik Destekli Sıvı Vermenin Terminal Süreçteki Bireye Etkisi	Klinik Kanıt Düzeyi
Sedasyon Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Ödem Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Plevral Efüzyon Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Ölümden Önceki Son Bir Haftada Kandaki Üre Ve Kreatinin Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Ölümden Önceki Haftalarda Kandaki Sodyum Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Bulantı Üzerine Etkisi	Çok Düşük
Yaşam Kalitesine Olumlu Etkisi	Düşük
Anksiyete De Azalma Üzerine Etkisi	Düşük
Ağrıdanın Azalması Üzerine Etkisi	Düşük
Sedasyon Da Azalma Üzerine Etkisi	Düşük
Dispne De Azalma Belirtilerine Etkisi	İlımlı
İştahsızlıkta Azalma Belirtilerine Etkisi	İlımlı
Deliryumda Azalma Belirtisine Etkisi	İlımlı

Kaynak: NICE 2015

Farmakolojik Girişimler

Palyatif bakımda, tanı testleri ve hastanın acı çekmesine neden olabilecek girişimler minimale indirilir. Hastalar acıkırsa ve bir şeyler yemek isterlerse yer, susarlarsa su içerler, sıvı ve yiyecek alması için zorlanmazlar. Bireyselleştirilmiş bakım uygulanır ve bakım hasta ile ailesinin amaçlarına temellenir. Temel hedef ağrı ve diğer semptomların ortadan kaldırılmasıdır. (Olgun 2014). Yaşam sonu dönemdeki hastanın semptom yönetiminde yüksek kalitedeki bakımın önemli bir parçası, farmakolojik yöntemlerin kullanılmasıdır. Örneğin; ağrı yönetiminde ya da solunum sıkıntısı ile baş etmede yaşam sonu dönemdeki kişinin mevcut olan ilaçları gözden geçirilmeli ve bu kişinin yaşam sonu sürecinin hızlandığı fark edildiğinde önceden belirlenmiş ilaçlar durdurulup, yeni durumla ilgili hastaya fayda sağlayacak, zarar vermeyecek yeniden yapılandırılmış bir ilaç yönetimine girilmelidir (Wilson ve ark. 2015). Yaşam sonu dönemdeki kişinin semptom yönetimini sağlamada ilaç kullanımını sağlamada ortak bir karar sağlanmalıdır. Semptomların olası nedenleri, ilacın yararları ve zararları yanında yaşam sonu dönemdeki kişinin tercihleri, kişiyi ilacı

seçmeye yönelten bireysel ya da kültürel faktörler, semptom yönetimi için başka ilaçların alınmasının gerekli olup olmadığı, alınan ilacın herhangi bir risk durumu (örneğin; bulantı ve kusmayı yönetmek için alınan ilaç, kalp yetmezliğini şiddetlendirebilir), kişinin güvenli yutma kabiliyetleri ve tercihleri değerlendirilmelidir. Kişi oral ilaç alımını tolere edemiyorsa farklı yolla verilebilir. yaşam sonu dönemdeki hastada; ilacın kas içi enjeksiyonundan kaçınmak, cilt altı ya da damar içi enjeksiyon yoluyla verilmesine öncelik vermek gerekir. 24 saat içinde 2 veya 3 doz halinde verilecek olan ilaçların sürekli semptom kontrolünün sağlanabilmesi için sürekli infüzyon pompası ile verilmesi gerekir. İlaçların verilmesine öncelikle en düşük dozdan başlanılır daha sonra gerekirse kademeli olarak doz yükseltilir. Yaşam sonu dönemdeki kişinin, tedavisi sırasında verilen ilaçlarının düzenli olarak günlük titrasyonu değerlendirilmeli ve sonuca göre doz yeniden belirlenmelidir. yaşam sonu dönemdeki kişide sedasyon sağlayacak ilaç uygulamalarında istenmeyen yan etkiler görülürse derhal uzman bir kişiden palyatif bakım desteği alınmalıdır (nice 2015).

Ağrı Yönetimi

Yaşam sonu dönemdeki kişide ağrı yönetiminde öncelikle farmakolojik olmayan bir baş etme yöntemi düşünülmelidir. Yaşam sonu dönemdeki hastada ağrının tespit edilmesi halinde, derhal ve etkili bir şekilde ağrı yönetimi sağlanmalıdır. Öncelikle idrar retansiyonu gibi ağrıya neden olabilecek herhangi bir durumun tespit edilmesi ve ağrıya sebep olan bu rahatsızlığın tedavi edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Yaşam sonu dönemdeki kişinin ağrı seviyesi değerlendirilmeli ve ağrı yönetimi için ilaç reçete edilirken mevcut olası tüm nedenler değerlendirilmelidir (NICE 2006). Yaşam sonu dönemdeki kişinin ağrı yeri, şiddeti, süresi, ağrı zamanı, elde edilen veriler doğrultusunda değerlendirilmeli ve bu verilere yönelik ağrı yönetim ilkeleri uygulanmalıdır. Kişinin efektif demans veya öğrenme güçlüğü durumu varsa, bu kişilerin ağrı durumlarını açıklamaları mümkün olmadığı için, ağrı durumunu değerlendirmede davranışsal ağrı değerlendirme yöntemi kullanılmalıdır (NICE 2015). Ağrıyı azaltmak amacı ile yapılan tedavide opioid ilaçlar kullanılırken, hastada rahatsız edici yan etkiler ortaya çıkarmadan ağrıyı azaltan doz, doğru ilaç dozu olarak kabul edilir (Olgun 2014).

Solunum Sıkıntısı Ve Sekresyon Yönetimi

Yaşam sonu dönemdeki kişinin nefes darlığı nedenleri (örneğin; pulmoner ödem veya plevral efüzyon vb.) belirlenmeli ve bu nedene yönelik bakım planlanmalıdır. Yaşam sonu dönemdeki kişinin solunum sıkıntısına müdahalede öncelikle farmakolojik olmayan baş etme yöntemlerine başvurulmalıdır (Hugel ve Ark. 2006). Solunum sıkıntısı ile karşılaşıldığında rutin oksijen desteğine başlanmamalı, sadece bilinen veya klinik hipoksemi olduğundan şüphelenilen kişilere oksijen destek tedavisi sunulmalıdır. İlaç tedavilerinin uygulandığı 12 saat içerisinde solunum sekresyonlarına yönelik sıkıntı hala değişmeksizin devam ediyor ise, ilaçların durdurulması ya da değiştirilmesi yöntemine başvurulmalıdır (ilaçların etkisini gösterebilmesi için 12 saat kadar süre geçmesi gerekebilir) (Matsunuma Ve Ark. 2014).

Bulantı Ve Kusma Yönetimi

Yaşam Sonu Dönemdeki Kişide Oluşan Bulantı Veya Kusma Olası Nedenleri; Mide Bulantısı Ve Kusmaya Neden Olacak Bazı İlaçların Kullanımı, Kemoterapi Veya Radyoterapi Tedavisi, Psikolojik Veya Biyokimyasal Nedenler, İntrakraniyal Basınç Artışı, Gastrointestinal Motilite Bozukluğu, İleus Veya Bağırsak Tıkanması Olabilir. Terminal Dönemdeki Hasta İle Bulantı-Kusma Tedavi Seçenekleri Tartışılmalıdır. Hastada Mide Bulantısı Ve Kusma Tedavisinde Öncelikle Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin (Hastaya Gevşeme Yöntemleri, Derin Soluk Alıp- Verme Egzersizleri, Kendini Telkin Etme, Dikkatini Başka Alanlara Yönelme Yaklaşımları) Düşünülmesi, Karar Verilen İlacın Olası Yan Etkileri Bilinmesi Ve Ona Yönelik Gözlem Yapılması Gerekir. Hastada İstenen Etkiler Belirlenir Ve Hasta Üzerinde Gözlemlenir. İlacın Diğer İlaçlarla Birlikte Uyumluluğu Ve Etkileşimleri Bilinmelidir (Wilson 2015).

Anksiyete, Deliryum Ve Ajitasyon Yönetimi

Yaşam sonu dönemdeki kişi ve yakınları ile birlikte, ajitasyon, anksiyete ya da deliryumun olası nedenlerini tartışılmalıdır. Bazen ağrı, istem dışı idrar kaçırma ve defekasyonun yapılması gibi nedenlerle yaşanan izolasyonun da ajitasyona sebep olabileceği unutulmamalıdır. Terminal dönemdeki kişide ajitasyon, anksiyete ve deliryum gibi durumlarda öncelikle farmakolojik olmayan baş etme yöntemleri düşünülmelidir (NICE 2006, NICE 2010). Hiponatremi gibi bazı elektrolitlerin eksikliği ya da fazlalığı sebebiyle de endişe ya da deliryum gibi psikolojik rahatsızlıkların gelişebileceği unutulmamalıdır. Bu durumda öncelikle bu eksiklikler yerine konulmalıdır. anksiyete veya ajitasyon yönetimi için benzodiazepin türevi ilaç kullanımı düşünülebilir (nice 2010). Deliryum veya ajitasyon yönetimi için antipsikotik ilaç kullanımı düşünülebilir. ajitasyon veya deliryumun antipsikotik tedavisi istenmeyen sonuçlara neden olursa, tedavi sedasyona yanıt vermezse veya yaşam sonu dönemdeki kişinin ajitasyon ya da deliryum tanısı belirsiz ise bir uzman tavsiyesi alınmalıdır. Her seferinde hemşirelik tanı ve girişimlerinin tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir (Candy ve Ark. 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bireyler yaşamlarının sonuna yaklaşırken, bakım amaçları ve tedavi öncelikleri genellikle değişiklik gösterir. Yaşam sonu bakımda bireyin fonksiyonelliğini desteklemek, acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak hedeflenir. Yaşam sonu dönemdeki kişi ve yakınları ile saygı çerçevesinde iletişim kurularak alınan kararlar paylaşılır ve bakım süresince istenmeyen yan etkilere sebep olmadan, kanıt düzeyinde bakım verilerek kişinin konfor ve onuru korunmaya çalışılır. Sürekli ölümcül hastaya bakım verseler ve sık sık ölüme tanık olsalar bile, hemşireler için her bir hasta ve her bir ölüm olayı benzersiz ve keder vericidir. Yaşamın son dönemdeki bireylerin bakımında kaliteli bakımı sağlamalarında kanıtlanmış uygulama önerileri hemşirelere yol gösterici olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abbott Kh, Sago Jg, Breen Cm, Et Al. Families Looking Back: One Year After Discussion Of With Drawal Or With Holding Of Life-Sustaining Support. *Critical Care Medicine*. 2001; 29(1):197-201.
- Anderson Wg, Arnold Rm, Angus Dc Et Al. Post Traumatic Stres And Complicated Grief in Family Members Of Patients in The İntensive Care Unit. *J Gen Intern Med* 2008;23:1871-6.
- Abarshi E, Ehteld M, Donker G, Et Al. Discussing End-Of-Life Issues in The Last Months Of Life: A Nation Wide Study Among General Practitioners. *Journal Of Palliative Medicine*. 2011; 14(3).
- Back In, Jenkins K, Blower A, Et Al. Study Comparing Hyoscine Hydrobromide And Glycopyrrolate in The Treatment Of Death Rattle. *Palliative Medicine*. 2001; 15(4):329-336.
- Boot M, Wilson C. Clinical Nurses Pecialists Perspectives on Advance Care Planning Conversations: A Qualitative Study. *International Journal of Palliative Nursing*. 2014; 20(1):9-14.
- Borasio Gd. Translating The World Health Organization Definition of Palliative Care Into Scientific Practice. *Palliat Support Care* 2011;9:1-2.
- Candy B, Jackson Kc, Jones L, Et Al. Drug Therapy For Symptoms Associated With Anxiety in Adult Palliative Care Patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.: John Wiley&Sons, Ltd. 2012;(10):1-20.
- Çavdar İ. Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi* 2011;26:142-7.
- De Jonge Ke, Sulmasy Dp, Gold Kg Et Al. The Timing of Do-Not-Resuscitate Orders And Hospital Costs. *J Gen Intern Med* 1999;14:190-2.
- Dicenso, A. Cullum, N. Ciliska, D. Implementing Evidence-Based Nursing: Some Misconception 1998.
- Emanuel Ej, Ash A, Yu We Et Al. Managedcare, Hospiceuse, Site Of Death, And Medical Expenditures in The Last Year Of Life. *Arch Intern Med* 2002;162:1722-8.
- Fadıoğlu Ç, Aksu T. İyi Ölüm Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenirligi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013; 29: 1-15.
- Fields A, Finucane Am, Oxenham D. Discussing Preferred Place Of Death With Patients: Staff Experiences in A Uk Specialist Palliative Care Setting. *International Journal Of Palliative Nursing*. 2013; 19(11):558-565.
- Heidrich De. The Dying Process. Kuebler Kk, Heidrich De, Eds. *Palliative&End Of Life Care: Clinical Practice Gündelines*. 2 Nd Ed. St Louis: Saunders Elsevier, 2007. 33-44.
- Heyland Dk, Rocker Gm, Dodek Pm Et Al. Family Satisfaction With Care in The Intensive Care Unit: Results Of A Multi Plecenter Study. *Crit Care Med* 2002;30:1413-8.
- Hugel H, Ellershaw J, Gambles M. Respiratory Tract Secretions in The Dying Patient: A Comparison Between Glycopyrronium And Hyoscinehydrobromide. *Journal Of Palliative Medicine*. 2006; 9(2):279-284.
- Kumagai Y, Maekawa A, Abe M. Prognostic Items For The Last 10 And 3 Days of Life Of Cancer Patients At Home. *Cancer Nursing*. 2012; 35(5):390-396.
- Kabalak Aa, Kahveci K, Gökçınar D, Et Al. Structuring of Palliative Care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey: 2012-2013. *J Palliat Care Med* 2013;3:162.
- Kocaman G. Hemşirelikte Kanıtı Dayalı Uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 5(2):61-9.

- Kabalak Aa, Ozturk H, Çağlı H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11:56-70.
- Matsunuma R, Tanbo Y, Asai N, Et Al. Prognostic Factors in Patients With Terminal Stage Lung Cancer. Journal Of Palliative Medicine. 2014; 17(2):189-194.
- Mullhal, A. Ebn Notebook. Nursing, Research And The Evidence. Evidence Based Nursing,1998; 1 (1): 4-6.
- Morrison Rs, Penrod Jd, Jassel Jb Et Al. Cost Savings Associated With Us Hospital Palliative Care Consultation Programs. Arch Intern Med 2008;168:1783-90.
- National Collaborating Centre For Mental Health. Dementia: The Nice-Scie Guideline On Supporting People With Dementia And Their Carers İn National Clinical Guideline Centre. Health And Social Care. Nice Clinical Guideline 42. London. Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society, 2006. Available From: [Http://www.Nice.Org.Uk/Cg42](http://www.nice.org.uk/Cg42)
- National Clinical Guideline Centre. Delirium: Diagnosis, Prevention And Management. Nice Clinical Guideline 103. London. National Clinical Guideline Centre, 2010. Available From: [Http:// Guidance. Nice. Org.Uk/ Cg103](http://guidance.nice.org.uk/Cg103)
- National Institute For Health And Clinical Excellence. The Guide Lines Manual. London: Care Of Dying Adults İn The Last Days of Life; 2015. Available From: [Http://Publications.Nice.Org.Uk/The-Guidelines-Manual-Pmg6/](http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-pmg6/)
- Olgun N. Ölüm Ve Ölüme Yaklaşan Hastaya Yaklaşım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, Editörler. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. 211-219.
- Özgül N, Gültekin M,Koç O, Et Al. Turkish Community-Based Palliative Care Model: A Unique Design. Ann Oncol 2012;23:76-8.
- Özgüroğlu M. Terminal Donemdeki Kanser Hastasına Yaklaşım: Hospice Ve Palyatif Bakım. Klinik Gelişim 2004; 17: 1-2.
- Riley Gf, Lubitz Jd. Long-Term Trends İn Medicare Payments in The Last Year of Life. Health Serv Res 2010;45:565-76.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Et Al. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. J Pain Symptom Manage. 2002;24:91-6.
- Seymour J, Almack K, Kennedy S. Implementing Advance Care Planning: A Qualitative Study of Community Nurses' Views And Experiences. Bmc Palliative Care. 2010; 9:4
- Truog Rd, Cist Af, Bracket Se Et Al. Recommendations For End-Of-Life Care in The Intensive Care Unit: The Ethics Committee of The Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001;29:2332-48.
- Uzuncu Hb, Buyruk H, Alnak E, Ve Ark. Yoğun Bakımda Yapılacak Bir Şeyi Kalmayan Kanserli Terminal Donem Hastalara İnsanca Bakım Önerisi. Cumhuriyet Tıp Derg 2013;35:143-51.
- Weissman De, Meier De. Identifying Patients in Need of A Palliative Care Assessment in The Hospital Setting: A Consensus Report From The Center to Advance Palliative Care. J Pallia Med 2011;14:17-23.
- Wilson E, Morbey H, Brown J,Et Al. Administering Anticipatory Medications in End-of-Life Care: A Qualitative Study of Nursing Practice in The Community And in Nursing Homes. Palliative Medicine. 2015; 29(1):60-70.
- Yılmaz M. Hemşirelik Bakım Hizmetinin Kalitesini Geliştirme Yolu Olarak Kanıtı Dayalı Uygulama. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1):41-8.

Youngblut, J.M. Broton, D. Evidence- Based Nursing Practice: Why is It Important. Aacn, 2001; 12 (4): 468-476.

Zhang B, Wright Aa, Huskamp Ha Et Al. Health Care Costs in The Last Week of Life: Associations With End-of-Life Conversations. Arch Intern Med 2009; 169:480-8.

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

SON KONTROL LİSTESİ

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

Başlık Sayfası

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

Özet Sayfası

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

Ana Metin

- 10. Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanıldı.
- 11. Gramer ve yazım kurallarına uyuldu.
- 12. Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarına Türkçe eşanlamlılarına yer verildi.
- 13. Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi.
- 14. Araştırma makalelerinde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı.
- 15. Derleme makaleler giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak uygun bir sonuç anlatımıyla bağlantılı bir şekilde sunuldu.
- 16. Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul izin yazısı eklendi.

Kaynaklar

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

Tablo ve Resimler

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

Tüm Makale

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

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....

.....

.....

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

Yazar/ Yazarlar

İmza

Tarih

DERGİ YAZIM KURALLARI

Yayının Kabulü: Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, derginin resmi sitesi olan <http://dergipark.gov.tr/egehemsire> linki aracılığıyla editörlüğe gönderilecektir. Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret ya da karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı kurum adresleri ve e-mail adresleri eklenerek gönderilecektir.

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

BAŞLIK SAYFASI

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

ÖZET SAYFASI

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

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

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

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

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

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

DERGİNİN YAYIN DİLİ

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

METİN:Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşımalıdır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KAYNAK KULLANIMI

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

Örnekler

(Graydon 1988), depresyonun...

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

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

.....saptanmıştır (Graydon 1998).

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

Ancak cümle başlangıcında kullanırken kullanım şekli aşağıdaki gibi olmalıdır;

Sarna ve Mc Corkle araştırmalarında(1996).

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

Birden çok yazar aynı anda gösterileceği zaman, aynı parantez içinde virgülle ayrılarak gösterilmelidir. Kaynaklar tarih sırasına göre sıralanmalıdır. (Argon 1992, Karadakovan 1997).

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

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

Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler

Dergi Makalesi

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

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

Dergi Eki (Supplement)

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

Kitap:

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

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

Yabancı Dilde Yayınlanan Kitaplar için:

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

Kitap Bölümü:

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

Kitap Çevirisi:

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

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

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

Yazar ve Editörün Aynı Olduğu Kitaplar

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

Yazar Adı Olmayan Yayınlar

(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):

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

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

Yayınlanmamış Tez

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

Basılmamış Yayınlar

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

İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa:

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

- Lee DS, Austin PC (November 19, 2003). Predicting mortality. The Journal of the American Medical Association, 290(19): 2581-2587. Retrieved November 23, 2003, from <http://jama.ama-assn. rg/cgi/content/abstract/290>.

Yayın resmi yayın olarak gösterilecekse;

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

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

YAZAR İNDEKSİ

<u>Yazar</u>	<u>Sayı-Sayfa</u>
Şimşek Mizgin	1:1-25
Çonoğlu Gülsüm	1:1-25
Orgun Fatma	1:1-25,2:30-43, 2:44-54
Karaveli Selda	1:26-35
Y.v.Giersbergen M.	1:26-35, 118-132;179-191
Ç.Umar Dilek	1:26-35
Alan Sümevra	1:36-53
Çalışkan Nurcan	1:36-53
Tuncer Metin	1:54-65
Khorshtd Leyla	1:54-65
Çam Olcay	1:66-78;3:89-102
Yalçiner Nihal	1:66-78
Demir Betül	1:66-78
İnce Şengül	1:66-78
Koçoğlu Züleyha	1:66-78
Sağlam Büşra	1:66-78
Eşer İsmet	1:79-90
Çetin Perihan	1:79-90
Orkun Nilay	1:79-90
İ.Paşalak Şeyma	1:91-108
Eroğlu Kafıye	1:91-108
Akyüz Aygül	1:91-108
Erdem Hatice	1:109-117
Sarı Dilek	1:109-117
S.Özsayın Fatma	1:118-132
G.Öztürk Gizem	2:1-14
Ezer,L.Eylül	2:15-22
Dolgun Eda	2:15-22
Demirdağ Hatice	2:23-29
Yılmaz Mine	2:23-29
Gündüz Oğuzhan	2:23-29
Şavgar Ceren	2:30-43
Özçakır Özgül	2:30-43
Ay Nildeniz	2:30-43

<u>Yazar</u>	<u>Sayı-Sayfa</u>
Akçakoca Berna	2:30-43
Özbayır Türkan	2:44-54
Taşdemir Nurten	2:44-54
Uyar Mehmet	2:44-54
Çankaya Gülay	2:44-54
Diñçaslan Gülin	2:44-54
Bilge Ayşegül	2:55-63;3:14-23
Uğuryol Merve	2:55-63
Dülgerler Şeyda	2:55-63
Yıldız Mustafa	2:55-63
K.Eşer Akile	2:64-76
Doğan E.Nevin	2:64-76
Kav Sultan	2:64-76
Bulut Yasemin	2:64-76
Demir Rukiye	2:77-88
Taşpınar Ayten	2:77-88
Zengin Dilek	2:89-97
Yardımcı Figen	2:89-97
Başbakkal Zümrüt	2:89-97
Hançerlioğlu Sadık	2:98-111
Yıldırım Yasemin	2:98-111,131-139
Ş.Aykar Fisun	2:98-111, 131-139
Kalav Simge	2:112-130
Bektaş Hicran	2:112-130
Uzşen Hatice	2:131-139
Şenol Selmin	3:1-13
A.Sevgili Seda	3:1-13
Kekeç Betül	3:1-13
Beğli Yağmur	3:14-23
Yılmaz Dilek	3:14-23
Manas Gizem	3:14-23
Korkmaz Yasemin	3:14-23
Tiryaki Öznur	3:24-33;34-44
Çınar Nursan	3:24-33;34-44;141-147
Erbay Elif	3:34-44

<u>Yazar</u>	<u>Sayı-Sayfa</u>
Topal Öznur	3:34-44
K.Şimşek Aynur	3:45-62
Şimşek Tahsin	3:45-62
E.Alpar Şule	3:45-62
Zaybak Ayten	3:63-72
Ergin Eda	3:63-72
A.Kundakçı Gamze	3:73-88
Yılmaz Medine	3:73-88
Özmen M.Kaan	3:73-88
B.Ekitli Gizem	3:89-102
Dökmetaş T.Büşra	3:89-102
Mercan Nazgül	3:89-102
Düzgün Gönül	3:103-118
Karadakovan Ayfer	3:103-118
S.Kasar Kadriye	3:119-127
Yıldırım Yasemin	3:119-127
Özer Serap	3:119-127
Başlı Mükerrerem	3:128-140
Aksu Hilmiye	3:128-140
K.Suzan ÖZGE	3:141-147
Okur Elif	3:148-156
Hintistan Sevilay	3:148-156
Sönmez Münevver	3:157-168
Y.Güneş Ülkü	3:157-168
İlkaz Neslihan	3:169-178
Taştan Sevinç	3:169-178
İyigün Emine	3:169-178
Olgun Şule	3:179-191
Y.v.Giersbergen M.	3:179-191

KONU İNDEKSİ

Hemşirelik Eğitiminde Kazandırılması
Planlanan Temel Hemşirelik Becerilerinin
Değerlendirilmesi
34(1);1-25, 2018

Cerrahi Hemşirelerinin Ameliyat Öncesi
Aç Kalma İle İlgili Uygulama ve Bilgi
Düzeyi
34(1);26-35, 2018

Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin
İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına
İlişkin Bilgi Düzeyleri
34(1);36-53,2018-12-21

Obez Bireylerde Pozisyonların Oksijen
Saturasyonuna Etkisi
34(1);54-65,2018

Öğrenci Hemşirelerde Profesyonel
Benlik Kavramı ve Etkileyen Faktörler
34(1);66-78,2018

Yoğun Bakım Birimlerinde Çalışan
Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve
Uygulamalara İlişkin Görüşleri
34(1);79-90, 2018

Kadın Sağlığı Hemşireliği Alanında
Yapılan
Araştırmalarda Kuram/Model Kullanımı
34(1); 91-108,2018

Sanal Gerçeklik Devrimi: Hemşirelik
Eğitiminde Değişen Teknoloji
34(1);109-117,2018

Hemşireler İçin Güvenli-Etkin İstihdamın
Geliştirilmesi, Sürdürülmesi ve İş Yükü
Planlamalarında Kanıt Temelli
Uygulamalar
34(1); 118-132,2018

Ebelerin İntrapartum Lavman Uygulaması
Hakkında Görüş ve Deneyimleri: Nitel Bir
Araştırma
34(2);1-14,2018

Öğrencilerin Meme Kanseri Risk
Faktörleri
Yönünden İncelenmesi
34(2);15-22,2018

Bir Devlet Hastanesinde Kesici Delici Alet
Yaralanma Sıklığı ve Kök Neden Analizi
34(2);23-29,2018

Öğrenci Hemşirelerin Entegre
Sisteminden
Memnuniyetlerinin İncelenmesi
34(2);30-43,2018

Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı İzlemi: Klinik
Pilot Çalışma
34(2)44-54,2018

Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya
Yönelik
Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi
34(2);55-63,2018

Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde
Hasta
Uyumunun Değerlendirilmesi
34(2);64-76,2018

Kadın Sağlığının Korunmasında Kegel
Egzersizlerinin Önemi ve Ebelik
Yaklaşımı
34(2);77-88,2018

Çocuk Yaşta Yapılan Evliliklerin Toplum
Sağlığına Etkisi
34(2);89-97,2018

Son Dönem Karaciğer Hastalıklarında
Palyatif

Bakım ve Semptom Yönetimi
34(2);98-111,2018

Romatoid Artritte Semptom Yönetimi ve
Hemşirelik
34(2);112-130, 2018

Hikaye Teorisi: Kalp Nakli Olan Çocuk
Hasta
34(2);131-139,2018

Öğrencilerin Hemşirelik Eğitiminde Akreditasyon Konusundaki Görüşleri
34(3); 1-13,2018
Üniversite Öğrencilerinde Patolojik İnternet ve Oyun Kullanımının İncelenmesi
34(3);14-23, 2018
Pulse Oksimetredeki Çocuk Hasta Bakımı ile İlgili Çocuk Hemşirelerinin Bilgi Durumu
34(3);24-33, 2018
Annelik Deneyimi İle Çocuk Sevme Düzeyi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
34(3);34-44, 2018
Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Preoperatif Eğitimin : Postoperatif Dönemde Anksiyete ve İyileşme Süreci Üzerine Etkisinin İncelenmesi
34(3);45-62, 2018
Hemşirelerin Kan Şekeri Ölçüm Yöntemleri ile İlgili Gözlemsel Bir Çalışma
34(3);63-72, 2018
Yaşlılarda Düşme ve Düşmeye İlişkin Özelliklerin İncelenmesi
34(3);73-88,2018
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi
34(3);89-102, 2018
Palyatif Bakımda Kanser Rehabilitasyonu ve Hemşirelik Bakımı
34(3);103-118, 2018
Rehabilitasyon Hemşireliğinde Hortikültürel Terapi
34(3);119-127
Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım
34(3);128-140, 2018
Yenidoğan Cildi ve Verniks Kazeozanın Bebeğe Faydaları
34(3);141-147, 2018

65 Yaş ve Üzerindeki Bireylerde Aşılama Programları ve Hemşirelik
34(3);148-156, 2018
Topikal Uygulamada Zeytinyağının Etkinliği
34(3); 157-168,2018
İleus Ön Tanısıyla İzlenen ve Kolostomi Açılan Hastanın Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Hazırlanan Hemşirelik Bakımı
34(3);169-178, 2018
Kanıtı Dayalı Uygulamalar: Yaşam Sonu Dönemde Yetişkin Bireyin Hemşirelik Bakımı
34(3);179-191,2018