

EDİTÖRDEN

Bumin Nuri DÜNDAR

ARAŞTIRMALAR

Bir Eğitim-Araştırma Hastanesinde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeyinin Belirlenmesi ve Hemşire Sayısının Hesaplanması
Determination of Dependency Levels of Patients in A Training-Research Hospital and Calculation of Nurse Count
Yeliz AKATIN, Meltem ÜNLÜ, Leyla Emine BİLİR, Şenay DEMİR, Sevginar ŞENTÜRK, Özge UZUN
Murat ÇOLAK, Ahmet GÜCÜ, Fadime KAÇAR

1-6

Genç Sağlıkçılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi
Assessment of Healthy Life Style Behavior Scale According to Body Mass Indexes in Young Healthcare Providers
Belde KASAP DEMİR, Sevginar ŞENTÜRK, Mehmet KIRKALI, Ayşe ATAK, Ayşegül DÖNMEZ

7-11

Senaryo-Temelli Simülasyon Yönteminin Öğrencilerin Öz-Etkinlik Algı Düzeyleri Üzerindeki Etkisi
Effect of Scenario-Based Simulation Method on Self-Efficacy Perception Levels of Students
Esra AKIN KORHAN, Ayşe AKBİYYIK, Merve KIRŞAN, Emre NAMIK, Derya UZELLİ YILMAZ, Burcu CEYLAN, Yasemin TOKEM

13-17

Ankilozan Spondilit Hastalarında Hastalığa Özgü İndeksler, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
The Investigation of The Relationship Between Disease Specific Indexes, Fatigue and Quality of Life in Ankylosing Spondylitis Patients
Yasemin ACAR, Gerçek CAN, Nursen İLÇİN

19-23

DERLEME

Holistik Hemşirelik Bakımı
Holistic Nursing Care
Sevda KORKUT BAYINDIR, Sevil BİÇER

25-29

Diyabetin Komplikasyonlarından Korunmak İçin Tanı, Tedavi ve İzlem
Diagnosis, Treatment and Monitoring to Protect from Diabetes Complication
Nermin EROĞLU

31-33

OLGU SUNUMU

İnmeli Hastada Palyatif Bakım: Olgu Sunumu
Palliative Care in Patient with Stroke: Case Report
Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI, Begüm EŞ

35-39



BÜLTEN

Topluma Hizmet Projeleri Ödül Günleri I

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Topluma Hizmet Ödülleri sahiplerini buldu. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin öğretim üyelerinin gözetiminde projelendirdiği ve gerçekleştirdiği, sosyal sorumluluk projelerinin jüri önünde değerlendirildiği ve ödüllendirildiği Topluma Hizmet Projeleri Ödül Töreni 24 Aralık 2018 tarihinde gerçekleştirildi.

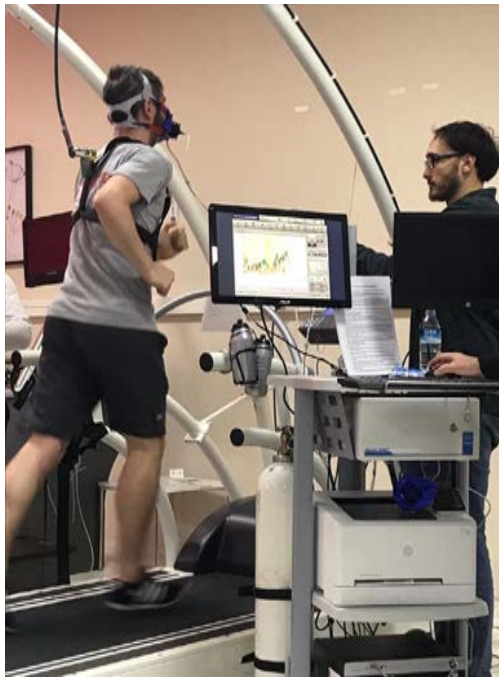
Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinin projelerini sunduğu ödül töreninde toplam 19 proje değerlendirmeye alınarak en başarılı ilk üç proje jüri üyeleri tarafından belirlendi. Birincilik ödülünü Çiğli bölgesindeki Asarlık ilköğretim okulunun bahçe duvarlarını çizgi film karakterleri ile renklendirerek öğrencilerin mutlu olmaları sağlamak, okula olan ilgi, sevgi ve motivasyonlarını arttırmak amacıyla yapılan **“Renkli Dokunuşlar”**, ikincilik ödülünü 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı etkinliği ile Menemen Devlet Hastanesi’nde yatmakta olan hasta çocuk ve ailelerinin eğlenceli vakit geçirmelerini ve bir an için bile olsa acılarından uzaklaşmaları sağlamak amacıyla yapılan **“Kahramanın Kadar Güçlüsün”** üçüncülük ödülünü ise İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi’nde **“Ya duymasaydık! Ya görmeseydik”** etkinliği ile engelli bireylerin günlük hayatta karşılaşmış olduğu sorunlarla ilgili farkındalık oluşturmak amacıyla **“Bir Ses Ver”** adlı hemşirelik bölümü öğrencilerinin hazırladığı projeler kazandı. Dereceye giren öğrencilere ödülleri Prof. Dr. Turan Gökçe tarafından verildi.



BÜLTEN

İKÇÜ'de, Sporcularda Egzersiz Testi Eğitimi Çalıştayı'ı

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü tarafından düzenlenen 'Sporcularda Egzersiz Testi Eğitimi Çalıştayı' yoğun bir katılımı gerçekleştirildi. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı Doç. Dr. Derya Özer Kaya, yaptığı açış konuşmasında fizyoterapinin uygulamalı bir alan olduğunu, lisans ve lisansüstü eğitim ile dünya standartlarında fizyoterapist yetiştirmeyi arzuladıklarını söyledi. Çalıştayı farklı üniversitelerden yaklaşık 200 akademisyen ile öğrenciler takip etti. İlk test Türkiye Triatlon Şampiyonu Bilge Ece Seyhan'a yapıldı. Sporculara özel egzersiz testi cihazları İKÇÜ'de kullanılmaya başlandı.



BÜLTEN

Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Proje Hazırlama Eğitimi

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin, Proje Genel Koordinatörlüğü ve Erasmus Öğrenci Topluluğu işbirliğiyle gerçekleştirdiği "Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Proje Hazırlama Eğitimi" 10.01.2019 tarihinde İKÇU Merkez Konferans Salonunda gerçekleştirildi. Toplantıya, İKÇU Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Adnan Kaya, SBF Dekanı Prof. Dr. Bumin Nuri Dünder, İKÇUSEM Müdürü Dr. Öğr. Üyesi Tolga Şentürk, İKÇU akademisyenleri ile İzmir'deki diğer üniversitelerden gelen akademisyenler katıldı. İKÇU İşletme Bölümünden Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin Bakay ve Bolu Valiliği AB Proje Ofisinden Uzm. İlkun Oben Eruçar, AB projelerini ve başvuru sürecini açıkladılar.



BÜLTEN

Dumansız HaYaT Paneli

20 Kasım 2018 tarihinde üniversitemiz Hareketli Yaşam Topluluğu tarafından Fakültemiz Dekanı Prof. Dr. Bumin Nuri DüNDAR, Dekan Yardımcımız Doç. Dr. Esra Akın Korhan, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı Doç. Dr. Derya Özer Kaya, Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanı Serhat Dikmen ve fakültemiz öğretim üyesi ve elamanları katılımlarıyla Dumansız HaYaT Paneli düzenlenmiştir.



BÜLTEN



Hemşirelikte Kariyer Sempozyumu

Geçmişten Günümüze Hemşirelik

Tarih: 06.03.2019 Saat: 10.00 - 17.30

**İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Hekim Hacı Paşa Konferans Salonu**

ONURSAL BAŞKANLAR

Prof. Dr. Saffet Köse / İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRÜ
Prof. Dr. Bumin Nuri Dündar / İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANI

SEMPOZYUM BAŞKANI

Doç.Dr. Esra AKIN KORHAN

DÜZENLEME KURULU

Uzman Hemşire Ebru Melek Benligül Prof. Dr. Yasemin Tokem
Doç. Dr. Gülşah Kaner Tohtak Doç.Dr. Elif Ünsal Avdal
Doç. Dr. Leyla Baysan Arabacı Dr. Öğretim Üyesi Gülay Oyar Çelik
Dr. Öğretim Üyesi Jülide Güllizar Yıldırım Dr. Öğretim Üyesi Melike Ertem
Dr. Öğretim Üyesi Derya Uzelli Yılmaz Öğr. Gör. Dilek Ayakdaş Dağlı

KONUŞMACILAR

Prof. Dr. İnci Erefe
Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu
Prof. Dr. Zeynep Conik
Prof. Dr. Aynur Türeyen
Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykar
Uzman Hemşire Ebru Melek Benligül
Hemşire Burcu Babacan
Hemşirelik Öğrencisi Deniz Cafer
İletişim:
thdizmir@gmail.com
saglikbilimleri@ikc.edu.tr

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ / TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ İZMİR ŞUBESİ



BÜLTEN



Hemşirelikte Kariyer Sempozyumu

Sağlık Tarihi Sergisi

Sağlık Bakımında Kullanılan Malzemeler

Tarih: 06.03.2019 Saat: 10.00 - 17.30

**İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Hekim Hacı Paşa Konferans Salonu**

***Hazırlayan*
Dr. Öğr. Üyesi Jülide Gülizar YILDIRIM**

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



BÜLTEN



Mim Kemal ÖKE ve Nazlıyla Yaralı Ceylanlar

Down Sendromu Günü Program Akışı

11.00 : Prof. Dr. Mim Kemal ÖKE ile Söyleşi

12.00: Anadolu Down Sendromu Derneği Ritim Grubu Gösterisi

12.30: ZİÇEV Dans Gösterisi

21 Mart 2019 Saat:11.00

Yer: Hekim Hacı Paşa Konferans Salonu

Düzenleyen: Psikoloji Topluluğu

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI (Hemşirelik Bölümü)

Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt GEDİK(Engelsiz Üniversite Koordinatörlüğü)

Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı

sks.ikc.edu.tr



BÜLTEN

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİNDE ARAŞTIRMA SEMPOZYUMU

21 - 23 MART 2019

Sempozyum 21 Mart 2019

KURSLAR 22-23 Mart 2019

- Güç Analizi Kursu
- Meta-Analiz Kursu
- Nitel Araştırmalar Kursu
- Sistematiк Derleme Kursu

www.sbarastirmasempozyumu.com

**İZMİR KATIP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZİ KONFERANS SALONU
BALATÇIK - ÇİĞLİ - İZMİR**

POLARS

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

Dergi İletişimi

Posta adresi : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çiğli Ana Yerleşkesi, 35620 Çiğli – İzmir
Web : <https://dergipark.org.tr/ikcusbfd>
Telefon : 0 232 329 35 35 / 4751 ve 4754
Faks : 0 232 325 33 57

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yayınıdır.

ISSN:2458-9799

Sahibi

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi adına
Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR

Editör

Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR

Editör Yardımcıları

(Unvana ve soyadına göre alfabetik sırayla)

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Doç. Dr. Derya ÖZER KAYA

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ONGAN

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN

Doç. Dr. Medine YILMAZ

Doç. Dr. Gülşah KANER

Dr. Öğr. Üyesi Deniz BAYRAKTAR

Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN

Dr. Öğr. Üyesi Gülay OYUR ÇELİK

Dr. Öğr. Üyesi Zehra DOĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Melike ERTEM

Dr. Öğr. Üyesi İlknur NAZ GÜRŞAN

Dr. Öğr. Üyesi Turhan KAHRAMAN

Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI

Dr. Öğr. Üyesi Sevtap GÜNAY UÇURUM

Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN

Dr. Öğr. Üyesi Julide GÜLİZAR YILDIRIM

Dr. Öğr. Üyesi Derya UZELLİ YILMAZ

Yazı İşleri Sorumlusu

Dr. Öğr. Üyesi Melike TEKİNDAL

Dergi Sekreteryası

Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN

Öğr. Gör. Ayşe BÜYÜKBAYRAM

Öğr. Gör. Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI

Arş. Gör. Esra ARDAHAN AKGÜL

Derleme ve Mizanpaj

Arş. Gör. Pınar DOĞAN

Arş. Gör. Sinem ESKİDEMİR

Arş. Gör. Gülşen IŞIK

Arş. Gör. Gülsenay TAŞ

Derginin Yayınlanması ve Web Sitesi Yönetimi

Dr. Öğr. Üyesi Turhan KAHRAMAN

Arş. Gör. İsmail AYVAZ

Dağıtım ve Yayım Destek

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet EGE

Arş. Gör. Yusuf EMÜK

Yabancı Dil Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ONGAN

Biyoistatistik Danışmanı

Doç. Dr. Ferhan ELMALI

Grafik Tasarım Danışmanları

Prof. Dr. Fikri SALMAN

Dr. Öğr. Üyesi Uğur BAKAN

Bülten

Öğr. Gör. Feyza DERELİ

Bilimsel Danışma Kurulu

Ekin AKALAN, İstanbul Üniversitesi.

Servet AKAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Gamze AKBULUT, Gazi Üniversitesi

Galip AKHAN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Saliha AKSUN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Asiye AKYOL, Ege Üniversitesi

Meltem İŞINTAŞ ARIK, Dumlupınar Üniversitesi

Gülşah GÜROL ARSLAN, Dokuz Eylül Üniversitesi

Hülya ARSLANTAŞ, Adnan Menderes Üniversitesi

Hatice TEL AYDIN, Cumhuriyet Üniversitesi

Nurcan YABANCI AYHAN, Ankara Üniversitesi

Yeşim BAKAR, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Serap BALCI, İstanbul Üniversitesi

Zümrüt BAŞBAKKAL, Ege Üniversitesi

Hatice BAŞKALE, Pamukkale Üniversitesi

Kezban BAYRAMLAR, Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Tanju BESLER, Doğu Akdeniz Üniversitesi
Ayşe BEŞER, Koç Üniversitesi
Nalan GÖRDELES BEŞER, Niğde Üniversitesi
Lütfullah BEŞİROĞLU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sevil BİLGİN, Hacettepe Üniversitesi
Özlem BİLİK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Nursen BOLSOY, Celal Bayar Üniversitesi
Sakine BOYRAZ, Adnan Menderes Üniversitesi
Satı BOZKURT, Ege Üniversitesi
Gonca Gül BURAL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Funda Pınar ÇAKIROĞLU, Ankara Üniversitesi
Hüsniye ÇALIŞIR, Adnan Menderes Üniversitesi
Mahire Olcay ÇAM, Ege Üniversitesi
Şeyda TOPRAK ÇELENAY, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Neşe ÇELİK, Osmangazi Üniversitesi
Meltem ÇETİN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Kıvanç ÇEVİK, Celal Bayar Üniversitesi
Pınar ÇİÇEKOĞLU, Çankırı Karatekin Üniversitesi
Döndü ÇUHADAR, Gaziantep Üniversitesi
Şafak DAĞHAN, Ege Üniversitesi
Numan DEMİR, Hacettepe Üniversitesi
Ayşe DEMİRAY, Düzce Üniversitesi
Tuna DEMİRDAL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Zehra BÜYÜKTUNCER DEMİREL, Hacettepe Üniversitesi
Yıldız DENAT, Adnan Menderes Üniversitesi
Derya DİKMEN, Hacettepe Üniversitesi
Yurdanur DİKMEN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Yelda Candan DÖNMEZ, Ege Üniversitesi
Şeyda DÜLGERLER, Ege Üniversitesi
Nihal OLGAÇ DÜNDAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
İrem DÜZGÜN, Hacettepe Üniversitesi
Emine EFE, Akdeniz Üniversitesi
Bülent ELBASAN, Gazi Üniversitesi
Funda ELMACIOĞLU, Marmara Üniversitesi
Aydan ERCAN, Başkent Üniversitesi
Emine ERDEM, Erciyes Üniversitesi
Gül ERGÜN, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Gül ERTEM, Ege Üniversitesi
Emine GEÇGİL, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sezer ER GÜNERİ, Ege Üniversitesi
Mehmet HACIYANLI, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Arzu İLÇE, Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Nursen İLÇİN, Dokuz Eylül Üniversitesi
Sevil İNAL, İstanbul Üniversitesi
Gözde GÖKÇE İŞBİR, Niğde Üniversitesi
Efsun KARABUDAK, Gazi Üniversitesi
Ayşe KARAKOÇ, Marmara Üniversitesi
Mağfiret KAŞIKÇI, Atatürk Üniversitesi
Oya KAVLAK, Ege Üniversitesi
Neşe KAYA, Erciyes Üniversitesi
Leyla KHORSHİD, Ege Üniversitesi
Dilek KILIÇ, Atatürk Üniversitesi
Serap PARLAR KILIÇ, Fırat Üniversitesi
Gül KIZILTAN, Başkent Üniversitesi
Yeter KİTİŞ, Gazi Üniversitesi
Ahmet KOYU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Eda KÖKSAL, Gazi Üniversitesi
Gökhan KÖYLÜOĞLU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Yasemin KUTLU, İstanbul Üniversitesi
Özge KÜÇÜKÖRÖNMEZ, Ege Üniversitesi
Hatice MERT, Dokuz Eylül Üniversitesi
Rece MESERİ, Ege Üniversitesi
Samiye METE, Dokuz Eylül Üniversitesi
Akmer MUTLU, Hacettepe Üniversitesi
Nesrin NURAL, Karadeniz Teknik Üniversitesi
Hülya OKUMUŞ, Dokuz Eylül Üniversitesi
Deran OSKAY, Gazi Üniversitesi
Nimet OVAYOLU, Gaziantep Üniversitesi
Şeyda ÖZBİÇAKÇI, Dokuz Eylül Üniversitesi
Hanife ÖZÇELİK, Niğde Üniversitesi
Ayşe ÖZFER ÖZÇELİK, Ankara Üniversitesi
Filiz ÖZEL, Kastamonu Üniversitesi
Emel ÖZER, İstanbul Bilgi Üniversitesi
Dilek ÖZMEN, Celal Bayar Üniversitesi
Kurtuluş ÖNGEL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Süheyla ÖZSOY, Ege Üniversitesi
Barış Önder PAMUK, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Özgür PİRGON, Süleyman Demirel Üniversitesi
Neslişah RAKICIOĞLU, Hacettepe Üniversitesi
Selma SABANCIOĞULLARI, Cumhuriyet Üniversitesi
Melda SAĞLAM, Hacettepe Üniversitesi
Selda SEÇGİNLİ, İstanbul Üniversitesi
Pınar SERÇEKUŞ, Pamukkale Üniversitesi
Meltem SOYLU, Nuh Naci Yazan Üniversitesi
Media SUBAŞI, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi
Habibe ŞAHİN, Erciyes Üniversitesi
Fitnat Şule ŞAKAR, İstanbul Arel Üniversitesi
Nevin ŞANLIER, Biruni Üniversitesi
Selma ŞEN, Celal Bayar Üniversitesi
Engin ŞİMŞEK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Ela TARAKÇI, İstanbul Üniversitesi
Sultan TAŞÇI, Erciyes Üniversitesi
Muhittin TAYFUR, Başkent Üniversitesi
Emine ASLAN TELCI, Pamukkale Üniversitesi
Ayfer TEZEL, Ankara Üniversitesi
Mehmet TOKAÇ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Aliye TOSUN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Mustafa TÖZÜN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Arzu TUNA, Sanko Üniversitesi
Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, Atatürk Üniversitesi
Gülengün TÜRK, Adnan Menderes Üniversitesi
Perim Fatma TÜRKER, Başkent Üniversitesi
Songül ATASAVUN UYSAL, Hacettepe Üniversitesi
Mehmet YANARDAĞ, Anadolu Üniversitesi
Meryem YAVUZ, Ege Üniversitesi
Naciye VARDAR YAĞLI, Hacettepe Üniversitesi
Sevgi Sevi YEŞİLYAPRAK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Sibel AKSU YILDIRIM, Hacettepe Üniversitesi
Meriç YILDIRIM, Dokuz Eylül Üniversitesi
Müge YILMAZ, Erciyes Üniversitesi
Ufuk YURDALAN, Marmara Üniversitesi
Hülya YÜCEL, Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Şebnem ÇINAR YÜCEL, Ege Üniversitesi
Birsen YÜRÜGEN, Okan Üniversitesi

EDİTÖRDEN

Değerli Okuyucularımız,

Dergimizin 2019 yılının ilk sayısı ile karşınızda olmaktan büyük bir mutluluk duymaktayız. Dergimiz artık 3. yılını tamamlamış, alanında dikkat çekici bir dergi haline gelmeye başlamıştır. Saygın endekslere girmek için sürdürülen çalışmalar devam etmektedir. Sizlerden gelen yayın desteğiyle dünyada kabul gören saygın endekslere en kısa zamanda gireceğimizi düşünmekteyiz.

Her zamanki gibi bu sayıda da birbirinden ilgi çekici yayınları sizlere ulaştırıyoruz.

Bu sayının ilk makalesi olan “Bir Eğitim-Araştırma Hastanesinde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeyinin Belirlenmesi ve

Hemşire Sayısının Hesaplanması” isimli çalışmada yataklı kliniklerde takip edilen hastaların bağımlılık düzeylerine göre hastanın gereksinimi doğrultusunda hemşirelik bakımı verecek hemşire insan gücü gereksinimleri incelenmiştir. Hemşire istihdamının iyi şekilde yapılandırılmasının bakım sonuçlarını olumlu yönde etkileyebileceği bildirilmiştir.

Obezite, artış gösteren bir sağlık sorunu olarak dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, sağlık alanında eğitim almakta olan öğrencilerin obezite farkındalıklarının artırılması önemlidir. “Genç Sağlıkçılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi” konulu araştırma makalesinde bu konu irdelenmiştir.

Eğitim ve öğretim faaliyetlerinin etkinliğinin artırılması için teknoloji temelli yaklaşımların kullanımı özellikle son yıllarda süratle artmaktadır. Bu yöntemlerden biri olan simülasyon uygulamasının etkinliği “Senaryo-Temelli Simülasyon Yönteminin Öğrencilerin Öz-Etkinlik Algı Düzeyleri Üzerindeki Etkisi” isimli araştırma makalesinde incelenmiştir.

Bu sayısının son araştırma makalesindeyse ankilozan spondilit hastalarının yaşam kalitesini etkileyebilecek çeşitli etkenler “Ankilozan Spondilit Hastalarında Hastalığa Özgü İndeksler, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli makale ile incelenmiştir.

“Holistik Hemşirelik Bakımı” ve “Diyabetin Komplikasyonlarından Korunmak İçin Tanı, Tedavi ve İzlem” isimli iki adet derlemede ilgili alanlarla ilgili değerli bilgiler okuyucularımızla paylaşılmaktadır.

Bu sayısının son makalesi olan “İnmeli Hastada Palyatif Bakım: Olgu Sunumu” isimli olgu sunumunda inmeli hastada palyatif bakımda dikkat edilmesi gerekenler ve bu bakımın nasıl yapılması gerektiği hakkında bilgiler sunulmuştur.

Keyifle okumanızı dilerim.

Prof. Dr. Bumin N. Dündar
Editör

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

EDİTÖRDEN

Bumin Nuri DÜNDAR

ARAŞTIRMALAR

Bir Eğitim-Araştırma Hastanesinde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeyinin Belirlenmesi ve Hemşire Sayısının Hesaplanması

Determination of Dependency Levels of Patients in A Training-Research Hospital and Calculation of Nurse Count
Yeliz AKATIN, Meltem ÜNLÜ, Leyla Emine BİLİR, Şenay DEMİR, Sevginar ŞENTÜRK, Özge UZUN, Murat ÇOLAK,
Ahmet GÜCÜ, Fadime KAÇAR

1-6

Genç Sağlıklılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

Assessment of Healthy Life Style Behavior Scale According to Body Mass Indexes in Young Healthcare Providers
Belde KASAP DEMİR, Sevginar ŞENTÜRK, Mehmet KIRKALI, Ayşe ATAK, Ayşegül DÖNMEZ

7-11

Senaryo-Temelli Simülasyon Yönteminin Öğrencilerin Öz-Etkinlik Algı Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Effect of Scenario-Based Simulation Method on Self-Efficacy Perception Levels of Students
Esra AKIN KORHAN, Ayşe AKBIYIK, Merve KIRŞAN, Emre NAMIK, Derya UZELLİ YILMAZ, Burcu CEYLAN, Yasemin TOKEM

13-17

Ankilozan Spondilit Hastalarında Hastalığa Özgü İndeksler, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

The Investigation of The Relationship Between Disease Specific Indexes, Fatigue and Quality of Life in Ankylosing Spondylitis Patients
Yasemin ACAR, Gerçek CAN, Nursen İLÇİN

19-23

DERLEMELER

Holistik Hemşirelik Bakımı

Holistic Nursing Care
Sevda KORKUT BAYINDIR, Sevil BİÇER

25-29

Diyabetin Komplikasyonlarından Korunmak İçin Tanı, Tedavi ve İzlem

Diagnosis, Treatment and Monitoring to Protect from Diabetes Complication
Nermin EROĞLU

31-33

OLGU SUNUMU

İnmeli Hastada Palyatif Bakım: Olgu Sunumu

Palliative Care in Patient with Stroke: Case Report
Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI, Begüm EŞ

35-39

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Bir Eğitim-Araştırma Hastanesinde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeyinin Belirlenmesi ve Hemşire Sayısının Hesaplanması*Determination of Dependency Levels of Patients in A Training-Research Hospital and Calculation of Nurse Count*

Yeliz AKATIN, Dr., Meltem ÜNLÜ, Hem., Leyla Emine BİLİR, Uzm. Hem., Şenay DEMİR, Hem., Sevginar ŞENTÜRK, Hem., Özge UZUN, Hem., Murat ÇOLAK, Hem., Ahmet GÜCÜ, Hem., Fadime KAÇAR, Hem.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi T.C Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Kabul tarihi/Accepted: 30.03.2018

İletişim/Correspondence:

Yeliz AKATIN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği, İzmir

E-posta: yeliznacak2012@gmail.com

II. Ulusal Hemşirelikte Yönetim Kongresi
"Uluslararası Katılımlı" Poster Bildirisi, 8-10 Aralık
2016, İstanbul

Özet

Amaç: Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesi yataklı kliniklerinde takip edilen hastaların bağımlılık düzeylerine göre hastanın gereksinimi doğrultusunda hemşirelik bakımı verecek hemşire insan gücü gereksinimini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır. Veriler hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Sistemi Skalası kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama±standart sapma?) kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmanın yapıldığı ilgili tarihlerde çalışmaya katılan kliniklerde bakım verilen toplam hasta sayısı 13906 iken, çalışan toplam hemşire sayısı 310 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kliniklerdeki yatak doluluk oranı %96.00'dir. Hastaların %16.23'ü bağımsız, %39.60'ı alt düzey bağımlı, %32.77'si orta düzey bağımlı ve %11.40'ü üst düzey bağımlı olarak tespit edilmiştir. Çocuk kliniklerinde bakım alan hastaların %42.71'inin orta düzey bağımlı, dahili kliniklerde bakım alan hastaların %37.69'unun alt düzey bağımlı, cerrahi kliniklerde bakım alan hastaların %50.37'sinin bağımsız, yoğun bakım kliniklerinde bakım alan hastaların %78.91'inin üst düzey bağımlı hastalar olduğu saptanmıştır. Hasta bağımlılık düzeylerine göre hastalara bakım verecek hemşire sayısı 380'dir. **Sonuç:** Bu çalışmada Rush Medicus Hasta Sınıflandırma sistemi kullanılarak hastaların bağımlılık düzeyleri belirlenmiştir. Kliniklere göre hastaların bağımlılık düzeyleri ve hemşire sayıları farklılık göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Rush Medicus Skalası, hemşire sayısı, insangücü, hasta bağımlılık düzeyi.

Abstract

Objective: This study was conducted to determine the nurse manpower requirement that will give nursing care according to patients' requirements based on their dependency levels of whom were followed in inpatient clinics of a Training and Research Hospital. **Material and Methods:** The study is a cross-sectional descriptive study. Data were obtained from patient records. Rush Medicus Patient Classification System Scale was used. Descriptive statistical methods (frequency, percentage, mean±standard deviation?) were used to evaluate the study data. **Findings:** While the total number of patients who were given care in the clinics participating in the study was 13906, the total number of nurses working was 310. The bed occupancy rate in the clinics participating in the study was 96.00%. Of the patients, 16.23% were independent, 39.60% were low-level dependent, 32.77% were moderate-level dependent, and 11.40% were high-level dependent. It was found that 42.71% of the patients receiving care in pediatric clinics were moderate-level dependent, 37.69% of the patients receiving care in internal clinics were lower-level dependent, 50.37% of the patients receiving care in surgical clinics were independent, 78.91% of the patients receiving care in intensive care clinics were upper-level dependent. According to patient dependency levels, the number of nurses to give care is 380. **Conclusion:** In this study, dependency levels of patients were determined by using Rush Medicus Patient Classification System. Dependency levels of patients and number of nurses vary according to the clinics.

Keywords: Rush Medicus Scale, number of nurses, manpower, patient dependency level.

Giriş

Örgütlerin verimli bir şekilde çalışabilmesi, örgütleri oluşturan insan gücünün etkili yönetilmesine ve onlardan yararlanabilme derecesine bağlıdır. Bunu sağlamak bilimsel bir temele dayanan ve örgütün özelliklerine uygun bir insan gücü planlaması ile mümkündür (Sabuncuoğlu, 2000). İnsan gücü planlaması, örgütün mevcut ve gelecekteki amaçlarını başarabilmek için, doğru zaman ve yerde, doğru nitelik ve nicelikte insana sahip olmak için giriştiği eylemlerin tümünü içerir (Özsarı, 2007). İnsan gücü planlaması, personel arzı ve ihtiyacı saptandıktan sonra bu ikisi arasındaki dengeyi kuracak stratejiler geliştirilmesi esasına dayanır (Dreesch vd., 2005).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık çalışanları; toplumun sağlık düzeyini koruyan ve geliştiren kimselerdir. Sağlık insan gücü, sağlık hizmetleri sunumundaki en önemli kaynaklardan biridir (World Health Organization [WHO], 2006). Sağlık insan gücü planlamasında önce gerekli tüm veriler toplanır, değerlendirilir ve gelecekle ilgili tahminlerde bulunularak insan gücü sayı ve niteliği ortaya çıkarılır (Bozток & Kılıç, 1995).

Sağlık hizmetleri sektöründe kaliteli hizmet verebilmek için uygun sayı ve nitelikte hemşirelik personelinin istihdam edilmesi son derece önemlidir (Bal, 2014; Yıldırım, 2003). Hemşirelik mesleği; sağlık hizmetlerinde bakımın karşılanma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Hemşirenin en önemli sorumluluğu hastaya kişisel, teknik, bilimsel ve gereksinimi doğrultusunda bakım vermektir. Hemşirelik Yönetmeliği'nde devrulan ve vurgulandığı gibi hemşire; yeni araştırma bulgularının ışığında bakım verdiği bireyin gereksinimlerini saptayan, gereksinimleri doğrultusunda bakım planı geliştiren ve kendi sunduğu bakımın sorumluluğunu üstlenen özerk bir uygulayıcıdır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010). Hemşire istihdamı planlaması yapılmasındaki amaç, kaliteli hemşirelik bakımı vererek hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanması olmalıdır (International Council of Nursing [ICN], 2006; Yıldırım, 2003). Uluslararası Hemşireler Birliği tarafından 2006 yılında hemşirelik mesleğinde güvenli istihdamın önemini açıklayan bir rapor hazırlanmıştır. Bu raporda, Amerika'da tüm hastanelerin hemşire sayısının istenilen düzeyde olması halinde yılda 60 bin istenmeyen olayın önlenebileceği; hemşire hasta oranının 1:4'e düşürülmesi ile yaklaşık 72 bin hayatın kurtarılacağı öne sürülmektedir. Lankshear, Sheldon ve Maynard'ın (2005) yaptığı bir sistematik derlemede, yeterli hemşire istihdamı ve hemşire görev dağılımının iyi planlanmasının hasta çıktılarına olumlu etkilediği belirlenmiştir. Profesyonel hemşireler tarafından verilen bakımın, ölüm oranlarını düşürdüğü, üriner enfeksiyon, üst gastrointestinal sistem kanaması, hastane kaynaklı pnömoniler, şok, kardiyak arrest gibi diğer istenmeyen olayları azalttığı bildirilmiştir (Aiken, Clarke & Sloane, 2002; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2002). Kliniklerdeki hemşire sayısı yeterli olduğunda hastaların hastanede kalma süreleri kısaltmakta ve malpraktis oranları azalmaktadır (ICN, 2006; Oulton, 2006). Kliniklerde uygun sayıda hemşire istihdam edilmesi, hemşirelerin kendi profesyonel rollerini yerine getirmeleri ve bütüncül bakım hizmeti sunmalarına katkı sağlamaktadır (Cheraghi, Salasli & Ahmadi, 2008; Rafii, Hajinezhad & Haghani, 2008; Hurst, 2009). Kanada Hemşireler Birliği tarafından hazırlanan bir raporda, yetersiz hemşire istihdamı ile yatak yaraları, yara yeri enfeksiyonları, ilaç kullanım hataları, düşmeler,

hastanın hayata döndürülememesi ve yeniden hastaneye yatırılması gibi hasta açısından olumsuz sonuçların ortaya çıkması arasında bağlantı olduğunu gösteren güçlü deneysel kanıtların olduğu belirtilmiştir (Canadian Nurse Association, 2005).

Hemşire insan gücü ihtiyacının saptanmasında, birçok yöntem kullanılmaktadır. Geleneksel yöntem, trend metodu, bakım kriterleri metodu, iş yükü analizine dayalı insan gücü ihtiyacı saptama yöntemi bunlardan bazılarıdır (Eroğlu, 2011; Yıldırım, 2002, 2003). Hemşire insan gücü ihtiyacının saptanması; ülkemizde "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yataklı Tedavi Kurumlarına Yönelik Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği"ne göre yapılmakta olup, hasta/yatak sayısı ile orantılı hemşire sayısı formülü kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Sağlık Bakanlığının, Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlıkta İnsan Gücü Durum Raporuna göre (2014); Aralık 2013 itibarıyla Türkiye'de tüm sektörlerde aktif olarak çalışan 149.012 hemşire bulunmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Nüfus Projeksiyonları Raporu'nda, 2013 yılı genel nüfus tahminimiz ise 76.481.847'dir. Bu veriler ışığında yaptığımız hesaplama sonucunda; 2013 yılında Türkiye'de 100.000 kişiye yaklaşık 195 hemşire düştüğü anlaşılmaktadır (TÜİK, 2013).

Hemşire istihdam yöntemlerinden birisi de hasta sınıflandırma sistemidir. Hasta sınıflandırma sistemi, hastaların 24 saatlik hemşirelik bakımı gereksinimlerini belirlemek için geliştirilmiştir. Hasta sınıflandırma sistemi hastaları, hemşirelik bakım gereksinimlerine, hastalıklarının şiddetine ve hastalara verilen bakımın miktarına göre gruplandırır ve hastaların bireysel özelliklerine duyarlı bir yöntem olarak görülmektedir. Hasta sınıflandırma sisteminin amacı, benzer gereksinimleri olan hastaları gruplandırarak, her gruptaki hastanın gereksinim duyduğu hemşirelik bakımının niteliğini belirlemek için sayısal bir puanın verilmesidir (Yıldırım, 2002; Yıldırım, 2003). Hemşire insan gücü planlaması yapılırken kliniklerin yatak sayısı yanında hastaların bağımlılık düzeylerinin ve ihtiyaçlarının farklı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Amaç

Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesi yataklı kliniklerinde takip edilen hastaların bağımlılık düzeylerine göre gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımı verecek hemşire insan gücü gereksinimini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma 25 Ocak 2016– 25 Mart 2016 tarihleri arasında İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinin yataklı kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı ilgili tarihlerde çalışmaya katılan kliniklerde bakım verilen toplam hasta sayısı 13.906 iken, çalışmaya katılan kliniklerdeki yatak doluluk oranı %96'dır. Çalışmanın evrenini hastanenin bütün kliniklerinde yatan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemi ise, belirtilen tarihlerde çalışmaya katılım sağlayan kliniklerde yatan bütün hastalar (n:13.906) oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler 1974 yılında Hausmann ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Skalası kullanılarak toplanmıştır. Bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde kullanılan bu skalanın literatürde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğine rastlanmamıştır. Hemşirelik bakım gereksinimleri çok çeşitli düzeylerde olan hastaların sınıflandırılması ve her bir kategorideki hastanın 24 saatte ne kadar saat hemşirelik bakımına ihtiyaç duydukları belirlenerek, bu hastaların optimal bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere, bakım standartları oluşturulmuştur. Skalada hastanın hemşireye olan bağımlılığını tanımlayan 29 parametre bulunmaktadır. Her bir parametre hastanın hemşireye olan bağımlılık düzeyine göre puanlandırılmıştır. En düşük 2 puan, en yüksek 24 puandır. Hemşire tarafından, her hasta için uygulama tablosunda yer alan bakım tanımları takip edilerek, hastaya uygun bakım tanımı puanları işaretlenir ve her hastanın toplam puanı belirlenir. Hastanın bağımlılık düzeyini, işaretlenen toplam bakım puanı belirler (Yıldırım, 2003). Tablo 1'de Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Skalasında yer alan hemşirelik uygulamaları ve uygulamaların puanları gösterilmiştir.

Tablo 1. Rush Hasta Sınıflandırma Sistemi Skalası

	Puan
Servise kabul edilme	3
Taburcu edilme	2
Şuursuz	24
İnkontinans	18
Oryantasyonu Bozuk	15
İzolasyon	9
Kısmi hareketsizlik	9
Tam Hareketsizlik	24
Monitöre bağlı	24
Respiratöre bağlı	24
Kapsamlı yara-deri bakımı	24
Total vücut temizliği gereksinimi	4
Beslenme sondası ile beslenme	3
Oral beslenme	10
Aldığı-çıkardığı izlemi	2
Numune toplanması	2
Endotrakeal tüp bakımı	8
Kısmi yara-deri bakımı	8
Oksijen tedavisi	6
2 saat arayla ya da daha sık vital bulgu izlemi	12
I.V. girişimler	12
Özel Eğitim Gerekli	12
Tanı testi hazırlığı	3
Özel emosyonel destek	12

Hastaların bağımlılık düzeylerine göre yapılan sınıflandırma grupları aşağıda verilmiştir:

- Bağımsız Hasta (Tip 1): 0–24 puan
- Alt Düzey Bağımlı Hasta (Tip 2): 25– 48 puan
- Orta Düzey Bağımlı Hasta (Tip 3): 49– 120 puan
- Üst Düzey Bağımlı Hasta (Tip 4): 121 puan ve üstü

Ayrıca hasta bağımlılık düzeylerine göre belirlenen hasta tipleri için 24 saatlik bakım gereksinimlerine göre kaç saat bakım

verilmesi gerektiği konusunda yapılan çalışmalar ve klinik hemşireleri ile görüşmelerde verilmesi gereken en uygun bakım süreleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Hasta Bağımlılık Düzeylerine Göre Ayrılmış Bakım Süreleri

Bağımlılık düzeyi	Bakım süresi
Bağımsız hasta	1 saat
Alt düzey hasta	2 saat
Orta düzey hasta	5 saat
Üst düzey hasta	12 saat

Araştırmanın Uygulanması

Çalışma İzmir'de bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahili klinikleri (dahiliye yandal, gastro, nöroloji, hematoloji, intaniye), cerrahi klinikleri (genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahi, göz, kalp damar cerrahisi, üroloji), yoğun bakım klinikleri (anestezi, kalp damar cerrahi, nöroloji, yenidoğan) ve çocuk kliniklerinde (cerrahi, onkoloji, süt çocuğu, yan dal) yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından, araştırmanın amacı açıklanarak katılmayı kabul eden kliniklere formlar verilmiş ve hemşirelerin formları doldurması istenmiştir. Hemşirelik uygulamaları listesi, gece ve gündüz vardiyasında çalışan hemşireler tarafından doldurulmuştur. Vardiyanın başlangıcından bitişine kadar yapılan tüm işlemler skalaya kaydedilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama) kullanılmıştır. Hastaların bağımlılık düzeylerine göre sınıflandırmaları yapıldıktan sonra kliniklerde hemşire başına düşen yatak sayısı, yatak başına düşen hasta sayısı ve bu sonuçlardan hareketle hemşire başına düşen hasta sayılarına ulaşılmıştır.

Kliniklerde hemşire başına düşen yatak sayısı; klinik yatak sayısının, klinik hemşire sayısına bölünmesiyle bulunmuştur ($x/y=z$).

Kliniklerde yatak başına düşen hasta sayısı; bölüm hasta sayısının bölüm yatak sayısına bölünmesiyle bulunmuştur ($y/x=z$).

Kliniklerde hemşire başına düşen yatak sayısı ve kliniklerde yatak başına düşen hasta sayısı çarpılarak **hemşire başına düşen hasta sayısı bulunmuştur ($x.y=z$).** Kliniklerde çalışması gereken hemşire sayısı hesaplanmıştır. Bu hesaplama aşağıdaki formül kullanılarak yapılmıştır. (Eroğlu, 2011; Yıldırım, 2002).

$$\text{Toplam Hemşire Sayısı} = a \times b \times c / (c-d) \times f$$

a: Birime özgü standart bakım süresi, b: Birimin yatak sayısı/ servisin ortalama hasta sayısı, c: Bir yıldaki gün sayısı, d: Bir yılda çalışılmayan, izinli olunan gün sayısı (2016 yılında çalışılmayan gün sayısı 117 gündür), f: Bir hemşirenin günlük çalışma saati.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yürütüldüğü hastaneden Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul onayı (Tarih:18.01.2016 Karar No:15), hastaneden kurum izni ve çalışmaya katılan kliniklerde çalışan hemşirelerden sözel onam alınmıştır.

Bulgular

Çalışmanın yapıldığı ilgili tarihlerde çalışmaya katılan kliniklerde bakım verilen toplam hasta sayısı 13.906 iken, çalışan toplam hemşire sayısı 310 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kliniklerdeki yatak sayısı 491 ve yatak doluluk oranı %96 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %30,03'ü dahili kliniklerde, %31,48'i cerrahi kliniklerde, %25,83'ü çocuk kliniklerinde ve % 12,66'sı yoğun bakım ünitelerinde tedavi almıştır. Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Skalasına göre hastaların bağımlılık düzeylerinin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Hasta Bağımlılık Düzeylerine Göre Hasta Sayılarının Dağılımı

Hasta düzeyi	Sayı	Yüzde
Bağımsız hasta	2257	16.23
Alt düzey hasta	5507	39.60
Orta düzey hasta	4558	32.77
Üst düzey hasta	1584	11.40
Toplam	13906	100.00

Hastaların %16,23'ü bağımsız, %39,60'ı alt düzey bağımlı, %32,77'si orta düzey bağımlı ve %11,40'ı üst düzey bağımlı olarak tespit edilmiştir. Çocuk kliniklerinde bakım alan hastaların %42,71'i orta düzey bağımlı, dahili kliniklerde bakım alan hastaların %37,69'u alt düzey bağımlı, cerrahi kliniklerde bakım alan hastaların %50,37'si bağımsız, yoğun bakım kliniklerinde bakım alan hastaların %78,91 üst düzey bağımlı hastalar olduğu saptanmıştır. Bağımlılık düzeylerine göre hastaların kliniklerde dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Rush Medicus Sınıflandırma Sistemi Skalası Uygulanan Hastaların Bağımlılık Düzeylerine Göre Kliniklerde Dağılımı

Bağımlılık düzeyi	Klinik adı				Toplam
	Çocuk klinikleri	Dahili klinikler	Cerrahi klinikler	Yoğun bakım klinikleri	
Bağımsız hasta n(%)	429 (19.00)	679 (30.08)	1137 (50.37)	12 (.55)	2257
Alt düzey hasta n(%)	1078 (19.57)	2075 (37.69)	2339 (42.47)	15 (.27)	5507
Orta düzey hasta n(%)	1947 (42.71)	1281 (28.10)	846 (18.56)	484 (10.61)	4558
Üst düzey hasta n(%)	138 (8.71)	141 (8.90)	55 (3.47)	1250 (78.91)	1584
Toplam	3592 (25.83)	4176 (30.03)	4377 (31.48)	1761 (12.66)	13906

Kliniklerde hemşire başına düşen yatak sayısı hesaplaması yapılmıştır. Hemşire başına düşen yatak sayısı Tablo 5'te gösterilmiştir. Hesaplama sonucunda hemşire başına düşen yatak sayısı 0.60 ile 2.88 oranında değişmektedir. Hemşire başına düşen yatak sayısının en az olduğu klinik yoğun bakım iken, en yüksek oranda olduğu klinik çocuk klinikleri olarak belirlenmiştir. Yatak sayılarının yoğun bakımlarda kliniklere oranla daha az olması bu oranları etkilemiş olabilir.

Tablo 5. Kliniklerde Hemşire Başına Düşen Yatak Sayısı

Klinik adı	Yatak sayısı (x)	Hemşire sayısı (y)	Yatak sayısı/ hemşire sayısı (x/y=z)
Çocuk klinikleri	144	50	2.88
Dahili klinikler	103	47	2.19
Cerrahi klinikler	130	58	2.24
Yoğun bakım klinikleri	114	190	.60

Kliniklerde yatak başına düşen hasta sayısı hesaplaması yapılmıştır. Yatak başına düşen hasta sayısı Tablo 6'da gösterilmiştir. Yapılan hesaplamalar sonucunda yoğun bakım kliniğinde bu oran 15.44 iken, dahili kliniklerde 40.54 olarak bulunmuştur. Bu oranlar arasındaki farkın nedeni dahili kliniklerde izlenen hasta sayısının fazla olmasıyla açıklanabilir.

Tablo 6. Kliniklerde Yatak Başına Düşen Hasta Sayısı

Klinik adı	Hasta sayısı (y)	Yatak sayısı (x)	Hasta sayısı/ yatak sayısı (y/x=z)
Çocuk klinikleri	3592	144	24.94
Dahili klinikler	4176	103	40.54
Cerrahi klinikler	4377	130	33.66
Yoğun bakım klinikleri	1761	114	15.44

Kliniklerde çalışan hemşire başına düşen hasta sayısı hesaplanmıştır. Hemşire başına düşen hasta sayısı Tablo 7'de gösterilmiştir. Hemşire başına düşen hasta sayısı yoğun bakım kliniklerinde 9.26, çocuk kliniklerinde 71.82, cerrahi kliniklerinde 75.39 ve dahili kliniklerde 88.78 olarak bulunmuştur.

Çalışma sırasında kliniklerde çalışan hemşire sayısı 310 olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ışığında; hastalara kaliteli bakımın sağlanması için 24 saatte gerekli olan hemşire sayısı 380 olarak bulunmuştur.

Tablo 7. Kliniklerde Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı

Klinik adı	Hemşire başına düşen yatak sayısı (x)	Yatak başına düşen hasta sayısı (y)	HBDYS X YBDHS (x.y=z)
Çocuk klinikleri	2.88	24.94	71.82
Dahili klinikler	2.19	40.54	88.78
Cerrahi klinikler	2.24	33.66	75.39
Yoğun bakım üniteleri	.60	15.44	9.26

*HBDYS=Hasta Başına Düşen Yatak Sayısı, YBDHS=Yatak Başına Düşen Hasta Sayısı

"Hemşire istihdamında farklı yöntemler kullanılmaktadır"

Tartışma

Bu çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesinde hasta sınıflandırma sistemi kullanılarak hastalar bağımlılık düzeylerine göre gruplanmış ve kaliteli hemşirelik bakımının verilmesi için gerekli olan hemşire sayısı belirlenmiştir. Hastane yatak doluluk oranı %96, çalışmaya katılan birimlerde bakılan hasta potansiyeli çoğunlukla alt ve orta bağımlılıkta (%39.7-%32.8) bulunmuş olup, üst düzey bağımlı hasta bakılan birimlerde ankete katılım iş yoğunluğu sebebiyle az sayıdadır. Bağımlılık düzeylerine göre kliniklerde çalışması gereken hemşire sayısı 380 olarak saptanmıştır. Fakat kliniklerde hemşire insan gücü planlaması şu an için yatak sayısı/hemşire oranından hesaplanmaktadır.

Yenidoğan servisinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerine göre gereken hemşire sayısının belirlenmesinin amaçlandığı çalışmada, üç ay boyunca 179 hasta izlenmiş ve bağımlılık düzeylerine göre gruplanmıştır. Hastaların bağımlılık düzeylerine göre

bakım vermesi gereken hemşire sayısı 17.82 olarak saptanmıştır. Fakat çalışmanın yapıldığı dönemde çalışan hemşire sayısı 8 olarak belirlenmiştir (Büyükkayhan, İçağasıoğlu, Toksoy, Alkan & Şimşek, 2002). Tanıl, Ter, Sarsılmaz ve Aydın'ın Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Sistemi kullanarak yapmış oldukları çalışmada, 1733 yatak ve 48 ameliyat masası bulunan üniversite hastanesinde, 744 hemşirenin direkt hasta bakımında görevli olduğu, ancak hasta bakımı için 828, dolaşan hemşirelik uygulamaları için 91 hemşireye daha ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların %16.23'ü bağımsız, %39.60'ı alt düzey bağımlı, %32.77'si orta düzey bağımlı ve %11.40'ı üst düzey bağımlı olarak tespit edilmiştir. Çocuk kliniklerinde bakım alan hastaların %42.71'i orta düzey bağımlı, dahili kliniklerde bakım alan hastaların %37.69'u alt düzey bağımlı, cerrahi kliniklerde bakım alan hastaların %50.37'si bağımsız, yoğun bakım birimlerinde bakım alan hastaların %78.91 üst düzey bağımlı hastalar olduğu saptanmıştır.

Hasta bağımlılık düzeylerine göre bakım veren hemşire sayısı yetersizdir. Hemşire yetersizliğinin nedeni yatak sayısına orantılı olarak hemşire sayısının belirleniyor olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle hasta bağımlılık düzeylerinin belirlenerek hemşire sayısının belirlenmesi güvenli istihdamda önemlidir.

“Hemşire istihdamının iyi şekilde yapılması bakım sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir”

Sonuç

Bu çalışmada Rush Medicus Hasta Sınıflandırma sistemi kullanılarak hastaların bağımlılık düzeyleri belirlenmiş ve bağımlılık düzeylerine göre hemşire sayısının belirlenmesi amaçlanmıştır. Kliniklere göre hastaların bağımlılık düzeyleri farklılık göstermektedir. Hemşire insan gücü planlaması yapılırken, hemşire başına düşen yatak sayısının yanında hastaların farklı ihtiyaç ve gereksinimlerinin olduğu, her hastanın farklı bağımlılık düzeylerinde olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Yönetici hemşireler, kliniklerindeki hemşire sayısını hesaplarken standardize edilmiş ölçeklerden yararlanabilmektedir. Ancak daha iyi sonuçlara ulaşılabilmesi için kurumlar kendilerine özel çalışmalar yapmalıdırlar. Ülkemizde hâlen geçerliliğini koruyan ve hemşirelik kadrolarını da belirleyen yönetmelikler üzerinde de değişiklikler yapılmalıdır.

“Ülkemizde hasta sınıflandırma sistemleri kullanılarak yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır”

Alana Katkı

Bu çalışma hemşire istihdamında hasta bağımlılık düzeylerinin belirlenmesinin önemli olduğunu göstermiştir. Ülkemizde hemşire istihdamı hala yatak sayısına orantılı olarak yapılmaktadır. Bu çalışma sonuçları ile kliniklerde hasta bağımlılık düzeylerine göre hemşire istihdamının yapılmasının hemşire yetersizliğinin ortadan kaldırılacağı ve sonuçların olumlu yönde etkilebileceği düşünülmüştür.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/ayni yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Aiken, L.H., Clarke, S.P. & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14:1, 5-13.
- Bal, M. (2014). Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insangücü planlama yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 148-154.
- Boztok, D. & Kılıç, B. (1995). Sağlık insangücü planlaması. *Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını*, 23, 7-9.
- Büyükkayhan, D., İçağasıoğlu, D., Toksoy, H., Alkan, N. & Şimşek, Y. (2002). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi yenidoğan servisinde gerekli hemşire sayısının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (3), 119-122.
- Canadian Nurses Association (2005). Nursing staff mix: a key link to patient safety. *Nursing Now*, 19, 16.
- Cheraghi, M.A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2008). Factors influencing the clinical preparation of BS nursing student interns in Iran. *International Journal of Nursing Practice*, 14:1, 26-33.
- Dreesch, N., Dolea, C., Dalpoz, M.R., Goubarev, A., Adams, O. & Aregawi, M, et al. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the millennium development goals. *Health Policy and Planning*, 20(5), 267-276.
- Eroğlu, E.K. (2011). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde iş yükünün hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Hausmann, R.K.D., Hegyvary, S.T., Newman, J.F. & Bishop, A.C. (1974). Monitoring quality of nursing care. *Health Services Research* (982), 135-148.
- Hurst, K. (2009). Does poor staffing affect job satisfaction and patient care? *Nursing Standart*, 23:38, 14.
- Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>. Erişim tarihi: 10.08.2015.
- International Council of Nurses (ICN). International Nurses Day 2006. Safe staffing saves lives. Information and Action Tool Kit 2006, <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/indkit2006.pdf>. Erişim tarihi: 05 Kasım 2015.
- Lankshear, A.J., Sheldon, T.A. & Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, 28:2, 163-174.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Matke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Oulton, J.A. (2006). The global nursing shortage: an overview of issues and actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3), 34-39.
- Özşarı, H. (2007). Sağlık insangücü planlaması yöntemleri. I.Ulusal Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu, Antalya.
- Rafii, F., Hajinezhad, M.E. & Haghani, H. (2008). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Austrian Journal of Advanced Nursing*, 26:2, 75-84.
- Sabuncuoğlu, Z. (2000). İnsan kaynakları yönetimi. Ezgi Kitabevi, Bursa.
- Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yataklı Tedavi Kurumlarına Yönelik Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği. (2010). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/09/20100929-3.htm>. erişimtarihi 01.09.2017.
- Tanıl, V., Ter, N., Sarsılmaz, M. & Aydın, N. (2015). Hemşire insan gücü planlaması. Ege Üniversitesi Hastane Hemşirelik Hizmetleri, 35100, Bornova, İzmir <http://hemhiz.med.ege.edu.tr/d1504/11.html>. Erişim tarihi: 14. 09. 2015,
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlıkta insan gücü durum raporu (2014). <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf>. Erişim tarihi: 01.09.2017.
- Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus Projeksiyonları. (2013). TÜİK Haber Bülteni Sayı:15844 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844> Erişim tarihi: 01.09.2017.

- Uyer, G. (1993). Hemşirelik ve yönetim, Hürbilek Matbaacılık, Ankara.
- World Health Organization. The world health report, working together for health. 2006, http://www.who.int/whr/2006/whr06_e_n.pdf. Erişim tarihi: 10.11.2017.
- Yıldırım, D. (2002). Hemşire insan gücü planlaması. *Hemşirelik Dergisi*, 12(48), 57-70.
- Yıldırım, D. (2003). Hasta sınıflandırma aracı geliştirme. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 13(51), 115-132.
- Zaybak, A., Güneş, Ü., İslamoğlu, E. & Ülker E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 48-54.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Genç Sağlıkçılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

Assessment of Healthy Life Style Behavior Scale According to Body Mass Indexes in Young Healthcare Providers

Belde KASAP DEMİR, Prof. Dr.^{1,2}, Sevginar ŞENTÜRK, Periton Diyaliz Hem.³, Mehmet KIRKALI, Ev Hemodiyaliz Teknisyeni⁴, Ayşe ATAĞ, Periton Diyaliz Hem.³, Ayşegül DÖNMEZ, Uzm. Ebe⁵

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Nefroloji ve Romatoloji BD, İzmir

²SBÜ İzmir Tepecik EAH Çocuk Nefroloji Yan Dal Kliniği, İzmir

³SBÜ İzmir Tepecik EAH, Periton Diyaliz Birimi, İzmir

⁴SBÜ İzmir Tepecik EAH, Evde Diyaliz Birimi, İzmir

⁵SBÜ İzmir Tepecik EAH, Eğitim Birimi, İzmir

Kabul tarihi/Accepted: 19.07.2018

İletişim/Correspondence:

Belde KASAP DEMİR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Çocuk Nefroloji ve Romatoloji BD, İzmir SBÜ İzmir Tepecik EAH Çocuk Nefroloji Yan Dal Kliniği, İzmir

E-posta: beldekasap@gmail.com

Bu çalışma 34. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi (Antalya 2017)'nde poster olarak sunulmuştur.

Özet

Amaç: 2017 yılında Dünya Böbrek Günü (DBG)'nde obeziteye dikkat çekilmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde düzenlenen DBG'ne katılan ve sağlık alanında eğitim almakta olan lise ve üniversite düzeyindeki öğrencilerin beden kütle indeksleri (BKİ) hesaplanarak farkındalık sağlanması amaçlanmıştır. Çalışmamızda, öğrencilerin BKİ'lerine göre gruplandırılarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) uygulanması, sonuçlarının gruplar arasında karşılaştırılarak BKİ'nin SYBD gelişimine üzerine etkilerinin araştırılması planlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** DBG etkinliğine katılan İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 4 öğrencileri, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencileri ve Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinden gönüllü olanlarda, ölçümleri aynı kişiler tarafından yapılarak sosyodemografik ve SYBDÖ-II içeren anket yüzüye görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Olgular, BKİ değerleri >25 kg/m² olanlar (Grup 1), <18.5 kg/m² olanlar (Grup 2) ve 18.5-24.9 kg/m² olanlar (Grup 3) şeklinde gruplandırılmıştır. Çalışmada, SYBDÖ toplam puanın yanı sıra 6 alt boyut için de değerlendirmeler yapılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan, yaşları 17 ile 24 yıl arasında değişen toplam 156 öğrenciden 22'sinin Grup 1'de, 18'inin Grup 2'de ve 116'sının Grup 3'te yer aldığı görülmüştür. Sosyodemografik özelliklerin gruplar arasında benzer olduğu izlenmiştir (p>.05). SYBDÖ-II toplam ve alt boyut değerlendirmelerinde Grup 2'de puanlar daha yüksek saptanmakla beraber, farkın sadece sağlık sorumluluğu alt boyutunda anlamlı olduğu görülmüştür. Tüm grupta BKİ ya da yaş ile SYBDÖ toplam ve alt grup skorları arasında korelasyona rastlanmamıştır. Toplam SYBDÖ skorunun en çok sağlıklı hissetme ile ilişkili olduğu görülmüştür. **Sonuç:** Sağlık alanında eğitim almakta olan gençlerde SYBDÖ'nün BKİ'den etkilenmediği görülmüştür. Yüksek kişisel sağlık sorumluluğu davranışının ise düşük ağırlıklı olmaya neden olabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gençler, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Beden Kütle İndeksi.

Abstract

Objective: In 2017, the World Kidney Day (WKD) pointed to obesity. It was aimed at raising awareness by measuring the body mass indexes (BMI) of high school and university students, who are receiving health education and participating in WKD organized in Health Sciences University Tepecik Training and Research Hospital. In our study, the students were grouped according to their BMIs and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale (HLBS) was applied to evaluate the effect of BMI on developing healthy lifestyle behaviors. **Material and Methods:** A group of young healthcare students from 4th Class of Faculty of Medicine and Health Sciences Faculty, Department of Nutrition and Dietetics in İzmir Katip Çelebi University and from Health High School, who participated in the WKD event and who were volunteers for participation were recruited. Their weight and height were measured with the same scale and by the same team, and were subjected to a questionnaire covering sociodemographic characteristics and HLBS-II with face-to-face interview technique. Students with BMI values >25 kg/m² were considered as Group 1, <18.5 kg/m² as Group 2, and 18.5-24.9 kg/m² as Group 3. In this study, evaluations were made on 6 subscales as well as HLBS total score. **Findings:** A total of 156 students aged between 17 and 24 years who participated in the study. There were 22 students in Group 1, 18 students in Group 2 and 116 students in Group 3. Sociodemographic characteristics were similar among the groups (p>.05). In the HLBS-II total and sub-dimensional evaluations, the scores were higher in Group 2, but the difference was significant only in the subscale of health responsibility. No correlation was found between BMI or age and the total and subgroup scores of the HLBS in the whole group. It was determined that total HLBS score was mostly associated with "feeling healthy". **Conclusion:** It has been observed that HLBS is not affected by BMI in young health care students. High personal health responsibility behavior may have been resulted in low weight.

Keywords: Youngsters, Healthy Life Style Behavior Scale, Body Mass Index.

Giriş

Obezite, tüm dünyada epidemik olarak artmakta olan ve önenebilir bir sağlık sorunudur. 2014 yılına gelindiğinde Amerika Birleşik Devletleri'nde erkeklerde %35 ve kadınlarda %40.4 oranında obeziteye rastlanı hale gelmiştir (Flegal, Kruszon-Moran, Carroll, Fryar & Ogen, 2016). Ülkemizde ise 6 ilde 20 yaş üzeri bireylerde obeziteye %30.9 oranında rastlanmıştır (Bağrıaçık, Onat, İlhan, Tarakçı, Oşar, Özyazar, Hatemi & Yıldız, 2009). Obezite, son dönem böbrek hastalığı açısından en az diyabet ve hipertansiyon kadar tehlikelidir ve her ikisine de neden olabilmektedir (Yegül-Gülner & Kasap-Demir, 2017). Artan vücut ağırlığı ile birlikte artan metabolik ihtiyaçları karşılamak üzere böbreğe kan akımı da artmakta ve oluşan hiperfiltrasyon sonucunda intraglomerüler basınç da yükselerek hasar oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra obez olgularda böbrek taşı ve böbrek kanseri riski de artmaktadır. Bu nedenle 2017'de Dünya Böbrek Günü (DBG) obezitenin olumsuz etkilerini vurgulamayı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirerek obezitenin önenebileceği konusunda farkındalığı arttırmayı hedeflemiştir (Kovesdy, Furth & Zocalli, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı "Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel ve ruhsal olarak ve aynı zamanda sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır (WHO, 2013). Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlıklarını iyi yönde düzelterek davranışları benimsemelerini; sigara, alkol, madde kullanımı, sağlıksız beslenme, düşük fiziksel aktivite, sağlıksız ağırlık kontrolü, aile ve çevre ile iletişim sorunları ve uygunsuz stres yönetimi, şiddete meyil gibi riskli davranışlardan kaçınılmasını kapsar. Sağlığın daha iyi hale gelmesi de bu davranışların tutum haline getirilmesi ile mümkün olacaktır (Yalçınkaya, Gök & Karamanoğlu 2007).

Obezite tedavisinin ilk aşamasını; "yaşam biçimi değişikliği" olarak adlandırılan diyet, egzersiz ve davranış tedavisi oluşturmaktadır (Wadden, Butryn & Wilson 2007). Davranış tedavisi, ağırlık kaybı hedeflerini belirlemekte, bu hedeflere ulaşmada karşılaşılabilecek zorlukları tespit etmekte; kendini izleme, uyarı kontrolü (yeme ile ilgili davranış kontrolü gibi), stres yönetimi, beslenme, fiziksel aktivite, problem çözme, davranış değişikliğini ödüllendirme, bilinçli yapılandırma, sosyal destek ve yeniden oluşumunu engelleyen eğitimleri içermektedir (Wadden, 2007).

Bu çalışma planlanırken, sağlıklı yaşam biçimini gösteren davranış ve tutumların obezlerde daha düşük olabileceği düşünüldüğüne yola çıkılmıştır. Ayrıca, düşük ağırlıklı olmanın da obezite kadar sağlıksız bir durum olduğu düşünülmüştür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermenin obez ya da zayıf olan olgularda normal olanlara göre bir fark oluşturup oluşturmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tıpteki bu çalışma için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Çalışmada, DBG etkinliğine katılan İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 4 öğrencileri, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencileri ve sağlık meslek lisesi öğrencilerinden gönüllü olanlara, sosyodemografik özellikleri kapsayan 11 soruluk bir anket ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)-II yüz-yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Öğrencilerin vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları aynı tartı ve boy-ölçer ile aynı kişiler tarafından ölçülmüştür. Beden kütle indeksleri vücut ağırlığı (kg)/boy (m)² formülüne göre hesaplanmıştır. BKİ değerleri >25 kg/m² olanlar fazla kilolu ve obez (Grup 1), <18.5 kg/m² olanlar zayıf (Grup 2), 18.5-24.9 kg/m² olanlar ise normal vücut ağırlıklı (Grup 3) olarak sınıflandırılmıştır.

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini kapsayan anket içeriği Tablo-1'de verilmiştir. Anne ve babalardan okur-yazar olmayana rastlanmamış olup, geri kalanları ise ve üstü ve diğerleri olarak gruplandırılmıştır. Aile yapısı çekirdek aile ve geniş aile şeklinde gruplandırılmıştır. Genel sağlık durumu algısı için mükemmel, çok iyi ve iyi seçenekleri olumlu, orta ve zayıf seçenekleri olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Diğer sorulara verilen cevaplar ise evet/hayır şeklinde kodlanmıştır.

Çalışmada ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ve 52 maddeden oluşan SYBDÖ-II kullanılmıştır. Bu ölçek Walker tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olup ilk versiyonu 48 maddeden oluşmaktadır (Walker, Sechrist & Pender 1987). Ölçek 1996 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II adı ile anılmaya başlanmıştır (Walker, Volkan, Sechrist & Pender 1988). Ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 2008 yılında Bahar ve ark. (Bahar, Beşer, Gördes, Ersin & Kissal 2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi şeklinde 6 alt grup içermektedir. *Sağlık sorumluluğu*, bireyin kendi sağlığına gösterdiği özen, sağlığı hakkında bilgilendirme isteği ve gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilme durumunu gösterir. *Fiziksel aktivite*, günlük yaşamın bir parçası olarak düzenli egzersiz yapmayı kapsar. *Beslenme*, bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme özelliklerini gösterir. *Manevi gelişim*, kişinin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini, iç huzur ve çevresi ile uyumu yakalama gücünü, kendini ne kadar tanıdığını ve memnun edebildiğini gösterir. *Kişilerarası ilişkiler*, yakın çevre ile olan ilişkileri ve bunların süreklilik düzeyini belirler. *Stres yönetimi*, bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stresi etkin bir şekilde kontrol edebilmek için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilme ve harekete geçirebilme gücünü gösterir (Walker, 1988).

Ölçek, 4'lü Likert tipi bir ölçek olup, "hiçbir zaman", "bazen", "sık sık", "düzenli olarak" yanıtlarına sırasıyla; 1, 2, 3, 4 puan verilerek değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin tüm maddeleri olumlu ifadeler içermektedir ve alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı olarak yorumlanmaktadır. Toplam puanın yanı sıra her bir alt grubun puanı da bağımsız olarak kullanılabilir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısını veren Cronbach Alpha değerinin 0.6-0.8 arasında olması "oldukça güvenilir", 0.8-1.0 arasında olması ise "yüksek güvenilirlikte" olduğunu göstermektedir (Bahar, 2008). Bahar ve ark.'nın (Bahar, 2008) çalışmasında Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının toplam ölçek için 0.94 olduğu, 6 alt boyutu için ise 0.79-0.87 arasında değiştiği görülmüştür. Bu çalışmada ölçek alt gruplarının içerdiği soru numaraları, alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ve çalışma için hesaplanan Cronbach Alpha değerleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Gruplarına Ait Özellikler

Ölçek alt grupları	Soru sayısı	Beklenen en düşük değer	Beklenen en yüksek değer	Cronbach alfa katsayısı
Sağlık Sorumluluğu	9	9	36	.743
Fiziksel aktivite	8	8	32	.847
Beslenme	9	9	36	.679
Manevi gelişim	9	9	36	.809
Kişilerarası ilişkiler	9	9	36	.744
Stres yönetimi	8	8	32	.643
Toplam	52	52	208	.909

Çalışmada sürekli değişkenler oluşturulan 3 grup arasında karşılaştırılırken MANOVA testi, nominal değişkenler karşılaştırılırken ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Toplam ve alt grup SYBDÖ puanlarına etkili kategorik değişkenler belirlenirken lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizlerinde $p < .10$ değeri, diğer tüm analizlerde $p < .05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan toplam 156 öğrencinin yaş ortalaması 20.3 ± 1.8 (min-maks: 17-24) yıl olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin 38 (%24.4)'ünün meslek lisesi, 60 (%38.5)'inin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve 58 (%37.2)'inin Tıp Fakültesi öğrencileri olduğu görülmüştür. Lise ve üzeri eğitim alan annelerin oranının %46.2 (n: 72) ve babaların oranının %64.1 (n: 100) olduğu görülmüştür. Öğrencilerden 144 (%92.3)'ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu, 85 (%54.5)'inin ailesi ile birlikte kalmakta olduğu, 24 (%15.4)'ünün sürekli ilaç almasını gerektirecek hekim tarafından tanı konmuş bir hastalığının olduğu, 13 (%8.3)'ünün ailesinde bakmakla yükümlü olduğu ve kronik hastalığı olan bireyler olduğu, 37 (%23.7)'sinin sigara kullandığı ve 129 (%82.7)'unun sigara dumanına maruz kaldığı belirlenmiştir. Genel sağlık durumları hakkında 4 (%2.6)'ünün mükemmel, 49 (%31.4)'unun çok iyi, 77 (%49.4)'sinin iyi, 19 (%12.2)'unun orta ve 7 (%4.5)'sinin zayıf hissettiği öğrenilmiştir. Mükemmel, çok iyi ve iyi hissedenler "olumlu" [n: 130 (%83.3)], orta ve zayıf hissedenler "olumsuz" [n: 26 (%16.7)] olarak sınıflandırılmıştır. Son 2 yıl içerisinde 117 (%75) öğrencinin rutin bir kontrol için doktora gittiği öğrenilmiştir.

Öğrencilerden 22 (%14)'sinin Grup 1 ($BKİ > 25 \text{ kg/m}^2$)'de, 18 (%12)'inin Grup 2 ($BKİ < 18.5 \text{ kg/m}^2$)'de ve 116 (%74)'sinin Grup 3 ($18.5 \leq BKİ \leq 25 \text{ kg/m}^2$)'te yer aldığı görülmüştür. Grup 1 ve

Tablo 3. Gruplar Arasında SYBDÖ-II Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam
Grup 1 (n:22)	21.50±4.2 (12-31)	20±6.64 (9-30)	19.68± 4.06 (12-30)	25.31±5.62 (12-33)	25.68±3.97 (18-32)	19.23±3.50 (13-26)	131.41±18.77 (98-171)
Grup 2 (n:18)	24.83±4.48 (18-33)	18.72± 3.68 (13-25)	22.05 ±5.09 (15-31)	27.28±3.89 (18-36)	26.78±4.48 (16-36)	20.50±3.20 (14-26)	140.17±18.70 (98-173)
Grup 3 (n:116)	21.22±4.13 (11-36)	18.72± 5.23 (9-32)	20.75 ± 4.28 (10-36)	25.01±5.00 (5-36)	24.76±4.35 (14-35)	19.22±3.95 (8-31)	129.70±19.76 (62-199)
P	.007 (p<.05)	.768	.320	.133	.098	.208	.064

Tablo 4. Sosyo-demografik Özelliklerin SYBDÖ Skoru Üzerine Etkilerini Gösteren Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız değişkenler	Regresyon katsayısı ±SS	Standardize beta katsayısı	T	P
Çekirdek aile şeklinde yaşam	9.63±5.5	0.131	1.769	.079*
Sağlıklı hissetme	16.284±3.9	0.309	4.177	.000
Son 2 yıl içinde rutin kontrole gitme	10.61±3.3	0.234	3.209	.002
Sigara kullanmama	9.16±3.3	0.199	2.737	.007

*Regresyon analizlerinde $p < 0.10$ değeri anlamlı kabul edilmektedir.

2'deki olgu sayısı beklediği üzere düşüktür ve bu nedenle SYBDÖ toplam puanları açısından çalışmanın gücü %45 olarak hesaplanmıştır. Sosyodemografik özelliklerin gruplar arasında benzer olduğu izlenmiştir (Tablo 2, $p > .05$).

Toplamda ve alt boyut değerlendirmelerinde SYBDÖ puanları açısından Grup 2'de SYBDÖ puanları daha yüksek saptanmakla beraber, farkın sadece sağlık sorumluluğu alt boyutunda anlamlı olduğu görülmüştür ($p = .007$, Tablo 3). Ayrıca, BKİ ile SYBDÖ alt grup ve toplam puanları arasında bir korelasyona rastlanmamıştır ($p > .05$).

Lise öğrencileri ve daha üstü eğitim grubundaki öğrenciler 2 gruba ayrılarak toplam SYBDÖ grubu ve alt gruplardaki puanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (her biri için $p > .05$). Ayrıca yaş ile toplam SYBDÖ ve alt grup puanları arasında anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır.

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinden SYBDÖ skoruna en çok etki edenler regresyon analizi ile belirlenerek Tablo 4'te özetlenmiştir. Buna göre SYBDÖ skoru üzerine etkili olan değişkenlerin çekirdek ailede yaşama, sağlıklı hissetme, son 2 yıl içinde rutin sağlık kontrolüne gitmiş olma ve sigara kullanmama olduğu, bunlar içinde en etkin olan ise "sağlıklı hissetme" olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Gruplar Arasında Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

	Grup 1 (n:22) Sayı (%)	Grup 2 (n: 18) Sayı (%)	Grup 3 (n:116) Sayı (%)	P
Anne eğitim düzeyi (Lise ve üzeri)	9 (40.9)	9 (50)	54 (46.6)	.836
Baba eğitim düzeyi (Lise ve üzeri)	15 (68.2)	9 (50)	76 (65.5)	.403
Çekirdek aile şeklinde yaşam	21 (95.5)	16 (88.9)	107 (65.5)	.739
Aile ile birlikte yaşama	14 (63.6)	10 (55.6)	61 (52.6)	.691
Sürekli ilaç kullanımı gerektirecek sağlık sorunu	4 (63.6)	10 (55.6)	61 (52.6)	.824
Sağlıklı hissetme	17 (77.3)	17 (94.4)	96 (82.8)	.331
Bakmakla yükümlü olduğu kronik hasta	3 (13.6)	1 (5.6)	9 (7.8)	.594
Son 2 yıl içinde rutin kontrole gitme	17 (77.3)	14 (77.8)	86 (74.1)	.914
Sigara kullanımı	8 (36.4)	1 (5.6)	28 (24.1)	.073
Sigara dumanına maruz kalma	18 (81.8)	16 (88.9)	95 (81.9)	.761

$p < 0.10$ değeri anlamlı kabul edilmektedir.

Tartışma

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ilk kez tanımlayan Walker ve ark. (Walker, 1987) tarafından "kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması" şeklinde tanımlanmıştır. Bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları benimsemesi olarak da tanımlanan bu durum, SYBDÖ ile değerlendirilebilmektedir (Esin, 1999). Yüksek SYBDÖ puanı ve alt boyut puanları, bireyin daha fazla olumlu sağlık davranışına sahip olduğunu göstermektedir (Ünalın, Şenol, Öztürk & Erkorkmaz 2007). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeğinin Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği Esin tarafından 1999'da yapılmıştır (Esin, 1999). Toplam SYBDÖ için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise sağlık alanında eğitim alan gençlere SYBDÖ uygulanmış, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı benzer şekilde 0.90 olarak saptanmış ve yüksek güvenilirlik düzeyinde bulunmuştur.

Sağlık alanında görev alacak ya da almakta olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimini benimseme ile ilgili tutum ve davranışlarının, topluma rol model olma ya da tutumlarını değiştirme şansları olduğu için daha yüksek seviyelerde olması beklenir. Ayrıca üniversite öğrenciliği, meslek eğitimi yanı sıra kişilik gelişimi ve bireysel yaşamda değişimin yaşandığı, bunun da sağlık alanındaki tutum ve davranışlarına da yansıtıldığı bir dönemdir. Daha önce öğrenciler üzerinde yapılmış çalışmalarda üniversite ve yükseköğretim öğrencilerinde SYBDÖ sonuçlarında toplam puanın ortalamasının 116.08-126.44 arasında değişmekte olduğu (Sertçelik, 1999, Ayaz, Tezcan & Akıncı 2005, Zaybak & Fadiloğlu 2004, Ünalın, 2004) ve lise öğrencilerinde ise ortalama 118 (Ergün ve Erol, 2004) olduğu görülmüştür. Ayrıca, sağlık sorumluluğu alt puanının sağlık alanında eğitim gören öğrencilerde diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Zaybak, 2004, İlhan, Batmaz & Akhan 2010). Olumlu sağlık davranışı kişinin eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmaktadır. Öğrencilerin sınıflarındaki yükselme, yani eğitim süresinde artış ile birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt gruplarına ait puanlarda da artış olduğu gösterilmiştir (Can, Özdiilli, Erol, Unsar, Tülek ve Savaşer 2008, İlhan, 2010). Bu çalışmada, çalışma grubunu oluşturan ve "sağlık alanında eğitim alan gençler" olarak tanımlanan, sağlık konusunda eğitim almakta olan grupta SYBDÖ puanlarının da daha yüksek seviyede bulunması beklenmektedir. Ancak sağlık eğitimi almayan bir grup olmadığından bu alanda bir karşılaştırılma yapılamamıştır. Bununla birlikte, lise ve üniversite öğrencisi sağlık alanında eğitim alan gençlerin SYBDÖ puanları arasında anlamlı farka rastlanmamıştır.

Önceki çalışmalarda öğrencilerin SYBDÖ ve alt boyut puanlarından sağlık sorumluluğunun yaş ile arttığı gösterilmiştir (Ünalın, 2007, Walker, 1988). Ayrıca, sağlık çalışanlarında da yaş arttıkça sağlık sorumluluğunun arttığı gösterilmiştir (Zaybak 2004, Ayaz, 2005, Yalçınkaya, 2007). Bu durum, yaş artışı ile kişinin sağlık bilincinin de artması ile ilişkili bulunmuştur. Ancak, çalışmamızda böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, sağlık bilimleri üzerine eğitim almakta olan lise, yükseköğretim ve üniversite öğrencilerinin BKİ'ne göre

düşük, normal ve yüksek olanlar arasında sosyodemografik parametreler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından fark olup olmadığının araştırılması planlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmenin ilk adımlarının aile ve toplumda atıldığı, eğitim ile ise gelişerek şekil aldığı ifade edilmiştir (Yalçınkaya, 2007). Bu nedenle mevcut çalışmada sağlık alanında eğitim alan gençlerin ailelerine ait özellikler ve anne-baba eğitim durumu gibi değişkenler de değerlendirilmiştir. Ancak gruplar arasında farka rastlanmamıştır. Bununla birlikte, bu çalışmada sağlık alanında eğitim alan gençlerin SYBDÖ skorlarına en çok etki eden değişkenlerin kendini sağlıklı olarak tanımlama, son 2 yıl içinde düzenli sağlık kontrolüne gitmiş olma, sigara kullanmama ve çekirdek aile şeklinde yaşama imkânı gibi sağlıklı olma durumunu pekiştirici olumlu tutum, davranış ve sosyal şartların olduğu görülmüştür. Daha önce yapılmış çalışmalarda da hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencileri arasında sağlık durumunu iyi olarak belirten ve sigara kullanmayan öğrencilerin SYBDÖ puanlarının bu çalışmadaki verileri destekler şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Kostak, Kurt, Süt, Akarsu & Ergül, 2014). Sağlık Bilimi öğrencileri üzerinde yapılan diğer bir çalışmada ise aile ile birlikte yaşamının, sigara kullanmamanın ve sigaraya maruziyetten kaçınmanın bu çalışmadaki verileri destekler şekilde yüksek SYBDÖ puanları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bozhüyük, 2010).

Daha önce hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada SYBDÖ skorları ile BKİ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tedik & Hacıoğlu, 2017). Sağlık Bilimi öğrencileri üzerinde yapılan yukarıda bahsi geçen çalışmada SYBDÖ alt gruplarında BKİ'ne göre farklılıklar saptanmış, hekimler üzerinde gerçekleştirilen diğer bir çalışmada da (Çakır, Piyal & Aycan, 2015) BKİ >30 kg/m² olanlarda SYBDÖ puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma da yüksek ve düşük ağırlıklı bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük skorda olabileceği öngörüsü ile planlanmış, ancak gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda SYBDÖ'nin hemen tüm alt grup ve toplam skorları gruplar arasında benzer bulunmuştur. Adölesanlarda yapılan bir çalışmada obez olan ve olmayan olgularda SYBDÖ skorları arasında bu çalışmaya benzer şekilde fark bulunamamıştır (Limnili, Özçakar & Kartal, 2016). 2014 yılında 150 olgu üzerinde yapılan bir tez çalışmasında BKİ'ne göre normal ağırlıklı, fazla kilolu ve obez olarak gruplanan olgular arasında SYBDÖ alt grup puanları karşılaştırıldığında, mevcut çalışmadakine benzer şekilde anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Ancak bahsi geçen çalışmada, olgularda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği de değerlendirilmiş ve bu ölçeğe ait fiziksel skorların BKİ ile negatif korelasyon gösterdiği ancak, mental boyutta etkilenme olmadığı gözlenmiştir (Kocaman, 2014). Mevcut çalışmada ise farklı olarak SYBDÖ'nün alt gruplarından olan kişisel sağlık sorumluluğu davranışının düşük ağırlıklı grupta anlamlı olarak yüksek olduğu gösterilmiştir.

Mevcut çalışmaya sadece DBG'ye katılan öğrenciler dahil edilebilmiştir. Bu durum sonucun tüm sağlık alanında eğitim alan gençlere genelleşmesini güçleştirmektedir. Bu nokta, çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir. Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı ise fazla kilolu-obez ve zayıf olguların normal ağırlıklı bireylere göre beklendiği üzere daha az sayıda olması nedeni ile bahsi geçen ilk 2 grupta olgu sayısının düşük olmasıdır.

Sonuç

Bu çalışmada, çalışmaya katılan ve sağlık alanında eğitim alan gençlerde obezitenin sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmeden bağımsız olduğu görülmüştür. Bu durumun tüm öğrencilerin sağlık alanında eğitim almaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda yüksek kişisel sağlık sorumluluğu davranışının, düşük ağırlıklı öğrencilerde anlamlı olarak daha yüksek olması, bu konuda aşırı hassasiyetin sağlık alanında eğitim alan gençlerde obezite kadar sağlıksız bir durum olan zayıflık için de risk oluşturduğunu düşündürmüştür. Sağlık alanında eğitim alan gençlerde çekirdek aile şeklinde yaşama, sağlıklı hissetme, son 2 yıl içinde rutin sağlık kontrolüne gitmiş olma ve sigara kullanmama gibi olumlu davranış ve farkındalığın SYBDÖ'ye de olumlu yansıtıldığı gösterilmiştir. Sağlık alanında eğitim alan gençlere sağlıklı yaşam biçimini davranışları kazandırılmasının BKİ üzerine faydaları daha geniş serilerde çalışılarak gösterilmelidir.

“Sağlık alanında eğitim alan gençlerde, yüksek kişisel sağlık sorumluluğu zayıflık ile ilişkilidir”

Alana Katkı

Sağlık alanında eğitim alan gençlerde fazla kiloluluk ve obezitenin (BKİ>25 kg/m²) herhangi bir SYBDÖ parametresi ile ilişkisi gösterilemezken, yüksek kişisel sağlık sorumluluğu davranışının zayıf olma (BKİ<18.5 kg/m²) durumu ile ilişkili olduğunun gösterilmesidir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Ayaz, S., Tezcan, S. & Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 26-34.
- Bağrıaçık, N., Onat H, N., İlhan, B., Tarakçı, T., Oşar, Z., Özyazar, M., Hatemi, H. & Yıldız, G. (2009) Obesity Profile in Turkey. *International Journal of Diabetes and Metabolism*, 17, 5-8.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. & Kışsal A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları İlinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Bozhüyük, A. (2010) Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Tez çalışması, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.
- Can, G., Ozdilli, K., Erol, O., Unsar, S., Tulek, Z., Savaser, S., Ozcan, S. & Durna, Z. (2008). Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nurs Health Sci*, 10(4), 273-80.
- Çakır, M., Piyal B. & Aycan S. (2015). Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. *Ankara Med J*, 15(4), 209-219.
- Ergün, A. & Erol, S. (2004). Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. IX. Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara.
- Esin, N. (1999). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 12(45), 87-95.
- Flegal, K. M., Kruszon-Moran, D., Carroll, M. D., Fryar, C.D., & Ogden, C.L. (2016). Trends in obesity among adults in the United States, 2005 to 2014. *JAMA*, 315, 2284-2291.
- İlhan, N., Batmaz, M., & Akhan, L. U. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 34-44.
- Kocaman, F. (2014). Obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Tez çalışması, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul.

- Kostak, M. A., Kurt, S., Süt, N., Akarsu, Ö., & Ergül, G. D. (2014). Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Prev Med Bull*, 13(3), 189-96.
- Kovesdy, C.P., Furth, S.L., & Zoccali, C. (2017). World Kidney Day Steering Committee. Obesity and Kidney Disease: Hidden Consequences of the Epidemic. *Am J Hypertens*, 30(3), 328-336.
- Limnili, G., Özçakar, N. & Kartal, M. (2016). Health promotion lifestyle profile scores are not associated with obesity in high school students. *Türk J Med Sci*. 46(4), 1018-24.
- Sertçelik, E. (1999). Üniversiteli gençlerin sağlık davranışlarının belirlenmesi. Halk Sağlığı Hemşireliği AD Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tedik, S. E. & Hacıoğlu, N. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinde Fazla Kilo Durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *UHD*, 10, 59-82.
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A. & Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 101-109.
- Wadden, T. A., Butryn M. L. & Wilson, C. (2007). Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*, 7, 132, 2226-2238.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1988). Health-promoting life-styles of older adults: comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Adv Nurs Sci*, 11(1), 76-90.
- World Health Organization. (2013). Obesity & Overweight, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html
- Yalçınkaya, M., Gök, F. Ö. & Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*; 6(6), 409-420.
- Yegül-Gülnar, G. & Kasap-Demir B. (2017). Çocuk ve Adölesanlarda Obezite İlişkili Hipertansiyon. *İKÇÜSBFD*, 2(1), 39-43.
- Zaybak, A., & Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 75-79.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Senaryo-Temelli Simülasyon Yönteminin Öğrencilerin Öz-Etkinlik Algı Düzeyleri Üzerindeki Etkisi*Effect of Scenario-Based Simulation Method on Self-Efficacy Perception Levels of Students*

Esra AKIN KORHAN, Doç.Dr.¹, Ayşe AKBİYİK, Arş. Gör.Dr.¹, Merve KIRŞAN, Yüksek Lisans Öğr.², Emre NAMIK, Yüksek Lisans Öğr.², Derya UZELLİ YILMAZ, Dr. Öğr.Üyesi¹, Burcu CEYLAN, Dr. Öğr.Üyesi¹, Yasemin TOKEM, Prof.Dr.³

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir (Yüksek Lisans Öğrencisi)

³İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Dalı, İzmir

Kabul tarihi/Accepted: 12.09.2018

İletişim/Correspondence:

Ayşe AKBİYİK, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Balatçık Kampüsü Çiğli -İzmir

E-posta: ayseakbyk@hotmail.com

Bu çalışma 28 Haziran-1 Temmuz 2018 tarihleri arasında "ERPA International Congresses on Education 2018" bilimsel etkinlikte sözlü sunum olarak sunulmuştur.

Özet

Amaç: Bu çalışmada, senaryo-temelli simülasyon yönteminin hemşirelik öğrencilerinin öz-etkinlik algıları üzerindeki etkinliğinin belirlenmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** Yarı deneysel tipte olan araştırma, 2017-2018 eğitim ve öğretim yılı İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Hemşirelik Esasları dersini alan ve temel hemşirelik beceri laboratuvarına ve çalışmaya katılım sağlayan 129 öğrenci ile gerçekleştirildi. Araştırmada, Hemşirelik Esasları dersi beceri laboratuvarı uygulamasında senaryo-temelli simülasyon yöntemi kullanıldı. Laboratuvar eğitimi öncesinde ve sonrasında öz-etkinlik ölçeği ile öğrencilerin öz-etkinlik algı düzeyleri belirlendi. Verilerin çözümlenmesinde tanımlayıcı istatistikler; iki ortalama arasındaki farkın analizi için "paired samples t test" kullanıldı. **Bulgular:** Hemşirelik öğrencilerinin laboratuvar eğitimi öncesinde ve sonrasında öz-etkinlik ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları eğitim öncesinde 71.50±11.23, eğitim sonrasında 74.43±10.22 olarak saptandı. Temel hemşirelik beceri eğitiminde kullanılan senaryo-temelli simülasyon yönteminin öğrencilerin öz-etkinlik algılarının artışına önemli ölçüde katkı sağladığı belirlendi (p<.001). **Sonuç:** Çalışmada, temel hemşirelik beceri laboratuvarına entegre edilen senaryo-temelli simülasyon yönteminin öğrencilerin öz-etkinlik algı düzeylerinde belirgin artış sağladığı tespit edildi. Laboratuvar eğitiminde bu yöntemin kullanımı ile ilgili olarak öğrencilerden pozitif geri bildirimler alındı. Bu bağlamda, senaryo-temelli simülasyon yönteminin temel hemşirelik beceri eğitimine entegre edilmesinin öğrencilerin öz-etkinlik algısını belirgin düzeyde arttıracığı ve öğrencilerin klinik ortama hazır olmalarına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir

Anahtar kelimeler: Öğrenci, simülasyon, senaryo temelli simülasyon, öz-etkinlik.

Abstract

Objective: It was aimed to determine the effect of scenario-based simulation method on self-efficacy perceptions of nursing students. **Material and Method:** This study, which has a semi-experimental design, was carried out with 129 students who were attending Fundamentals of Nursing course and who participated in the basic nursing skills laboratory and studied in the 2017-2018 academic year in Faculty of Health Sciences in İzmir Kâtip Çelebi University. Scenario-based simulation method was used in the practice of Fundamentals of Nursing Skill laboratory in this study. Self-efficacy perception levels of the students were determined before and after the laboratory practice. Descriptive statistics in the analysis of data; "paired samples t test" to analyse the difference between two means were used. **Findings:** It was determined that the mean score of the nursing students' obtained from self-efficacy scale before and after the laboratory practice were 71.50±11.23 and 74.43±10.22, respectively. It was determined that scenario-based simulation method used in basic nursing skills training contributed to the increase of self-efficacy perceptions significantly (p<.001). **Conclusion:** In the study, scenario-based simulation method integrated into basic nursing skills laboratory was found to provide a significant increase in self-efficacy perception level of the students. Positive feedbacks were received from students regarding the use of this method in laboratory training. In this context, it was concluded that integrating the scenario-based simulation method into the basic nursing skills training will significantly increase the students' self-efficacy perception and contribute to the students being ready for clinical environment.

Keywords: Student, simulation, scenario based simulation, self-efficacy.

Giriş

Hemşirelik eğitimi, bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayan teori ve uygulama bileşenlerinden oluşur (Morgan, 2006). Hemşirelik beceri laboratuvarı psikomotor beceri eğitiminin en önemli alanıdır. Hemşirelik beceri laboratuvarı eğitiminin amacı, hemşirelik öğrencilerine güvenli bir ortamda psikomotor becerileri ve hemşirelik bakımını öğretmektir (Ewertsson, Allvin, Holmström & Blomberg, 2015). Laboratuvar eğitimi, hemşirelik öğrencilerine “uygulama ile öğrenme” olanağı sunar. Hemşirelik beceri laboratuvarı eğitimi, kontrollü ve güvenli öğrenme ortamı sağlayarak öğrencilere psikomotor becerileri öğrenmelerine, teorinin uygulama ile birlikte kombine edilmesine, kendi kendilerine öğrenme deneyimi yaşamalarına ve gerçek bir klinik ortam için hazır oluşunun geliştirilmesine fırsat verir (Baxter, Akhtar-Danesh, Valaitis, Stanyon & Sproul, 2009; Li, 2016; Moule, Amanda, Sales & Lockyer, 2008). Laboratuvar eğitimi öğrencide hedeflenen psikomotor davranışların kazandırılmasında öğrencinin öğrenme sürecine dahil olabileceği interaktif yöntemlerin kullanılması son derece önemlidir (Terzioğlu vd., 2012). Temel hemşirelik beceri eğitimi maksimum etkinlik için hangi eğitim metodunun laboratuvar eğitimi sürecine dahil olması gerektiği henüz kesinlik kazanmamakla birlikte, temel hemşirelik becerilerinin öğretimi ve gerçek klinik ortamı taklit etmek için tasarlanmış simülasyon tekniklerinin yararlı olabileceği bildirilmektedir (Jeffries, 2005).

Laboratuvar eğitimi simülasyon yönteminin kullanılmasının, öğrenci performansını artırmakla birlikte eleştirel düşünme, karar verme becerilerini geliştirdiği, öz güveni artırdığı, ekip işbirliğini ve iletişimini geliştirdiği bildirilmektedir (Baxter vd., 2009; Ewertsson vd., 2015; Ünver & Başak, 2016). Hemşirelik eğitiminde simülatörler ile rol oynama, simülasyon yazılım, video, DVD'lerinin kullanımı ya da sanal gerçeklik yaratılması, bilgisayar kontrollü simülatörler ve interaktif hasta simülatörleri gibi simülasyon uygulamaları kullanılmakla birlikte, kompleks olmayan senaryolara temellendirilen “senaryo-temelli simülasyon”un temel hemşirelik beceri eğitimine ve değerlendirmeye katkı sağladığı fikri ilgili literatürlerce desteklenmektedir (Görüş, Bilgi & Bayındır, 2014; Mikkelsen, Reime & Harris 2008; Terzioğlu vd., 2012; Uysal, 2016; Wilson, Shepherd, Kelly & Pitzner, 2005). Senaryo-temelli simülasyon yönteminin, temel hemşirelik becerilerini öğretmekle birlikte, öğrencilerin olumlu bir öğrenme deneyimi yaşamalarına da olanak tanıdığı bildirilmektedir (Moule vd., 2008).

Senaryo-temelli simülasyon, gerçekleştirilmesi beklenen hedef ve davranışların yapılandırılmış bir senaryo çerçevesinde, öğrencinin kendisini senaryodaki rol yerine koyarak karşılaştığı problemleri çözebilecek hedef ve davranışları gösterebilmesi temeline dayanan bir öğrenme modelidir. Çalışmalarda senaryo-temelli simülasyon yönteminin iletişim, özgüven, klinik karar verme sürecini hızlandırma, eleştirel düşünmeyi geliştirme alanlarında belirgin artış sağladığı bildirilmektedir. Ayrıca, öğrencilerin öz-etkinlik algı düzeyinde de artış sağladığı fikri ileri sürülmektedir (Alinier, Hunt & Gordon, 2004; Bambini, Washburn & Perkins 2009; Hsu, Chang & Hsieh, 2015).

Öz-etkinlik, bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı veya yargısı ya da bireyin

belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı olarak tanımlanmaktadır (Gözüm & Aksayan 1999). Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya başlamadan önce öz-etkinlik algı düzeylerinin yüksek olması, klinik uygulama eğitiminde maksimal düzeyde verimlilik sağlamaya katkı sağlayacaktır (Yiğitbaş & Yetkin, 2003). Bu nedenle son yıllarda hemşirelik öğrencilerini klinik ortama hazırlama, klinik uygulamalarda öz-etkinlik ve özgüveni arttırmak için hemşirelik eğitiminde bazı müfredat değişikliklerine gidilmiştir (Terzioğlu vd., 2012). Benzer şekilde çalışmanın yürütüldüğü kurumda hemşirelik esasları dersinin temel hemşirelik beceri laboratuvarı eğitimine senaryo-temelli simülasyon yöntemi entegre edilmiştir.

Amaç

Bu çalışmada, senaryo-temelli simülasyon yönteminin hemşirelik öğrencilerinin öz-etkinlik algıları üzerindeki etkinliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi: Bu çalışma, temel hemşirelik beceri laboratuvarı eğitiminde senaryo-temelli simülasyon yönteminin kullanılmasının hemşirelik öğrencilerinin öz-etkinlik algı düzeylerine olan etkisini inceleyen yarı deneysel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim ve öğretim yılı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Hemşirelik Esasları dersi alan (N=184) öğrenci oluşturmaktadır. Herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmamış olup, ilgili dersi alan, temel hemşirelik beceri laboratuvarına katılan ve araştırmaya gönüllü olan 129 öğrenci araştırmanın örneklem grubunu oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Araçlarının Uygulanması: Araştırma verileri, Hemşirelik Esasları dersi beceri laboratuvarı uygulamasının gerçekleştirildiği dönem olan Şubat 2018 ile Nisan 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada, senaryo-temelli simülasyon yönteminin hemşirelik öğrencilerinin öz-etkinlik algısına olan etkisinin değerlendirilmesinin yapılabilmesi için öz-etkinlik ölçeği kullanılmıştır.

Öz-Etkinlik Ölçeği: 1982 yılında Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve 1999 yılında Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış; Türetgen ve Cesur tarafından 2007 yılında revize edilerek son hali oluşturulan Öz-Etkinlik Ölçeği'nin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .81, test-tekrar test güvenilirliği .82 olarak saptanmıştır (Türetgen & Cesur, 2007). “Öz-Etkinlik” 5'li Likert tipi bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Zorluklara Atılma-Mücadele, İşe Başlama-Tamamlama ve Sosyal Etkinlik alt boyutlarından oluşan 19 maddelik ölçekte, her bir madde için; 1-“beni hiç tanımlamıyor”, 2-“beni biraz tanımlıyor”, 3-“kararsızım”, 4-“beni iyi tanımlıyor”, 5- “beni çok iyi tanımlıyor” seçenekleri mevcuttur. Ölçekten en az 19, en fazla 95 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin öz etkinlik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (Türetgen & Cesur, 2007). Ölçek kullanım izni araştırmacılar tarafından alınmıştır. Bu çalışmada Öz-Etkinlik ölçeği öğrencilere beceri laboratuvarı eğitimine başlamadan önce ve eğitim tamamlandıktan sonra olmak

üzere iki kez uygulanmıştır. Eğitim öncesi Cronbach Alfa katsayısı 0.86, eğitim sonrası 0.85 olarak saptanmıştır.

Uygulama öncesinde öğrencilere çalışma ile ilgili açıklama yapıldı. Çalışmaya katılmaya gönüllü öğrencilerden, eğitim öncesinde ve sonrasında dağıtılan formlarda aynı rumuzu kullanmaları istendi. Ölçeğin öğrenciler tarafından doldurulma süresi yaklaşık 5 dakikadır.

Senaryo-temelli simülasyon uygulaması: 2017-2018 eğitim ve öğretim yılında Hemşirelik Esasları dersi beceri laboratuvarı uygulamasında kullandığımız senaryo-temelli simülasyon uygulaması hazırlık ve uygulama aşamaları olmak üzere iki adımda gerçekleştirildi.

Hazırlık Aşaması: Bu aşamada laboratuvar uygulaması öncesinde uygulamada görev alan öğretim elemanı/mentörler, simülasyon ve senaryo-temelli simülasyon yöntemi ile ilgili bir günlük eğitime tabi tutuldu. Bezer şekilde, laboratuvar uygulaması öncesinde dersi alan ve laboratuvara katılım sağlayacak öğrencilere senaryo-temelli simülasyon yöntemi ve sürecin nasıl işleyeceği ile ilgili bilgiler ayrıntılı bir şekilde aktarıldı. Hemşirelik Esasları dersi kapsamında yer alan "Asepsi-Enfeksiyon Kontrolü, Yaşam Bulguları, Yatak Başı Hasta Bakımı, Sıcak ve Soğuk Uygulamalar, Vücut Mekaniği ve Hareket Sistemi Uygulamaları, İlaç Uygulamaları, Solunum Sistemi Uygulamaları, Sindirim Sistemi Uygulamaları, Üriner Sistem Uygulamaları ve Boşaltım Sistemi Uygulamaları" başlıklı konu içeriklerinde yer alan becerilere yönelik öğrenme hedefleri oluşturuldu. Simülasyon ve senaryo yazma süreci ile ilgili eğitim almış kişiler tarafından Ünver ve Başak (2016) tarafından geliştirilen şablonlar (Ünver & Başak, 2016) referans alınarak her bir beceriye yönelik senaryolar hazırlandı; hazırlanan senaryolar laboratuvar eğitiminde görev alan öğretim elemanı/mentörlerin görüşüne sunulup, grubun önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldı. Her bir senaryo şablonunda öğrencinin gerçekleştirdiği uygulamaya ilişkin, sırasıyla kendini değerlendirmesi, akran değerlendirmesi ve öğretim elemanının değerlendirmesini yapabileceği "reaksiyon, tanımlama, analiz ve özetleme" aşamalarına ilişkin sorulara yer verildi.

Uygulama Aşaması: Bu aşamada, öncelikle Hemşirelik Esasları Beceri Laboratuvarı konu akışı temel alınarak gün içerisinde uygulanması planlanan beceri, 25'er kişilik öğrenci gruplarına öğretim elemanı/mentör tarafından düşük gerçeklikli manken üzerinde demonstrasyon metodu ile anlatıldı. Bu ortak anlatım eylemi sonrasında öğrenciler 7 veya 8 kişilik gruplara ayrıldı. Her bir grupta ilgili temel hemşirelik becerisi, senaryo şablonları doğrultusunda her bir öğrenci tarafından uygulandı. Senaryo uygulamaları esnasında grupta görevli öğretim elemanı/mentör tarafından ilgili becerinin adımlarını içeren kontrol listeleri

doğrultusunda her bir öğrencinin değerlendirilmesi yapıldı. Her bir beceriye ilişkin senaryo uygulamasının hemen ardından geribildirim yapıldı. Senaryonun uygulanması sürecinde öğretim elemanı/mentör öğrenciye hiçbir müdahalede bulunmayıp, geribildirim sonrasında hatalı beceri adımlarını iyileştirmeye yönelik "göster-yap" metodu kullanıldı.

Verilerin Analizi: Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanıldı. Verilerin çözümlenmesinde tanımlayıcı istatistikler, iki ortalama arasındaki farkın analizi için "paired sample t test" kullanıldı. Değerlendirmede "p" değerinin .05'ten küçük olması halinde ortalamalar arasındaki fark anlamlı olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırma katılımcılarından sözlü onam ve kurumdan dekanlık oluru alınmıştır.

Bulgular

Araştırmada Hemşirelik Esasları dersinin temel hemşirelik beceri laboratuvarı eğitiminde simülasyon-temelli yöntem kullanıldı. Öğrencilerin öz-etkinlik ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları laboratuvar eğitimi öncesinde 71.50 ± 11.23 , eğitim sonrasında 74.43 ± 10.22 'dir (Tablo 1). Öğrencilerin Zorluklara Atılma-Mücadele, İşe Başlama-Tamamlama ve Sosyal Etkinlik ölçek alt boyutlarında aldıkları puan ortalamaları sırasıyla eğitim öncesinde 31.72 ± 5.91 , 26.09 ± 4.71 , 13.69 ± 3.49 ; eğitim sonrasında 32.99 ± 5.08 , 26.99 ± 4.38 ve 14.45 ± 3.35 'dir (Tablo 1). Senaryo-temelli simülasyon yönteminin öğrencilerin Zorluklara Atılma-Mücadele ($p < .01$), İşe Başlama-Tamamlama ($p < .01$) ve Sosyal Etkinlik ($p < .01$) algılarının yükselmesine sağladığı katkı anlamlı düzeydedir (Tablo 2).

Tartışma

Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya yeterince hazırlanması öz-etkinliklerinin gelişmesi noktasında önemlidir. Klinik ortam için öğrencinin yeterince hazırlanmaması, öğrencilerin uygulamalarda olumsuz deneyimler yaşamasına, bunun sonucunda da öğrencilerin öz-etkinlik algılarının daha da zedelenmesine neden olacağı bildirilmektedir (Terzioğlu vd., 2012; Zengin, 2007). Öz-etkinlik ile performans arasında döngüsel bir ilişkinin olduğu gerçekliği kabul edildiğinde (Scholz, Doña, Shonali & Schwarzer, 2002) klinik uygulamada öz-etkinlik algısı olumsuz yönden etkilenen öğrenci daha fazla hata yapmaya meyilli olacaktır. Nitekim bu durum hemşire araştırmacılar tarafından fark edilmiş olup, öğrencileri klinik ortama hazırlamak, klinik uygulamalarda öz-etkinlik ve özgüven algı düzeylerini arttırmak için müfredat çalışmaları başlatılmıştır (Terzioğlu vd., 2012; Tosun, Oflaz, Akyüz, Kaya & Yava, 2008).

Tablo 1. Senaryo Temelli Laboratuvar Eğitimi Öncesi ve Sonrası Öz-Etkinlik Ölçeği Puan Ortalamaları (n=129)

Ölçeğin Alt Boyutları	Ölçek		Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası		
	Madde Sayısı	Puan Aralığı	Minimum-maksimum	X*	SD**	Minimum-maksimum	X	SD
Zorluklara Atılma-Mücadele	8	8-40	9-40	31.72	5.91	9-40	32.99	5.08
İşe Başlama-Tamamlama	7	7-35	10-35	26.09	4.71	10-35	26.99	4.38
Sosyal Etkinlik	4	4-20	4-20	13.69	3.49	4-20	14.45	3.35
Toplam	19	19-95	24-92	71.50	11.23	23-92	74.43	10.22

Tablo 2. Senaryo Temelli Laboratuvar Eğitimi Öncesi ve Sonrası Öz-Etkinlik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=129)

Öz-Etkinlik Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Öncesi X±SS	Eğitim Sonrası X±SD	t/p
Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım			
<i>Eğer bir şey çok karmaşık görünüyorsa denemeye bile kalkışmam</i>			
İlgin ama arkadaşlık etmesi zor olan biriyle tanışsam arkadaşlık etme çabalarımı kısa zamanda keserim			
Yeni bir şey öğrenmeye çalışırken başlangıçta başarılı olmazsam, hemen vazgeçerim	31.72±5.91	32.99±5.08	-3.479/ .001
Beklenmedik problemler ortaya çıktığında onlarla pek de iyi baş edemem			
Bana zor göründüklerinde yeni şeyleri öğrenmekten kaçınırım			
Kolay vazgeçerim			
Yaşamımda karşılaştığım sorunların çoğuyla baş edemiyor gibiyim			
Plan yaptığımda, gerçekleştireceğimden eminimdir			
Sorunlarımdan biri yapmam gerektiğinde bir türlü işe girişmemektir			
Bir işi ilk seferde yapamazsam da yapana kadar denemeye devam ederim			
İşleri tamamlamadan bırakırım	26.09±4.71	26.99±4.38	-2,691/ .008
<i>Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa, bitirene kadar uğraşırım</i>			
<i>Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen üzerinde çalışmaya başlarım</i>			
<i>Başarısızlık sadece benim daha fazla çabalamamı sağlar</i>			
Yeni arkadaş edinmek benim için zordur			
Tanışmak istediğim biri olursa onun bana gelmesini beklemektense ben ona giderim	13.69±3.49	14.45±3.35	-3,269/ .001
Sosyal toplantılarda kendimi pek de iyi idare edemem			
Arkadaşlarımı arkadaş edinme yeteneğim sayesinde kazandım			
Ölçek Toplam	71.50±11.23	74.43±10.22	-5.129/ .000

Bugün, senaryo-temelli simülasyon yöntemi de dahil olmak üzere birçok simülasyon yöntemi hemşirelik eğitimine entegre edilmesi global çapta oldukça popüler hale gelmiştir. Araştırmalarda, senaryo-temelli simülasyon uygulamasının öğrencilerde klinik karar verme, iletişim, özgüven, öz-etkinlik düzeylerinde ve akademik başarılarında belirgin ölçüde bir artış sağladığı bildirilmektedir (Bambini vd., 2009; Eşer, Orkun & Çetin, 2017; Mikkelsen vd., 2008; Uysal, 2016; Wagner, Bear & Sander, 2009). Senaryo-temelli simülasyon yöntemine ilişkin öğrenci görüşlerinin alındığı araştırmalarda öğrenciler, klinik uygulama öncesinde alınan simülasyon eğitiminin öz-güvenlerini arttırmaya katkı sağladığını bildirmişlerdir (Terzioğlu vd., 2012; Uysal, 2016). Temel hemşirelik beceri laboratuvarında senaryo-temelli simülasyon yönteminin öğrencilerin dikkatini çektiği; öğrenciler tarafından klinik deneyim yaşatması bağlamında değerli bulunduğu çalışmalar mevcuttur (Himes, Ravert & Tingey, 2009; Sharpnack & Madigan, 2012). Çalışmamızda kullandığımız öz-etkinlik ölçeği analizinden elde ettiğimiz bulgular da literatürü destekler niteliktedir. Çalışma sonucunda temel hemşirelik beceri eğitimi laboratuvarında kullanılan senaryo-temelli simülasyon yönteminin öğrencilerin zorluklara atılma-mücadele ($p<.01$), işe başlama-tamamlama ($p<.01$), sosyal etkinlik ($p<.01$) alt boyutlarını kapsayan öz-etkinlik algılarında belirgin düzeyde artış sağladığı belirlendi ($p<.001$). Bu bağlamda, senaryo-temelli simülasyon yönteminin temel hemşirelik beceri eğitimine entegre edilmesiyle öğrencilerin öz-etkinlik algısının artışına katkı sağladığı, buna paralel öğrencilerin klinik uygulamaya hazır oluştuna da destek olacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Çalışma sonucunda, temel hemşirelik beceri laboratuvarına entegre ettiğimiz senaryo-temelli simülasyon yönteminin öğrencilerin öz-etkinlik algı düzeylerinde belirgin artış sağladığı belirlendi. Bu sonuçlar, temel hemşirelik beceri laboratuvarı eğitimlerine, öğrencinin öz-etkinlik algısını arttıracak ve klinik ortama daha da hazır olma haline katkı sağlayacak senaryo-temelli simülasyon yöntemi de dahil, farklı eğitim yöntemi stratejilerinin entegre edilmesinin yararlı olacağını düşündürmektedir.

Alana Katkı

Hemşirelik öğrencilerinin öz-etkinlik algı düzeylerinin yüksek olması, klinik öğretim sürecinden maksimal düzeyde verimlilik sağlamaya katkı sağlayacaktır. Hemşirelik Esasları dersinin temel hemşirelik beceri laboratuvarı eğitimine senaryo-temelli simülasyon yönteminin entegre edilmesi, öğrencilerin öz-etkinlik algılarını arttıracak ve buna paralel klinik öğretim sürecinin verimliliğine katkıda bulunacaktır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Alinier, G., Hunt, W.B., & Gordon, R. (2004). Determining the value of simulation in nurse education: Study design and initial results. *Nurse Education in Practice*, 4(3), 200-207.
- Bambini, D., Washburn, J., & Perkins, R. (2009). Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: Communication, confidence, clinical judgment. *Nursing Education Perspectives*, 30(2), 79-82.

- Baxter, P., Akhtar-Danesh, N., Valaitis, R., Stanyon, W., & Sproul, S. (2009). Simulated experiences: Nursing students share their perspectives. *Nurse Education Today*, 29(8), 859-866.
- Eşer, İ., Orkun, N., Çetin, P. (2017). Hemşirelik imajı ve 1950'li yıllarda bir seri ilan. *DEUHFED*, 10(4), 275-278.
- Ewertsson, M., Allvin R., Holmström I.K., & Blomberg, K. (2015). Walking the bridge: nursing students' learning in clinical skill laboratories. *Nurse Education in Practice*, 15(4), 277-283.
- Göriş, S., Bilgi N., & Bayındır S.K. (2014). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 25-29.
- Gözüm, S., & Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlilik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 21-34.
- Himes, D., Ravert, P., & Tingey, C. (2009). Engaging Nursing students in the fundamental skill lab: Scenario based simulations. *Clin Simulation Nurs.*, 5(3), e-140.
- Hsu, L.L., Chang W.H., & Hsieh, S.I. (2015). The Effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: A randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing*, 31(1), 37-49.
- Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nurs Educ Perspect*, 26(2):96-103.
- Li, A. M. L. (2016). Simulation-based clinical skill training to promote effective clinical learning with simulation evaluation rubrics in nursing education. *International Journal of Information and Education Technology*, 6(3), 237-242.
- Mikkelsen, J., Reime M.H., & Harris A.K. (2008). Nursing students' learning of managing cross-infections - scenario-based simulation training versus study groups. *Nurse Education Today*, 28(6), 664-671.
- Morgan, R. (2006). Using clinical skills laboratories to promote theory-practice integration during first practice placement: An Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 155-161.
- Moule, P., Amanda W., Sales R., & Lockyer, L. (2008). Student Experiences and mentor views of the use of simulation for learning. *Nurse Education Today*, 28(7), 790-797.
- Scholz, U., Doña B.G., Shonali, S.S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251.
- Sharpnack, PA. & Madigan, E.A. (2012). Using Low-Fidelity Simulation with Sophomore Nursing Students in a Baccalaureate Nursing Program. *Nurs Educ Perspect*, 33(4): 264-265.
- Terzioğlu, F., Kapucu, S., Özdemir, L., Boztepe, H., Duygulu, S., Tuna, Z., et al. (2012). Simülasyon yöntemine ilişkin hemşirelik öğrencilerinin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 19(1): 16-23.
- Türetgen, İ.Ö., & Cesur, S. (2007). Öz etkinlik ölçeği'nin psikometrik özellikleri-II, <http://toad.edam.com.tr/olcek/oz-etkinlik-olcegi>. Erişim Tarihi: 16.05.1028
- Tosun, N., Ofiaz, F., Akyüz, A., Kaya, T., & Yava, A. (2008). "Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin intörn eğitim programından beklentileri ile program sonunda kazanım ve önerilerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50: 164-171.
- Uysal, N. (2016). Improvement of nursing students' learning outcomes through scenario-based skills training. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0): e2790.
- Ünver, V., & Başak T. (2016). Simülasyona dayalı eğitimde senaryo yazma süreci. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi Cerrahi Hemşireliği Özel Sayısı*, 2(1): 70-78.
- Wagner, D., Bear, M., & Sander J. (2009). Turning simulation into reality: Increasing student competence and confidence. *J Nurs Educ.*, 48(8): 465-467.
- Wilson, M., Shepherd, I., Kelly, C., & Pitzner, J. (2005). Assessment of a low-fidelity human patient simulator for the acquisition of nursing skills. *Nurse Education Today*, 25(1):56-67.
- Yiğitbaş, Ç., & Yetkin A. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1): 6-13.
- Zengin, N. (2007). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1): 49-57.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Ankilozan Spondilit Hastalarında Hastalığa Özgü İndeksler, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*The Investigation of The Relationship Between Disease Specific Indexes, Fatigue and Quality of Life in Ankylosing Spondylitis Patients*Yasemin ACAR, Arş. Gör.¹, Gerçek CAN, Dr. Öğr. Üyesi², Nursen İLÇİN, Doç Dr.³¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü²Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı İmmunoloji ve Romatoloji Bilim Dalı³Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

Kabul tarihi/Accepted: 03.12.2018

İletişim/Correspondence:

Yasemin ACAR, Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Sağlık Yerleşkesi Mithatpaşa Caddesi No:56/15 İnciraltı-İzmir

E-posta: fzt.yasemin@hotmail.com

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı ankilozan spondilit (AS) hastalarında yorgunluk, hastalığa özgü indeksler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel tipteki çalışmamıza Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji ve İmmunoloji polikliniğinde takip edilen AS hastaları katıldı. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi amacıyla Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), fonksiyonel seviyenin değerlendirilmesinde Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI) ve spinal mobilitenin değerlendirilmesinde Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMI) kullanıldı. Yorgunluğun değerlendirilmesinde BASDAI'nin yorgunluğu değerlendiren maddesi kullanıldı. Yaşam kalitesi Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Anketi (ASQoL) kullanılarak değerlendirildi. Hastalığa özgü indeksler, yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Spearman korelasyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmamızda 85 AS hastası değerlendirildi. Yorgunluk ile BASDAI arasında mükemmel ($\rho=0.809, p<0.001$), BASFI ile BASDAI arasında iyi ($\rho=0.665, p<0.001$), BASFI ile yorgunluk arasında orta ($\rho=0.561, p<0.001$) ve BASFI ile BASMI arasında orta ($\rho=0.455, p<0.001$) dereceli korelasyon bulundu. Yaşam kalitesi ile BASDAI arasında orta ($\rho=0.523, p<0.001$), yaşam kalitesi ile BASFI arasında orta ($\rho=0.508, p<0.001$) ve yaşam kalitesi ile yorgunluk arasında orta dereceli ($\rho=0.464, p<0.001$) korelasyon bulunurken, yaşam kalitesi ile BASMI arasında düşük dereceli ($\rho=0.280, p=0.009$) korelasyon bulundu. **Sonuç:** Ankilozan spondilit hastalarında yorgunluk, hastalık aktivitesi, spinal mobilite ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, yorgunluk, yaşam kalitesi.

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between fatigue, disease-specific indexes and quality of life in ankylosing spondylitis (AS) patients. **Material and Methods:** In our cross-sectional study, AS patients who were followed in Dokuz Eylül University Rheumatology and Immunology outpatient clinic were included. Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) was used for the evaluation of disease activity, Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) was used for the evaluation of functional level, Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) was used to evaluate spinal mobility. For evaluation of fatigue, fatigue-assessing item of BASDAI was used. Quality of life was assessed by using the Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire (ASQoL). Spearman correlation analysis was used to examine the relationship between disease specific indexes, fatigue and quality of life. **Findings:** Eighty-five AS patients were evaluated in our study. Excellent correlation was detected between fatigue and BASDAI ($\rho=0.809, p<0.001$), good correlation was found between BASFI and BASDAI ($\rho=0.665, p<0.001$) moderate correlations were found between BASFI and fatigue ($\rho=0.561, p<0.001$), and BASFI and BASMI ($\rho=0.455, p<0.001$). There was moderate correlation between quality of life and BASDAI ($\rho=0.523, p<0.001$), moderate correlation between quality of life and BASFI ($\rho=0.508, p<0.001$), moderate correlation between quality of life and fatigue ($\rho=0.464, p<0.001$). Low correlation was found between quality of life and BASMI ($\rho=0.280, p=0.009$). **Conclusion:** It was found that fatigue, disease activity, spinal mobility and quality of life were correlated in ankylosing spondylitis patients.

Keywords: Ankylosing Spondylitis, fatigue, quality of life.

Giriş

Ankilozan spondilit (AS) nedeni henüz bilinmeyen, temel olarak omurgayı etkileyen, yapısal ve fonksiyonel bozulmalara yol açan ve tüm bunların sonucunda yaşam kalitesinde azalmaya neden olan kronik ve inflamatuvar bir hastalıktır (Braun & Sieper, 2007). AS erkeklerde kadınlara oranla 2-3 kat daha fazla görülür (Braun & Sieper, 2007; Feldtkeller, Khan, Van Der Heijde, Van Der Linden, & Braun, 2003). AS'nin ilk belirtileri genellikle ergenlik çağının sonlarında veya erken yetişkinlikte görülür. İlk semptom genelde sinsiz başlangıçlı ağrıdır. Ağrı genelde kalça ve alt lumbal bölgede hissedilir; aynı bölgede birkaç saat süren sabah tutukluğu ağrıya eşlik eder. Sabah tutukluğu aktiviteyle düzelir, hareketsizlikle geri gelir (Sieper, Braun, Rudwaleit, Boonen, & Zink, 2002).

AS'de inflamasyon, faset eklemlerin etkilenmesi ve ligamentöz ossifikasyon gibi yapısal hasarlar spinal mobilitenin azalmasına neden olur (Wanders vd., 2005). AS fonksiyonel limitasyonlara ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olur. Yorgunluk AS'de önemi son zamanlarda anlaşılmaya başlayan bir semptomdur. Yorgunluk; ağrı, depresyon, ilaç yan etkileri ve hastalığın diğer semptomları ile ilişkili öznel bir durumdur (Missaoui & Revel, 2006).

AS hastalarının klinik takibini standardize etmek için Ankilozan Spondilite Değerlendirme (The Assessment in Ankylosing Spondylitis-ASAS) uluslararası çalışma grubu tarafından hasta takibinde önemli değerlendirmelerden oluşan bir çekirdek set geliştirilmiştir (Zochling, Braun, & van der Heijde, 2006). Ağrı, sabah tutukluğu, spinal mobilite ve yorgunluk bu çekirdek sette yer alan önemli parametrelerdendir.

Hastalık semptomları, uyku bozuklukları ve depresyon gibi nedenlerle AS'li hastalarda yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmektedir (Yang vd., 2016). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hastalık ve tedavinin birey üzerindeki etkilerini yansıtan çok faktörlü ve öznel bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ASAS tarafından önerilen çekirdek sette yer almamaktadır, bununla birlikte hastalığın aktivite, fonksiyon ve katılıma etkilerinin incelenmesi açısından AS'de değerlendirmenin bir bileşeni olarak düşünülmelidir.

AS hastalarında yaşam kalitesi ve yorgunluk ile ilişkili faktörleri inceleyen çalışmalar bulunsada çalışma sayısı yetersizdir. Yaşam kalitesinin geliştirilebilir yönlerinin belirlenmesi ve bu hedef doğrultusunda uygun müdahalelerin planlanması klinik uygulamalar sırasında yarar sağlayabilir. AS'de spinal mobilite, hastalık aktivitesi, yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve bu parametrelerin birbirleriyle ilişkilerinin incelenmesi yeni tedavi stratejilerinin belirlenmesinde etkili olabilir.

Amaç

Bu çalışmanın amacı AS hastalarında, yorgunluk, hastalığa özgü indeksler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırma olarak planlandı ve Mayıs 2017-Mart 2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'nda gerçekleştirildi.

Çalışmamızın etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.03.2017 tarih ve 201/05-20 karar numarası ile alındı.

Çalışmamıza Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji ve İmmunoloji Bilim Dalı polikliniğinde takip edilen gönüllü hastalar katıldı. Dahil edilme kriterleri; 1984 Modifiye New York tanı kriterlerine göre tanı almış olmak, gönüllü olmak, 18-65 yaş aralığında olmak, nörolojik, neoplastik, ortopedik ve sistemik bir hastalığa sahip olmamak olarak belirlendi. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan katılımcılara çalışmanın amacı ve uygulanacak değerlendirme yöntemleri anlatıldı. Her katılımcıdan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alındı. Katılımcıların boy uzunluğu (m) ve vücut ağırlığı (kg) ölçüldü. Vücut kütle indeksi (VKİ) kilogram/boy² (kg/m²) formülü kullanılarak hesaplandı. Hastaların tanı süreleri ve kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Sigara içme alışkanlıkları sorgulandı. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ), fonksiyonel seviyenin değerlendirilmesinde Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI), spinal mobilitenin değerlendirilmesinde Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMİ) kullanıldı. Yorgunluğun değerlendirilmesinde BASDAİ'nin yorgunluğu değerlendiren maddesi kullanıldı. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Anketi (ASQoL) kullanıldı.

Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ): Yorgunluk, spinal ve periferik eklem ağrısı, şişlik ve sabah tutukluğu gibi hastalığa özgü semptomları değerlendirir ve 0-10 arasında değişen bir skor üzerinden yorumlanır. Skorun artması hastalık aktivitesinde artışa ifade eder. Hastalık aktivitesi ve progresyonunu değerlendirmek için geliştirilmiş güvenilir ve değişikliklere duyarlı bir indekstir (Garrett vd., 1994). BASDAİ'nin Türkçe versiyonunun değişimlere duyarlı, geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Akkoc, Karatepe, Akar, Kirazlı, & Akkoc, 2005).

Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI): AS'li hastalarda fonksiyonel durumun belirlenmesi ve takibi için geliştirilmiş, hızlı ve kolay uygulanabilen, değişikliklere duyarlı ve güvenilir bir indekstir (Calin vd., 1994). Hastaların eğilme, uzanma, ayakta durma, pozisyon değiştirme, merdiven çıkma, günlük yaşam aktiviteleriyle başa çıkma yeteneklerini değerlendiren 10 sorudan oluşur. Her bir soru için 0-10 cm aralığında VAS kullanılarak toplam alınan skorun 10'a bölünmesiyle sonuç skoru elde edilir. BASFI'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir (Ozer, Sarpel, Gulek, Alparlan, & Erken, 2005).

Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMİ): BASMİ beş klinik ölçümden oluşur: servikal rotasyon, tragus duvar mesafesi, lumbal fleksiyon, gövde lateral fleksiyonu ve intermalleoler mesafe. İlk olarak 1994 yılında iki puanlık skala olarak geliştirilmiş, sonrasında 10 puanlık skora adapte edilmiştir (Zochling, 2011). Çalışmamızda 10 puanlık BASMİ skalası kullanıldı.

Yorgunluk: ASAS Uluslararası çalışma grubu tarafından AS hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesinde BASDAİ anketinin yorgunluk ile ilgili maddesinin kullanımı önerilmektedir (Zochling vd., 2006). BASDAİ'de yorgunluğun şiddetini değerlendiren madde ile yorgunluğun fiziksel, sosyal ve bilişsel etkilerini değerlendiren daha kapsamlı bir

ölçek olan Yorgunluk Şiddet Ölçeği arasında iyi derecede korelasyon olduğu bildirilmiştir (Schneeberger, Marengo, Dal Pra, Cocco, & Citera, 2015). Çalışmamızda, BASDAİ'nin ilk maddesi olan "Halsizlik/yorgunluk düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?" sorusuna verilen yanıt 0-10 puanlık vizüel analog skala (VAS) kullanılarak kaydedildi.

Yaşam Kalitesi: AS hastaları için geliştirilen Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Anketi (ASQoL) kullanılarak değerlendirildi. ASQoL, AS'de yaşam kalitesini değerlendirmek için en fazla kullanılan, geçerliliği ve güvenilirliği olan bir ankettir (Doward vd., 2003). On sekiz sorudan oluşan bu ankette hastalardan her bir soruya evet ya da hayır şeklinde cevap vermesi istenir. Hayır cevabı için '0', evet cevabı için '1' puan alınır. Toplam skor 0-18 arasında değişir. Yüksek skorlar yaşam kalitesinde ciddi bozulmalar olduğunu gösterir (Zochling, 2011). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Duruöz vd., 2013).

İstatistiksel analiz

İstatistik analizler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 20 programı kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Hasta özellikleri tanımlayıcı istatistikler ile özetlendi. Sürekli verilerden normal dağılıma uyanlar için ortalama ve standart sapma değerleri, uymayan veriler için ortanca ve çeyrekler arası aralık değerleri verildi. Kategorik veriler ise frekans (n) ve yüzde (%) olarak ifade edildi. Hastalığa özgü indeksler, yorgunluk ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi (rho) kullanıldı. Korelasyon katsayılarının yorumlanmasında Hayran'ın önerdiği (.05-.30) düşük derece, (.30-.40) düşük orta derecede, (.40-.60) orta derecede, (.60-.70) iyi derecede, (.70-.75) çok iyi derecede, (.75-1.00) mükemmel derecede korelasyon aralıkları referans olarak alındı (Hayran, 2011).

Yapılan analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamızda 85 AS hastasının (50 erkek, 35 kadın) değerlendirmeleri yapıldı. Hastaların tanı alma süreleri ortalaması 10.29 ± 7.98 yıl olarak bulundu. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 40.81 ± 8.72 , boy ortalamaları 1.70 ± 0.11 m, vücut ağırlığı ortalamaları 76.50 ± 3.74 kg, VKİ ortalamaları 26.65 ± 4.25 kg/m² olarak saptandı. Hastaların kullandığı ilaçlar incelendiğinde 39 hastanın biyolojik ajan kullandığı (%45.9) görüldü. Sigara içme durumları incelendiğinde 34 hasta hiç sigara içmediğini, 24 hasta sigarayı bıraktığını, 27 hasta ise halen sigara kullandığını bildirdi. Hastaların BASDAİ, BASFİ, BASMİ, yorgunluk ve yaşam kalitesi sonuçları ortanca değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Ankilozan Spondilit Hastalarının BASDAİ, BASFİ, BASMİ, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Sonuçları

	AS (n=85)	
	Ortanca	Çeyrekler arası aralık
BASDAİ	2.30	1.19- 4.25
BASFİ	1.50	.40- 3.50
BASMİ	2.00	1.05-3.00
Yorgunluk	3.30	1.00- 5.20
Yaşam kalitesi	6.00	2.00- 10.00

BASDAİ: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASFİ: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, BASMİ: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi

BASDAİ, BASFİ, BASMİ, yorgunluk ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki sonuçları Tablo 2'de sunulmuştur. Yorgunluk ile BASDAİ arasında mükemmel korelasyon ($\rho = .809$, $p < .001$), BASDAİ ile BASFİ arasında iyi dereceli korelasyon ($\rho = .665$, $p < .001$); yorgunluk ile BASFİ arasında orta dereceli korelasyon ($\rho = .561$, $p < .001$), BASFİ ile BASMİ arasında orta dereceli korelasyon ($\rho = .455$, $p < .001$) bulundu. Yaşam kalitesi ile BASDAİ arasında orta dereceli korelasyon ($\rho = .523$, $p < .001$), yaşam kalitesi ile BASFİ arasında orta dereceli korelasyon ($\rho = .508$, $p < .001$) ve yaşam kalitesi ile yorgunluk arasında orta dereceli korelasyon ($\rho = .464$, $p < .001$) bulunurken, yaşam kalitesi ile BASMİ arasında düşük dereceli korelasyon ($\rho = .280$, $p = .009$) bulundu. BASMİ ile BASDAİ ve yorgunluk arasında bir korelasyon olmadığı görüldü ($p > .05$).

"Yorgunluk ile hastalık aktivitesi arasında çok güçlü bir ilişki vardır"

Tablo 2. Korelasyon Analizi Sonuçları

	BASDAİ	BASFİ	BASMİ	Yorgunluk	Yaşam Kalitesi	
BASFİ	rho	.665**	1.000			
	p	<.001				
BASMİ	rho	.205	.455**	1.000		
	p	.059	<.001			
Yorgunluk	rho	.809**	.561**	.151	1.000	
	p	<.001	<.001	.169		
Yaşam Kalitesi	rho	.523**	.508**	.280**	.464**	1.000
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	

BASDAİ: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASFİ: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, BASMİ: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi
Spearman korelasyon analizi * $p < .05$, ** $p < .001$

"Yorgunluk ile spinal mobilite arasında bir ilişki bulunmamıştır"

Tartışma

Çalışmamızda AS hastalarında hastalığa özgü indeksler, yorgunluk ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlandı. Bu amaçla 85 AS hastasının değerlendirmeleri yapıldı. AS hastalarında yorgunluk ile BASDAİ arasında mükemmel korelasyon, BASDAİ ile BASFİ arasında iyi dereceli korelasyon, BASFİ ile BASMİ ve yorgunluk arasında orta dereceli korelasyon bulundu. Yaşam kalitesi ile BASDAİ, BASFİ ve yorgunluk arasında orta dereceli korelasyon bulunurken, yaşam kalitesi ile BASMİ arasında düşük dereceli korelasyon bulundu.

Yorgunluk AS'de ağrı ve tutukluktan sonra üçüncü önemli semptomdur (Missouai & Revel, 2006). AS hastalarının yarısının yoğun şiddette yorgunluk hissettiği ve AS'de yorgunluğun hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum, uyku problemleri ve depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Günaydin, Karatepe, Çeşmeli, & Kaya, 2009). Çalışmamızda yorgunluk ile hastalık aktivitesi arasında çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaştık. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada yorgunluğun daha çok hastalığın aktif olduğu durumlarda ortaya çıktığı ve ciddi etkilenimli AS hastalarında daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Turan vd., 2007). Sabah tutukluğu, aksiyel ağrı, periferik eklemlerde ağrı ve şişlik gibi BASDAİ'nin alt parametreleri yorgunluk

ile ilişkili olarak bildirilmiştir (Alkan vd., 2013). Ağrıya bağlı yorgunluk çeşitli mekanizmalarla açıklanabilir (Belza, Henke, Yelin, Epstein, & Gilliss, 1993). Ağrı ile baş etmek hem zihinsel hem de fiziksel enerji gerektirebilir, daha az ağrılı şekilde günlük işleri yerine getirmek daha fazla enerji gerektirebilir. Ayrıca ağrı uyku problemlerine neden olarak kişinin kendisini sürekli olarak yorgun hissetmesine neden olabilir.

Dagfınrud ve diğerleri 52 AS hastasını değerlendirmiş ve AS hastalarının üçte birinin ciddi düzeyde yorgunluk hissettiğini bildirmiştir (Dagfınrud, Vollestad, Loge, Kvien, & Mengshoel, 2005). Bu çalışmada yorgunluğun hastalık aktivitesi, fiziksel fonksiyon, zihinsel sağlık ile ilişkili olduğu bildirilirken spinal mobilite ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Spondiloartrit hastalarıyla yapılan bir çalışmada yorgunluk, BASDAİ'nin yorgunluk ile ilgili maddesi ve Yorgunluk Çok Boyutlu Değerlendirme Skalası kullanılarak değerlendirilmiştir. Her iki ölçkle elde edilen yorgunluk skorlarının BASMI ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (Stebbins, Treharne, Jenks, & Highton, 2014). Biz de çalışmamızda spinal mobilitenin, yorgunluk ve BASDAİ ile ilişkili olmadığını sonucuna ulaştık. Bu sonuçlara göre AS hastalarında spinal mobilite, hastalığın aktivite düzeyi ve yorgunluktan bağımsız olarak düşünülmelidir.

AS hastalarında fonksiyonellik ile ilişkili faktörler incelendiğinde fonksiyonel kayıp ile ilişkili en güçlü faktörlerin BASDAİ ve BASMI olduğu bulunmuştur (Bostan, Borman, Bodur, & Barca, 2003). BASDAİ ağrı, yorgunluk, tutukluk gibi hasta tarafından bildirilen sonuçları yansıtır. Hastalık aktivitesinde artış geri dönüşlü bir fonksiyon kaybına yol açar. Medikal tedavi ile semptomlarda azalma olursa fonksiyonel seviyede iyileşme görülür. Eğer hastada yapısal hasarlar oluşmuşsa, bu spinal mobilitenin azalmasına ve geri dönüşsüz fonksiyon kaybına neden olabilir (Landewé, Dougados, Mielants, van der Tempel, & van der Heijde, 2009). Fonksiyonel kayıpların en güçlü belirleyicisinin BASMI içinde yer alan Schober testi ve servikal rotasyon derecesi olduğu bildirilmiştir (Bostan vd., 2003; Dalyan, Güner, Tuncer, Bilgiç, & Araslı, 1999). Ayrıca BASMI içinde yer alan ölçümlerden servikal rotasyon derecesi ile tragus duvar mesafesinin hastaların fonksiyonellik seviyesinin tahmininde önemli değişkenler olduğu gösterilmiştir (Almodóvar vd., 2009). Biz de çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak BASFI, BASDAİ ve BASMI arasında önemli ilişkiler olduğu sonucuna ulaştık.

Kronik ağrısı olan hastalar yaşamın birçok alanında sıkıntıya, olumsuz duygulara ve memnuniyetsizliğe sahip olabilirler. Yapılan çalışmalarda bizim sonuçlarımızla benzer şekilde AS hastalarında yaşam kalitesinin BASDAİ, BASFI ve yorgunluk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bodur vd., 2011). Hastalık aktivitesi yaşam kalitesinin en güçlü belirleyicilerinden biridir (Kotsis, Voulgari, Drosos, Carvalho, & Hyphantis, 2014). Fiziksel fonksiyonun yaşam kalitesi ile ilişkili ana faktör olduğu bildirilmiştir (Ariza-Ariza, Hernández-Cruz, & Navarro-Sarabia, 2003; Zhao vd., 2007). Yaşam kalitesinin fiziksel alanları, zihinsel ve sosyal alanlardan daha fazla bozulmakta ve hastalar genel sağlıklarını oldukça zarar görmüş olarak algılamaktadır. Tubergen ve ark. AS hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesine etkisini araştırmışlar ve yorgunluğun yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği sonucuna ulaşmışlardır (Van Tubergen vd., 2002). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde Kısa Form 36 (SF-36) kullanılarak yapılan bir çalışmada yorgunluğun

SF-36 ölçeğinin tüm bileşenleri ile anlamlı derecede ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Alkan vd., 2013). Başka bir çalışmada ise hastalardan 23 maddeden oluşan, yaşam kalitesini etkileyebilecek geniş bir dizi problemi değerlendiren bir anketi tamamlamaları istenmiş ve hastalar en çok ağrı, tutukluk, yorgunluk, uyku problemleri, dış görünüş, gelecek hakkındaki kaygılar ve ilaç yan etkilerinin yaşam kalitesini etkilediğini bildirmişlerdir (Ward, 1999).

"AS'de fonksiyonellik hastalık aktivitesi ve spinal mobilite ile ilişkilidir"

Sonuç

Sonuç olarak çalışmamızda AS hastalarında yorgunluk, hastalık aktivitesi, spinal mobilite ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu görülmüştür. Mevcut yönetim stratejileri, ağrıyı azaltmaya, fiziksel aktiviteyi sürdürmeye ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik psikososyal sağlık yönlerini geliştirmeye odaklanmalıdır. AS'de sağlıkla ilgili yaşam kalitesi belirleyicilerinin tanımlanması için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yorgunluk çok boyutlu değerlendirilmesi gereken bir semptom olduğundan vizüel analog skala yorgunluğu değerlendirmede yetersiz kalabilir. Bu nedenle AS'de yorgunluğu değerlendiren farklı skalaların geliştirilmesi faydalı olacaktır. Yorgunluğun farklı yönlerinin daha fazla incelemesi, AS'de bir sonuç ölçüsü olarak yorgunluğun kesinliğini arttırmak için gereklidir.

"Yaşam kalitesi ile hastalık aktivitesi, fonksiyonellik ve yorgunluk arasında önemli bir ilişki vardır"

Alana katkı

Sağlık hizmetlerinin nihai hedefi olan yaşam kalitesinin artırılması için yaşam kalitesi ile ilişkili faktörlerin bilinmesi faydalı olacaktır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Akkoc, Y., Karatepe, A. G., Akar, S., Kirazlı, Y., & Akkoc, N. (2005). A Turkish version of the bath ankylosing spondylitis disease activity index: reliability and validity. *Rheumatology international*, 25(4), 280-284.
- Alkan, B. M., Fidan, F., Erten, Ş., Aksekili, H., Alemdar, A., Eroğlu, E., et al. (2013). Fatigue and correlation with disease-specific variables, spinal mobility measures, and health-related quality of life in ankylosing spondylitis. *Modern rheumatology*, 23(6), 1101-1107.
- Almodóvar, R., Zarco, P., Collantes, E., González, C., Mulero, J., Fernández-Sueiro, J., et al. (2009). Relationship between spinal mobility and disease activity, function, quality of life and radiology. A cross-sectional Spanish registry of spondyloarthropathies (REGISPONSER). *Clinical & Experimental Rheumatology*, 27(3), 439.
- Ariza-Ariza, R., Hernández-Cruz, B., & Navarro-Sarabia, F. (2003). Physical function and health-related quality of life of Spanish patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis care & research*, 49(4), 483-487.
- Belza, B. L., Henke, C. J., Yelin, E. H., Epstein, W. V., & Gilliss, C. L. (1993). Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nursing research*.
- Bodur, H., Ataman, Ş., Rezvani, A., Buğdaycı, D. S., Çevik, R., Birtane, M., et al. (2011). Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. *Quality of Life Research*, 20(4), 543-549.
- Bostan, E. E., Borman, P., Bodur, H., & Barca, N. (2003). Functional disability and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology international*, 23(3), 121-126.

- Braun, J., & Sieper, J. (2007). Ankylosing spondylitis. *The Lancet*, 369(9570), 1379-1390.
- Calin, A., Garrett, S., Whitelock, H., Kennedy, L., O'hea, J., Mallorie, P., & Jenkinson, T. (1994). A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *The Journal of rheumatology*, 21(12), 2281-2285.
- Dagfinrud, H., Vollestad, N. K., Loge, J. H., Kvien, T. K., & Mengshoel, A. M. (2005). Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population and associations with clinical and self-reported measures. *Arthritis care & research*, 53(1), 5-11.
- Dalyan, M., Güner, A., Tuncer, S., Bilgiç, A., & Arasil, T. (1999). Disability in ankylosing spondylitis. *Disability and rehabilitation*, 21(2), 74-79.
- Doward, L., Spoorenberg, A., Cook, S., Whalley, D., Helliwell, P., Kay, L., et al. (2003). Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Annals of the rheumatic diseases*, 62(1), 20-26.
- Duruöz, M., Doward, L., Turan, Y., Cerrahoglu, L., Yurtkuran, M., Calis, M., et al. (2013). Translation and validation of the Turkish version of the ankylosing spondylitis quality of life (ASQoL) Questionnaire. *Rheumatology international*, 33(11), 2717-2722.
- Feldtkeller, E., Khan, M., Van Der Heijde, D., Van Der Linden, S., & Braun, J. (2003). Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology international*, 23(2), 61-66.
- Garrett, S., Jenkinson, T., Kennedy, L. G., Whitelock, H., Gaisford, P., & Calin, A. (1994). A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *The Journal of rheumatology*, 21(12), 2286-2291.
- Günaydin, R., Karatepe, A. G., Çeşmeli, N., & Kaya, T. (2009). Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: relationships with disease-specific variables, depression, and sleep disturbance. *Clinical rheumatology*, 28(9), 1045-1051.
- Hayran, M. (2011). Sağlık araştırmaları için temel istatistik: Omega Araştırma.
- Kotsis, K., Voulgari, P.V., Drosos, A. A., Carvalho, A. F., & Hyphantis, T. (2014). Health-related quality of life in patients with ankylosing spondylitis: a comprehensive review. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 14(6), 857-872.
- Landewé, R., Dougados, M., Mielants, H., van der Tempel, v. d. H., & van der Heijde, D. (2009). Physical function in ankylosing spondylitis is independently determined by both disease activity and radiographic damage of the spine. *Annals of the rheumatic diseases*, 68(6), 863-867.
- Missaoui, B., & Revel, M. (2006). Fatigue in ankylosing spondylitis. Paper presented at the Annales de réadaptation et de médecine physique.
- Ozer, H. T., Sarpel, T., Gulek, B., Alparslan, Z. N., & Erken, E. (2005). The Turkish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index: reliability and validity. *Clinical rheumatology*, 24 (2), 123-128.
- Schneeberger, E. E., Marengo, M. F., Dal Pra, F., Cocco, J. A. M., & Citera, G. (2015). Fatigue assessment and its impact in the quality of life of patients with ankylosing spondylitis. *Clinical rheumatology*, 34(3), 497-501.
- Sieper, J., Braun, J., Rudwaleit, M., Boonen, A., & Zink, A. (2002). Ankylosing spondylitis: an overview. *Annals of the rheumatic diseases*, 61(suppl 3), iii8-iii18.
- Stebbins, S. M., Treharne, G. J., Jenks, K., & Highton, J. (2014). Fatigue in patients with spondyloarthritis associates with disease activity, quality of life and inflammatory bowel symptoms. *Clinical rheumatology*, 33(10), 1467-1474.
- Turan, Y., Duruöz, M. T., Bal, S., Guvenç, A., Cerrahoglu, L., & Gurgan, A. (2007). Assessment of fatigue in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology international*, 27(9), 847-852.
- Van Tubergen, A., Coenen, J., Landewé, R., Spoorenberg, A., Chorus, A., Boonen, A., et al. (2002). Assessment of fatigue in patients with ankylosing spondylitis: a psychometric analysis. *Arthritis care & research*, 47(1), 8-16.
- Wanders, A., Landewé, R., Dougados, M., Mielants, H., Van der Linden, S., & Van Der Heijde, D. (2005). Association between radiographic damage of the spine and spinal mobility for individual patients with ankylosing spondylitis: can assessment of spinal mobility be a proxy for radiographic evaluation? *Annals of the rheumatic diseases*, 64(7), 988-994.
- Ward, M. M. (1999). Health related quality of life in ankylosing spondylitis: a survey of 175 patients. *Arthritis care & research*, 12(4), 247-255.
- Yang, X., Fan, D., Xia, Q., Wang, M., Zhang, X., Li, X., et al. (2016). The health-related quality of life of ankylosing spondylitis patients assessed by SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 25(11), 2711-2723.
- Zhao, L., Liao, Z., Li, C., Li, T., Wu, J., Lin, Q., et al. (2007). Evaluation of quality of life using ASQoL questionnaire in patients with ankylosing spondylitis in a Chinese population. *Rheumatology international*, 27(7), 605-611.
- Zochling, J. (2011). Measures of symptoms and disease status in ankylosing spondylitis: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS), Ankylosing Spondylitis Quality of Life Scale (ASQoL), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), Bath Ankylosing Spondylitis Global Score (BAS-G), Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI), Dougados Functional Index (DFI), and Health Assessment Questionnaire for the Spondylarthropathies (HAQ-S). *Arthritis care & research*, 63(S11).
- Zochling, J., Braun, J., & van der Heijde, D. (2006). Assessments in ankylosing spondylitis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 20(3), 521-537.

DERLEME / REVIEW

Holistik Hemşirelik Bakımı

Holistic Nursing Care

Sevda KORKUT BAYINDIR, Arş. Gör. Dr.¹, Sevil BİÇER, Dr. Öğr. Üyesi¹

¹Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri

Kabul tarihi/Accepted: 18.02.2018

İletişim/Correspondence:

Sevda KORKUT BAYINDIR, Erciyes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Melikgazi/Kayseri

E-posta: skorkut@erciyes.edu.tr

Bu çalışma, 5-8 Kasım 2017 Ankara'da düzenlenen
5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde
poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Özet

İnsan biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutları olan bir bütündür. Bu boyutların her biri birbiri ile ilişkilidir ve birbirini etkilemektedir. Her insan bireyseldir ve her insanın sağlığa ve hastalığa verdiği tepkiler birbirinden farklıdır. İnsan, sağlığı geliştirme ve hastalıkların iyileşmesinde sağlık bakım profesyonellerinin yardım ve desteğine ihtiyaç duyar. Bakım hemşireliğin özüdür ve hızla gelişen sağlık alanında hemşirelik uygulamalarının temelinde yer almaktadır. Bakım bireyden olumlu sonuçlar elde edilmesinde önemli bir yere sahiptir. Ancak insana verilen hemşirelik bakımı bireyin sadece hastalığına odaklanmamalı, bireyin tüm boyutlarını içerecek şekilde kapsamlı bir bakım olmalıdır. Bu nedenle bireyin tüm boyutlarının iyileştirilmesinde ve geliştirilmesinde holistik bakım kavramı ön plana çıkmaktadır. Holistik bakım beden, zihin, ruhun birbirine bağlı olduğunu ve bir bütün olarak ele alınmaları gerektiğini savunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, bakım, bütüncül yaklaşım.

Abstract

Human is whole who has biological, physiological, psychological, social, cultural, and spiritual dimensions. Each of these dimensions are interrelated and affect each other. Each person is an individual and the response of each person to health and disease is different. Human needs help and support of the healthcare professions in healing of diseases and health promotion. Care is the essence of nursing and it is located on the basis of nursing practice in the field of health which is developing rapidly. Care has an important position in achieving positive results from the individuals. However the nursing care given to people should not focus only on the individual's disease, it should be a comprehensive care to include the entire dimensions of the individual. Therefore holistic care concept has come to the foreground in the improvement and development of all aspects of the individual. Holistic care advocates that body, mind, spirit are interconnected and must be commented as a whole.

Keywords: Nursing, care, holistic approach.

Giriş

İnsan biyo-psiko-sosyo-kültürel ve spiritüel boyutları olan bir varlıktır (Baldacchino, 2006; Daştan & Buzlu, 2010). Bu boyutların her birine ilişkin gereksinimleri olan bir bütündür ve bu gereksinimleri arasında sürekli bir etkileşim vardır (Vayalilkarottu, 2012; Ay, 2015). Ayrıca insan sağlık/hastalık çizgisi içinde hareket eden, sağlığı geliştirme ve hastalıkların iyileşmesinde sağlık bakım profesyonellerinin yardım ve desteğine gereksinim duyan bir varlıktır (Ay, 2015).

İnsan büyüme ve gelişmesinin temel parçası olan bakım, her birey için yaşam boyu süren bir gereksinimdir. Bakım var olmanın yoludur (Özkan, 2014). Bakım kavramı çok boyutlu bir kavramdır ve farklı teorisyen hemşireler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır (Altıok, Şengün & Üstün, 2011; Özkan, 2014). Watson'a göre bakım, sağlığı geliştirmek, sağlığını kazandırmak ve hastalıkları önlemek için insan gereksinimlerinin karşılanmasıyla sonuçlanan kişilerarası

süreci kapsayan girişimlerdir. Watson'a (1985) göre bakım verme, hemşireliğin esasıdır, hemşirelik uygulamasının merkezi ve birleştirici odak noktasıdır (Özkan, 2014). Joyce Travelbee (1971), "Bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel açıdan değil, bireye holistik (bütün) bir bakım verir" ifadesi ile bakımın tüm boyutlarının önemini belirtmiştir (Martsolf, 1998).

Bireyin varlığının tüm boyutlarının bütünlüğünün korunması, sürdürülmesi ve elde edilmesinde bireye yardımcı olmak için hemşirelerin, tüm bu alanların bakımını sağlayacak şekilde hazırlıklı olması hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır (Stranahan, 2001; Ergül & Bayık, 2004). İnsanın her boyutunun kendine özgü tek olmakla birlikte aynı zamanda birbirlerine bağlı olduğunu savunan holistik bakım yaklaşımı (Demirsoy, 2014), bireyin bireyselliği üzerine odaklanırken beden, akıl, ruh arasında sıkı ilişki olduğunu kabul etmektedir (Baldacchino, 2006).

Bu makale holistik yaklaşım ve holistik hemşirelik bakımı ile ilgili kavramları ve teorileri açıklayarak, hemşirelikte bireyin holistik olarak ele alınmasının önemini vurgulamak amacıyla yazılmıştır.

Holistik Bakım

Holizm kavramının uzun bir geçmişi vardır, ama sözcük ilk olarak 1926 yılında "Holizm ve Evrim" adlı kitabı ile Kuzey Afrikalı bir filozof olan Jan Chiristian Smuts tarafından ortaya atılmıştır (Wade, 2009). Holizm (Holism) kavramı Eski Yunanca'da bütün, tamam, tüm anlamlarına gelen "holos" sözcüğünden türemiş olup İngilizce "whole" (bütün) kelimesi ile aynı kökenden gelmektedir (Papathanasiou, Sklavou & Kourkouta, 2013). Holizm; bütünü, kendisini oluşturan parçaların toplamından daha fazla olduğunu savunan felsefe görüşüdür (Mete, 2013).

Holizm, insanın bir bütün olduğunu birbirinden ayrılmaz olan parçaların tek başına ele alınmasının doğru sonuçlar vermeyeceğini vurgulamaktadır. Ayrıca bu kavram her bireyin genetik, spiritüel yapısı ve sistemleri arasında enerji geçişleri olduğu iddiasıyla bireyin tek ve eşsiz olduğunu savunmaktadır (Mete, 2013).

Amerikan Holistik Hemşireler Birliği iyi sağlığı, akıl, beden ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlamış ve hemşirelerin insanı sadece fiziksel olarak değil bir bütün olarak ele alması gerektiğini vurgulayarak holistik bakımın gerekliliğinden bahsetmiştir (Stranahan, 2001; <http://www.ahna.org>).

Holistik hemşirelik bakımı beden, zihin, ruh, duygular, çevre, ilişkiler ve hayatın sosyal, kültürel yönünün birbirine bağlı olduğu ve bir bütün olarak ele alınmaları gerektiğini savunan özel bir hemşirelik uygulamasıdır. Holistik hemşire hastanın iyileşme sürecinde insana bir bütün olarak bakım sağlayabilmek için hemşirelik bilgi, kuram, uzmanlık ve sezgisinin kullanılmasına odaklanır (Gore, 2013).

Modern hemşireliğin kurucusu olan ve ilk holistik hemşirelerden biri olarak kabul edilen Florence Nightingale holistik bakımdan yıllar önce bahsetmiştir (<http://www.ahna.org>). Florence Nightingale'in holistik bakım hakkındaki düşünceleri, "Sağlık için, manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir. Bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir" cümlelerinden anlaşılmaktadır (Hutchinson, 1997; Ergül & Bayık, 2004).

Holistik yaklaşım eski uygarlıklarda da kullanılmıştır. Holistik yaklaşımla tedavi ve şifa sağlama ilk defa akıl ile bedenini birbirini etkilediğini belirten, tıbbın kurucusu Hippocrates'e kadar gitmektedir. Hastalığın iyileştirilmesinde gerek hekimlerin verdiği tedavi gerekse din adamlarının yaptığı büyü, sihir gibi uygulamalar bir arada kullanılmış ve şifa için inançtan destek alınarak hastaların iyileştirilmesinde kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım sergilenmiştir (Demirsoy, 2014).

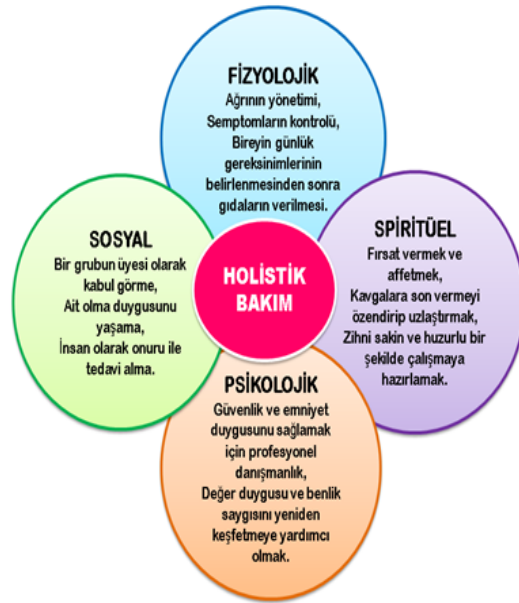
Hemşireler gerek hasta yoğunluğu ve iş yükünün fazla olmasından gerekse zamanın kısıtlı olmasından dolayı çoğunlukla hastanın sadece fiziksel gereksinimlerine öncelik vermektedirler. Ancak hemşireler hastalığın bireyi nasıl etkilediğini bilmeli ve bireyleri sadece birer hasta

olarak değil, onları tüm boyutları ile bir bütün olarak ele almalıdırlar. Çünkü hastaların zihin, beden ve ruhlarında iyileşmeyi içeren holistik hemşirelik bakımı, bireylerin beden, zihin, duygular, spiritüalite ve kişilerarası ilişkilerinin hastalıktan nasıl etkilendiğinin, sosyo-kültürel farklılıkların ve bireysel tercihlerin de önemini düşünülmesini gerektirmektedir. Çünkü her insan bireyseldir ve her birinin hastalığa verdiği tepkiler farklılık göstermektedir (<http://www.practicalnursing.org>).

Holistik Bakımın Bileşenleri

Bakım hizmetlerinin sunumunda kapsamlı bir yaklaşım olan holistik bakım kişisel gelişim ve sağlık için önemli bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Bireye bütüncül yaklaşımın önemli olduğunu, fiziksel rahatsızlıklar yanında hastalıkların ruhsal, sosyal ve spiritüel etkilerine bakılması gerektiğini vurgulamaktadır (Demirsoy, 2014). Çünkü insan bir bütündür ve herhangi bir boyutta meydana gelen değişim ya da yetersizlik başka bir boyutu da etkilemektedir (Ay, 2015).

Şekil 1'de görüldüğü gibi holistik bakımın fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel bileşenleri içerdiği belirtilmektedir.



Şekil 1. Holistik Bakımın Bileşenleri

Kaynak:<http://www.practicalnursing.org/importance-holistic-nursing-care-how-completely-care-patients>.

Fizyolojik boyut; İnsan hücre, doku ve organ sistemlerinden oluşan; fark edilmeyen hücresel faaliyetlerin yanında, beslenme, boşaltım, hareket gibi bilinçli olarak yapılan, fizyolojik gereksinimleri olan bir varlıktır. Ayrıca insanın fizyolojik gereksinimlerinin karşılanmaması bireyi psikolojik olarak etkileyebilirken, psikolojik problemlerin varlığı da fizyolojik gereksinimleri etkileyebilir (Ay, 2015).

Psikolojik boyut; Değerler, kişilik, huy, motivasyon, istek/isteksizlik, tepkiler, algılama, bireyin psikolojik yönü ile

ilişkili faktörlerdir. İnsan bu özellikleri ile bir toplum içinde yaşar, toplumun bir parçası olur. Bu boyutta meydana gelen değişim ve problemler diğer boyutları da etkiler (Ay, 2015).

Sosyal boyut; İnsan toplumsal bir varlıktır. Birey olarak insan, varlığını ancak toplumsal ilişkileri ile ortaya koyar. İnsanın diğer bireylerle ve gruplarla olan etkileşimi, bireyin sosyal yönünü oluşturur. Her insan sosyal bir varlıktır. Toplumun bir parçasıdır, soyutlanamaz. Sosyalleşme de toplum içinde gerçekleşir (Ay, 2015).

Spiritüel boyut; Dini içine alan ama her zaman din yoluyla ifade edilemeyen evrensel bir kavram olan spiritüalite, bireyin dini inancına bakmaksızın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bileşenleri kapsayan insana yaşama gücü veren itici bir güçtür (Como, 2007; Yılmaz, 2011). Bireyin sağlık ve hastalıkla ilgili tutum ve davranışları üzerinde etkisi bulunduğu için holistik bakımın en önemli öğelerinden biridir (Sawatzky & Pesut, 2005; Yılmaz, 2011). Ölüm korkusu, çaresizlik ve umutsuzluk duygusu, kronik ve fiziksel hastalıklar, emosyonel stres, yaşamın anlamını bulmada yetersizlik gibi pek çok yaşamsal krizler bireyin spiritüel gereksinimlerini ön plana çıkarır (Ergül & Bayık, 2004; Baldacchino, 2006; Yılmaz, 2011).

Holistik Bakımı İçeren Hemşirelik Teorileri

Hemşireler ilk çağlardan bu yana geleneksel olarak holistik bir yaklaşım içinde bakım vermişlerdir, ancak "holistik bakım" terimi Rogers, Parse, Newman gibi hemşire teorisyenler tarafından 1980'li yıllarda hemşirelik literatürüne girmiştir (Ergül & Bayık, 2004).

Holistik hemşirelik bakımı çeşitli teorilere dayanmaktadır. Bu teorilerden her biri kişi ile iç ve dış dünyası arasındaki ilişkinin belirli yönlerine odaklanmaktadır. Ortak noktaları kişiyi bir bütün olarak ele almalarıdır. Maslow'dan modern holistik teorisyenlere holistik yaklaşım, bütün insan gereksinimlerinin tamamını kapsamakta ve insanın bireyselliğini göz önüne alarak ve her bir ihtiyacına önem vererek onları hiyerarşik bir sıraya koymaktadır (Papathanasiou vd., 2013).

Sağlığın korunması ya da yeniden kazandırılmasında bütüncül bakım anlayışı ile bireye yardımcı olunması gerektiğini savunan (Ahtisham & Jacoline, 2015) Henderson, kuramında fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, spiritüel ve gelişimsel boyutları içeren 14 temel insan gereksinimini ele almıştır. Henderson'a göre, hemşirenin birincil fonksiyonu hastalık ya da sağlık durumunda bireye yardımcı olmak, mümkün olduğunca çabuk bağımsızlığına kavuşmasını sağlamaktır. Henderson hemşirenin bireye yardım ederken, bireyin bilgisini, istek ve gücünü göz önüne alması gerektiğini savunmaktadır. Henderson'a göre hasta ve ailesi bir bütündür, birey fizyolojik ve emosyonel bir denge içinde olmalıdır (Ay, 2015).

Roy'a göre insan, değişen çevre ile sürekli etkileşim içinde olan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. İnsan içinde bulunduğu ortama fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden uyum sağlamaya çalışan adaptif bir sistemdir. İnsanın çevresiyle olan sürekli etkileşimi içten ve dıştan gelen değişikliklerle karakterizedir. Bu değişiklikler önemli/önemsiz ve olumlu/olumsuz olabilir. İnsan bu değişen dünya içerisinde bütünlüğünü sürdürmeli ve değişikliklere uyum sağlamalıdır. Bunlardan biri tam olmazsa denge

bozulur. Hemşirelik girişimlerinin amacı pozitif ve etkili uyumu geliştirmektir (Velioğlu, 1999; Figen & Mete, 2009; Özkan, 2014). Roy'un insanı, adaptif bir sistem olarak kavramsallaştırması genel sistem teorisinden gelmektedir. Geliştirilen bu yapıya göre kişi, kendisinden veya çevresinden gelen uyarılara yanıt vermek ve uyumu gerçekleştirmek için değişiklikler yapan bütün bir sistemin yapısıdır (Velioğlu, 1999).

Rogers ise insanı fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir sistem ya da sistemin parçaları olarak ele almaktan çok, onu çevresi ile etkileşim içinde olan bir "enerji alanı" olarak kabul etmektedir. Rogers'e göre enerji alanları açıktır ve sürekli birbirini etkilemektedir. Çevre de bir enerji alanıdır ve insan ile çevre sürekli birbirini etkilemekte ve birbirinden etkilenmektedir (Pektekin, 2013; Ay, 2015). Birey çevresine, bazen hızlı bazen de yavaş hareket ederek cevap verip denge içinde kalmaya çalışmaktadır. Bu denge bozulduğu zaman denge problemleri ortaya çıkmakta ve hemşirelik bakımına gereksinim duyulmaktadır. Rogers'ın kuramında hemşirelik bakımının odak noktaları üniter insan ve çevredir. Açık bir sistem olan insan bütün olarak ele alınmalı ve kendi bireysel çevresi içinde değerlendirilmelidir. Sağlık ve hastalık her bireye ve kültüre göre farklı özellikler göstereceğine göre, bu kavramlar bireyin çevresi ile olan etkileşimi kapsamında açıklanmaya çalışılmalıdır (Pektekin, 2013). Rogers göre, hemşirelik uygulaması kişi ve onun çevresi arasındaki harmonik etkileşimi desteklemeyi ve bireyin enerji alanının bütünlüğünü güçlendirmeyi hedeflemektedir (Papathanasiou vd., 2013).

Newman'ın sağlık bakım sistemi modeline göre insan parça ve alt parçaların kişisel birleşmesi ile oluşan bir bütün olarak tedavi edilir. Stres faktörleri insanları etkiler ancak insanların destek sistemleri bireyleri bu stresörlere karşı savunur. Bu modele göre, hemşirelik çevre ile etkileşim içinde olan bir kişinin standartlarını tanımamasına yardım ederek farkındalık geliştirme süreci olarak kabul edilir. Hemşire, insanların bilinç seviyesini en yükseğe doğru geliştirmek için bireyin gücünü kullanabilmesine yardımcı olur, bireyi tüm boyutları ile ele alır (Papathanasiou vd., 2013).

Parse'nin teorisinin odağında ise "insan-çevre-sağlık" yapısı vardır. İnsan bu yapının merkezidir. Parse insanı, parçaların bütününden daha fazla, farklı ve sinerjik bir varlık olarak görür (Ay, 2015). İnsan bölünemeyen, sorumlu ve çevre ile olan etkileşimleri sonucu sürekli değişen ve gelişen bir varlıktır (Mete, 2013). Sağlık, insan-çevre ilişkisinin yeniden oluşturulmasıdır. Parse'ye göre sağlık iyi olma hali veya hastalığın olmamasından öte bir süreçtir (Ay, 2015). Sağlık birey tarafından geliştirilir, bireylerin değerleri ve inançları ile ilişkilidir ve onları yansıtır (Mete, 2013).

Holizm kavramı Neuman'ın kuramında da belirgindir. Çünkü bu model, insana yönelik parçaları/alt parçaları ve bunların birbiri ile ilişkilerini tanımlamaktadır (Velioğlu, 1999; Ay, 2015). Neuman Sistemler Modeli, sistemlere dayalı bütüncül bakış açısı sağlayan, iyilik haline oryante, sisteme yönelik çevresel stres faktörleri ve bu faktörlere karşı sistem dengesinin korunmasına dayanan dinamik bir yapıya sahiptir (Uysal, Khorshid & Eşer, 2009). Neuman kuramında, bireyin merkezde olduğu çekirdeği çevreleyen bir dizi halka tanımlanmaktadır. Hemşirelik problemlerini değerlendirmek için sistemli yaklaşıma temellendirilmiş, hemşirelik için

kapsamlı yapısal bir model ortaya koymuştur. Neuman insanı çevresinden etkilenen ve çevresini de etkileyen açık bir sistem olarak tanımlamaktadır. Modelin odak noktası çevredeki stresörleri azaltarak insan sisteminin dengede olmasını sağlamaktır (Ay, 2015). Modelin temeli birey ya da toplumun strese olan tepkisi ve hemşirenin bu stres tepkisine birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleriyle müdahale etmesidir. Model hemşirelik için sistem temelli ve kapsamlı bir kavramsal çerçeve sunar. İnsana çok boyutlu ve sistem perspektifinden bakar (Fawcett, 2004).

Yukarıda verilen örnekler dışında da çoğu teorisyen, hemşirelerin bireyi bütüncül olarak değerlendirmesi gerektiğinden bahsetmektedir. Buradan hareketle holistik bakımın hemşireliğin kalbi olduğunu ve mesleki özerkliğin kazanılmasında önemli bir yere sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Holistik ve Geleneksel Hemşirelik Bakımının Karşılaştırılması

Amerikan Holistik Sağlık Derneği (American Holistic Health Association) holistik ve geleneksel hemşirelik bakımı arasındaki farkları Tablo 1'de verildiği gibi özetlemiştir.

Tablo 1. Holistik ve Geleneksel Hemşirelik Bakımının Karşılaştırılması

	Holistik Yaklaşım	Geleneksel Yaklaşım
Felsefe	Allopatik, osteopati, naturopati, enerji ve etno-tıp entegrasyonuna dayalı.	Allopatik tedaviye dayalı.
Bakımın öncelikli amacı	Optimal sağlığı desteklemek için hastalıkları önlemek ve tedavi etmek.	Hastalığı tedavi etmek ya da azaltmak.
Bakımın öncelikli metodu	Hastalıkların nedenlerini ele alarak ve yaşam biçimi değişikliklerini kolaylaştırarak sağlığı yükseltmek.	Fiziksel belirtilerin ortadan kaldırılmasına odaklanır.
Tanı	Kişi bütün tıbbi geçmişi, bütün sağlık durumu, fizik muayene, laboratuvar verileri ile bütün olarak değerlendirilir.	Hikaye, fizik muayene, laboratuvar verileri ile vücut değerlendirilir.
Birincil bakım tedavi seçenekleri	Diyet, egzersiz, çevresel önlemler, tutum ve davranış değişiklikleri, ilişki ve manevi danışmanlık, biyoenerji geliştirme ile beden, zihin ve ruha sevgi uygulanır.	İlaçlar ve cerrahi.
İkincil bakım tedavi seçenekleri	Bitkisel tedavi, homeopati, akupunktur, manuel tedavi, biyomoleküler terapiler, fizik tedavi, ilaç ve cerrahi.	Diyet, egzersiz, fizik tedavi ve stres yönetimi.
Zayıf yönler	Holistik bakım sağlayıcıların ve eğitim programlarının yetersizliği, zamanın yoğun olması, iyileşme sürecine bağlılık gerektirmesi ve hızlı olmaması.	Kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde etkisizdir ve pahalıdır.
Güçlü Yönler	Hastalara kendi sağlıkları için sorumluluk almayı öğretir, akut ve kronik hastalıklarda maliyet etkindir, kronik hastalığı önlenmek ve tedavi etmek için terapötiktir, optimal sağlığı oluşturmak için gereklidir.	Akut ve yaşamı tehdit eden hastalık ve yaralanmaların tedavisinde yüksek derecede tedavi edicidir.

Kaynak: Ivker RS. Comparing Holistic and Conventional Medicine. <http://ahha.org/articles.asp?id=38>.

Holistik bakım özellikle hasta ve bakım verenin bütün zihinsel kaynaklarının kapsamlı ve dikkatli kullanımını gerektirir, bu nedenle hemşireler belirli eğitim ve yeteneklere sahip olmalıdır. Klinik hemşirelerin bu konudaki teorik kavramların anlaşıldığı ve bütüncül bakım ilkelerinin teşvik edildiği ileri eğitimleri, sorunlarla uğraşmak ve hastalara yardımcı olabilmeleri için önemlidir.

Tüm klinik hemşireleri sürekli eğitim veya temel eğitim programlarıyla, yeni kuramsal ilkeleri ve hemşirelik araştırmalarını takip ederek bilgilerini arttırmaları için teşvik edilmelidir (Papathanasiou vd., 2013).

Holistik hemşirelik bakımında hasta ile ilişkileri geliştirmek ve sağlıklı, psikolojik, duygusal, ruhsal bir ortam oluşturmak çok önemlidir. Bunu sağlayabilmek için aşağıda verilen uygulamaların bakımda kullanılması gerekmektedir. Bunlar;

- Hastaların adını öğrenmek ve kullanmak
- Göz teması kurmak
- Hastaya içtenlikle bakım vermek ve kendini nasıl hissettiğini sormak
- Uygun biçimde gülümsemek
- Terapötik dokunmayı kullanmak
- Hastaların kendilerini onurlandırılmayı hak eden biri olarak görmelerine yardımcı olmak
- Hastaların onurunu korumak
- Öz bakımın önemi konusunda hastalara eğitim vermek
- Hastalara anksiyete veya ağrıların nasıl azaltılabileceğini sormak
- Ağrı kontrolünde hayal etme, gevşeme teknikleri gibi farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmak
- Masaj, aromaterapi ya da müzik gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanılması konusunda hastaları cesaretlendirmek ve gerektiği gibi yardımcı olmak
- Hastalara belli dini, kültürel, manevi inançları varsa sormak; yapmalarını kabul etmek ve duyarlı davranmak (<http://www.practicalnursing.org>).

Sonuç

Geleneksel hastalık kavramlarında insan bir bütün olarak ele alınmaz ve sadece hasta organına ve hastalığına yoğunlaşıldı. Ancak insan biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutları olan karmaşık bir varlıktır. Holistik bakım yaklaşımına göre ise bireyin boyutlarının birbirinden ayrı düşünülmemesi ve bütün bir şekilde ele alınması gerekir. Çünkü her birey farklıdır ve diğer bireylerden ayrı bir nitelik taşıdığı kabul edilmelidir. Primer bakım sağlayıcı olan hemşire bireyi bütüncül ele alması gerektiğini bilmelidir. Bireyin herhangi bir boyutundaki yetersizlik veya değişikliğin bireyin diğer boyutlarını etkileyebileceğini, bireyde optimal düzeyde sağlık/iyilik halini sağlamak için tüm bu boyutlara bakım verme konusunda duyarlı olmalıdır.

“Her birey farklıdır ve diğer bireylerden ayrı bir nitelik taşımaktadır. Bireylerin hemşirelik problemlerini değerlendirmek için bütüncül yaklaşıma gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle holistik bakım hemşireliğin kalbidir ve özerkliğin kazanılmasında önemli bir yere sahiptir.”

Alana Katkı

Sağlığın devamı ya da hastalıkların oluşumu tek bir faktör ile ilgili olmadığı için bireyin varlığının tüm boyutlarının bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi olası problemlerin gelişmesini engelleyecektir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). Integrating nursing theory and process into practice; Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443-450.
- Altıok, H.Ö., Şengün, F., & Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 137-140.
- American Holistic Health Association (n.d.). Ivker, R.S. Comparing holistic and conventional medicine. <http://ahha.org/articles.asp?id=38>. Erişim tarihi:28.11.2015.
- American Holistic Nurses Association (n.d.). What is holistic nursing. <http://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>. Erişim tarihi:12.12.2015.
- Ay, F.A. (2015). Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Baldacchino, D. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs*, 15(7), 885-896.
- Como, J.M. (2007). Spiritual practice: A literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic Nursing Practice*, 21(5), 224-236.
- Daştan, N.B., & Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 73-79.
- Demirsoy N. (2014). Eski uygarlıklardan günümüze yansıyan holistik tıp uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 22(3), 106-119.
- Ergül, Ş., & Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 37-45.
- Fawcett, J. (2004). Conceptual models of nursing: International in scope and substance? the case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 50-54.
- Figen, P.S., & Mete, S. (2009). Uyum modeli ve sosyal bilişsel öğrenme kuramının doğum öncesi eğitimde kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1(1), 57-68.
- Gore, J. (2013). Providing holistic and spiritual nursing care (A senior thesis, Liberty University, 2013). A Senior Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for graduation in the Honors Program, 5. <http://digitalcommons.liberty.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1383&context=honors>. Erişim tarihi:03.12.2015.
- Hutchinson, M.G. (1997). Healing the whole person: The spiritual dimension of holistic care. Christian Nursing Page, http://members.tripod.com/~Marg_Hutchison/nurse-4.html. Erişim tarihi:12.12.2015.
- Martsof, D., & Mickley, J.R. (1998). The concept of spirituality in nursing theories: Differencing world-views and extent of focus. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 294-303.
- Mete, S. (2013). Hemşireliğin temel kavramları. İçinde, Aştı, A.T., & Karadağ, A. (Ed.), Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı (pp. 57-78). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Özkan, H.A. (Ed.). (2014). Hemşirelikte bilim, felsefe ve bakımın temelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: Theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1-5.
- Practical Nursing (n.d.). The importance of holistic nursing care: How to completely care for your patients, <http://www.practicalnursing.org/importance-holistic-nursing-care-how-completely-care-patients>. Erişim tarihi:01.12.2015.
- Pektikin, Ç. (2013). Hemşirelik felsefesi kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

- Sawatzky, R., & Pesut, B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 23(1), 19-33.
- Stranahan, S. (2001). Spiritual perception, attitudes about spiritual care practices among nurse practitioners. *Western Journal of Nursing Research*, 23(1), 90-104.
- Uysal, N., Khorshid, L., & Eşer, İ. (2009). Neuman sistemler modeline göre bir vaka çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 74-78.
- Vayalilkarottu, J. (2012). Holistic health and well-being: A psycho-spiritual/religious and theological Perspective. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(4), 347-350.
- Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset.
- Wade, D.T. (2009, November 25). Holistic health care what is it, and how can we achieve it? Oxford Centre for Enablement, 2. <http://www.ouh.nhs.uk/oc/research-education/documents/HolisticHealthCare09-11-15.pdf>. Erişim tarihi:03.12.2015.
- Yılmaz, M. (2011). Holistik bakımın bir boyutu: Spiritüalizme, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 61-70.

DERLEME / REVIEW

Diyabetin Komplikasyonlarından Korunmak için Tanı, Tedavi ve İzlem

Diagnosis, Treatment and Monitoring to Protect from Diabetes Complication

Nermin EROĞLU, Dr. Öğr. Üyesi

Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Kabul tarihi/Accepted: 01.07.2018

İletişim/Correspondence:

Nermin EROĞLU, Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

E-posta: nermin.guduloglu@hotmail.com

Özet

Diyabet, dünyada epidemik bir şekilde artış gösteren kronik metabolik bir hastalıktır. Uygun şekilde tedavi edilmediği takdirde veya diyetle uyumsuzluk durumunda makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu nedenle, diyabetli hastaların bilinç düzeyinin artırılması, uygun sağlıklı yaşam koşullarının sağlanması ve kan şekerlerinin optimal düzeyde tutulması yaşam kalitesini arttıracaktır. Bu aşamada hizmet veren sağlık personellerinin önemi büyüktür. Hastaların doğru yönlendirilmesi, tedavi ve izlemin öneminin anlatılması diyabet yönetimini kolaylaştırır. Bu derlemede, diyabetin tanımı ve yönetimi tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, korunma, tanı, tedavi, izlem.

Abstract

Objective: Diabetes is a chronic metabolic disease that increases epidemically in the world. It may cause macrovascular and microvascular complications if not treated properly or in case of in adherence to the diet. Therefore, raising awareness of patients with diabetes, ensuring appropriate healthy living conditions and keeping blood sugar levels at the optimal will improve the quality of life. Healthcare personnel serving are of great importance at this stage. Correct orientation of patients, explaining the importance of treatment and follow-up will facilitate the management of diabetes. In this review, the definition and management of diabetes were discussed.

Keywords: Diabetes, prevention, diagnosis, treatment, follow-up.

Giriş

Diabetes Mellitus (DM), akut komplikasyonların yanı sıra makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonları ile erken ölüm riskini arttıran ve bakım maliyeti yüksek olan metabolik bir hastalıktır. Dünya genelinde görülme sıklığı artmakta, her toplumda insidansı farklılık göstermektedir (International Diabete International Diabetes Federation (IDF), 2013). Diyabet, önemli bir halk sağlığı sorunu olan kronik metabolik bir hastalıktır (Durna&Akın, 2012; Satman vd., 2016). Bu makale tip 1, tip 2 ve gestasyonel diyabetli hastalara yönelik hastanın durumuna ve hekimin isteğine göre tanı kriterlerinden bir veya birkaçı yapılarak tanı konulmaktadır. Diyabet için bir veya daha fazla risk faktörü var. Örneğin; diyabet veya gestasyonel diyabetin gebelik öyküsü sırasında maternal öyküsü, birinci veya ikinci derece akrabalarda tip 2 diyabetin aile öyküsü, ırk/etnik köken, insülin direnci veya insülin direnci ile ilişkili durumlar (American Diabetes Association (ADA), 2018).

Diyabetin Tanı Kriterleri

Açlık Kan Şekeri (AKŞ)

Sekiz-10 saat açlık sonrası farklı günlerde biyokimyasal olarak ölçülen iki kan şekeri ölçümünün 100-125 mg/d arasında olması prediyabet, 126 mg/dl ve üzerinde olması diyabet olarak kabul tanımlanır (Dinççağ, 2011).

Tokluk Kan Şekeri Ölçülmesi (TKŞ)

Tokluk kan şekeri, ağza ilk lokmayı aldıktan iki saat sonra ölçülmelidir. Tokluk kan şekerinin 140-200 mg/dL arasında olması bozulmuş glukoz toleransı, 200 mg/dL üzerinde ölçülmesi diyabet olarak tanımlanmaktadır (ADA, 2018).

Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)

Diyabet şüphesi olan olgulara yapılmalıdır. AKŞ ölçüldükten sonra olguya 75 gram şekerli sıvı içirilir ve 2 saat sonra tekrar kan şekeri ölçümü yapılır. Ölçüm sonucu 140 mg/dl'den düşürse normal, 140-199 mg/dl arasında ise prediyabet, 200 mg/dl ve üzerinde ise diyabet tanısı konulur (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED), 2018).

Gebeliğin 24.-28. haftalarında rastgele bir zamanda 50 g glukozlu sıvı içirildikten 1 saat sonra PG düzeyi ≥ 140 mg/dl ise diyabet açısından kuşkuludur, daha ileri bir testin (100 g veya 75 g glukozlu OGTT) yapılması gerekir.

Rastgele Plazma Glukoz Ölçümü

Rastgele bir zamanda kan şekeri ölçülür ve buna diyabetin semptomları eşlik ediyorsa, ölçüm sonucu 200 mg/dl ve üzerinde ise diyabet tanısı konulur (ADA, 2018).

HbA1c Ölçümü

Standardizasyonundaki sorunlar ve tanı eşliğindeki belirsizlik nedeniyle, glikozille hemoglobin A1c (HbA1c:A1C)'nin

diyabet tanı aracı olarak kullanılması uzun yıllar önerilmemiştir. Son yıllarda tüm dünyada standardizasyonu yönündeki çabalar ve prognostik önemine dair kanıtların artması sonucunda, HbA1c'nin de diyabet tanı testi olarak kullanılması kabul edilmiştir (TEMD, 2018).

Glikozile hemoglobinin (HbA1c), kan dolaşımındaki şeker hemoglobine bağlanarak glikozillenir. Glikozille hemoglobin 120 gün sürece glikozillenmiş olarak kalmaktadır. Kan şekerinin arttığı oranda HbA1c de artmaktadır. Son 3 aylık dönemdeki HbA1c, kan şekeri seviyesinin nasıl olduğunu anlamamızı sağlar. Bu değerlerin %6,5 ve üzerinde ölçülmesi ile DM tanısı konulmaktadır (Durna&Akın, 2012; Olgun, 2003). Yaş, etnik köken ve hamilelik HbA1c sonuçlarını etkileyebilir. ADA, sağlık çalışanlarının bu durumdan haberdar olmaları gerektiğini, doğru tip HbA1c testini kullanmak ve HbA1c ile kan şekeri düzeyleri arasında uyumsuzluk olduğunda alternatif tanı testlerini (açlık plazma glukozu testi veya oral glukoz tolerans testi) düşünmek gerektiğini vurgulamaktadır (ADA, 2018).

Glikozile hemoglobinin, tip 1 diyabetli ve insülin kullanan ya da glisemi kontrolü sağlanamamış olan tip 2 diyabetli hastalarda 3 ayda bir, kontrol altındaki tip 2 diyabetli hastalarda ise 6 ayda bir ölçülmelidir (TEMD, 2018).

Kan Basıncı Kontrolü (KB)

DM bireylerde kardiyovasküler risk faktörlerine dikkat edilmeli ve KB'nı izlenmesi önerilmektedir. KB değerinin $\leq 140/90$ mmHg olması hedeflenmektedir. Bu değer yaşa göre de değişiklik göstermektedir (Franz vd., 2002). Hipotansiyon riski yüksek olan genç bireylerde bireyin tolere edebileceği KB ($\leq 130/80$ mmHg) değeri hedeflenmelidir (TEMD, 2018; Weber, 2014).

Kan Lipid Değerlerinin Kontrolü

Uluslararası lipid rehberlerinin açıklamalarına göre kardiyovasküler (KV) riskin değerlendirilmesi önemlidir. Hedeflenen lipid düzeyleri aşağıdaki gibi olmalıdır. Değerlendirme yılda bir, bu durum hastaya göre değişebilmektedir.

- LDL-kolesterol <100 mg/dl (primer KV olay geçiren diyabetlide <70 mg/dl)
- Trigliserid <150 mg/dl
- HDL-kolesterol erkekte >40 mg/dl, kadında >50 mg/dl
- Non-HDL-kolesterol <130 mg/dl (düşük risk), <100 mg/dl (yüksek risk) (TEMD,2018).

Diabetes Mellitus'un Tedavi ve İzlemi

Diyabetli bireyin bakımı ve tedavisi için hedeflenen, öz bakımın, metabolik kontrol, komplikasyonların önlenmesi, yaşam kalitesini koruma ve gelişmesini sağlamaktır (Weber vd., 2014). Glisemik kontrolü belirlemede HbA1c ölçümü ve hastanın kendi kendine kan şekeri ölçümü önemlidir (Inzuchi et al., 2012). Tedavide hedef risk faktörlerinin azaltılması, uygun egzersiz, beslenme ve hedeflenen HbA1c değerine ulaşmak olmalıdır (ADA, 2018).

Başarılı bir diyabet tedavisi ve izlemi için beş temel öğe aşağıda belirtilmiştir. Bunlar:

- Tıbbi beslenme tedavisi (TBT), diyet ve kilo kontrolü

- Düzenli fiziksel aktivite
- Oral antidiyabetik (OAD) ilaçlar ve gereğinde insülin
- Bireysel kan şekeri izlemi
- Eşlik eden hastalıkların (hipertansiyon, dislipidemi) tedavisi ve antiagreganlar
- Diyabet eğitimidir (Olgun, 2003; TEMD, 2018).

Diyabetli bireyler bunları hedef olarak belirlemeli ve yaşamının her aşamasında öz yönetimi ve davranış değişikliği ile tedavisinin mümkün olduğunu bilmelidir (Sousa vd., 2005).

Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)

TBT kompleks karbonhidrat içeriğinin yüksek olması, protein ve yağ içeriği düşük, kişinin yaşı ve yaşamıyla uyumlu kalori gereksinimine göre düzenlenmiş beslenme programı olarak tanımlanmaktadır. Tip 2 diyabetli bireyin beslenmesinde kalorinin kısıtlanması, ideal kilonun sağlanması, öğün sayısını arttırarak az ve sık beslenmesi, kültürel seçimlerin göz önünde bulundurulması hedeflenmelidir (Franz vd., 2002).

Beden Kitle İndeksi'ne (BKİ) göre hedeflenen kiloya ulaşmak için enerjiyi sınırlandırmak gerekir (İmamoğlu vd., 2009). Fazla kilolu veya obez bireylerde kilo kaybı insülin direncini azaltmaktadır (TEMD, 2018). Diyabetli bireylerde metabolik kontrolün sağlanması ve HbA1c'nin düşürülebilmesi için TBT eğitimi verilmelidir (TEMD, 2018; Banister vd., 2004). Posalı gıdalar kan şekeri ve lipid düzeyini normal seviyeye yakın tutulmasını sağlar (TEMD, 2018). Bitkisel yağlar ve balık gibi çoklu doymamış yağ içerikli besinler alınmalı ve omega 3 tüketilmelidir (İmamoğlu vd., 2009). Tip 2 diyabette günlük enerji ihtiyacı ve alışkanlığına uygun olarak besinler günde 6-8 öğüne bölünerek verilmelidir. Az ve sık yeme kan şekeri düzeyinde hızlı artışı ve insülin ihtiyacını azaltır (Pek, 2005).

Egzersiz

Güvenli ve etkili bir şekilde egzersiz yapılmalı, öncesinde bireyin tıbbi muayenesinde yaşı, diyabet süresi, komplikasyon varlığı gibi bilgiler göz önünde bulundurulmalıdır (Pek, 2005; Can&Ersöz, 2013). Egzersize başlamadan önce kan şekeri kontrol edilmeli, 250 mg/dl ve üzerinde ise kan şekeri düzene girene kadar egzersiz ertelenmeli, 100 mg/dl altında ise egzersize başlamadan 1 saat önce öğün ya da ara öğün alınmalı ve kan şekeri daha sık takip edilmelidir (Durna&Akın, 2012).

Egzersizin tipi, süresi, sıklığı, yoğunluğu ve egzersiz sırasında yapılması gerekenler planlanmalı, uygun malzemeler seçilerek egzersiz yapılmalıdır (ADA, 2018).

Egzersize başlayabilmek için;

- Kan şekerinin < 250 mg/dl olması,
- Ketozis olmamalı
- Egzersiz öncesinde kan şekerinin 70 mg/dl altında olmaması gereklidir.

Haftada 3 gün toplamda 150 dk., 2 günden fazla ara vermeden egzersiz yapılması önerilmektedir (Durna&Akın, 2012; TEMD, 2018).

Diyabette İlaç Tedavisi

ADA 2018'de yayınladığı klavuzunda hipoglisemi riskini azaltmak için diyabetli yaşlı yetişkinler için farmakolojik tedavinin bireyselleştirilmesinin önemini vurgulamak için üç yeni öneri eklenmiştir, kişiselleştirilmiş kan şekeri hedeflerini korurken aşırı tedaviden kaçının ve karmaşık rejimleri basitleştirin. Preeklampsi riskini azaltmak için, önceden var olan tip 1 veya tip 2 diyabeti olan tüm gebe kadınların, birinci trimesterin sonunda başlayarak günlük düşük doz aspirin başlanmasını önermektedir (ADA, 2018).

Oral Antidiyabetikler (OAD)

Tip 2 diyabetli bireylerde diyet ve egzersiz ile tedavi edilemediğinde oral antidiyabetikler kullanılmaktadır. OAD, pankreastan insülin salınımını artırarak, karaciğerden glikoz üretimini azaltarak veya periferik glikoz kullanımını artırarak etki gösterirler. Sulfonilüreler, biguanitler, aflagluzidaz inhibitörleri, tiazolidinedion derivelere oral antidiyabetik ilaçlardır (Akdemir&Biro, 2005; Özcan, 2002).

İnsülin

İnsülin pankreasın beta hücrelerinden salgılanan bir proteindir. En önemli görevi enerji için kullanılan glikozun hücre içine geçişini sağlar (Olgun, 2003). Normal bireyde insülin sekresyonu bazal ve bolus (besin alımı ile salgılanma) olmak üzere iki şekilde olmaktadır (İmamoğlu vd., 2009). Klinikte kullanılan insülinler, farmakokinetik özelliklerine göre kısa, hızlı, orta ve uzun etkili insülinler şeklinde sınıflandırılmaktadırlar (Cheng&Zimman, 2008).

Bireysel Kan Şekeri İzlemi (BKİ)

İnsülin ile tedavi edilen diyabetli hastalarda BKİ tedavinin bir parçasıdır. İnsülin uygulayan, OAD kullanan ve TBT uygulanan diyabetli bireylerde hedef kan şekere ulaşmada BKİ önemlidir. Enfeksiyon gibi hastalık durumlarında kan şekeri değişikliklerini izlemek için BKİ önem taşır. Hastaya BKİ ile ilgili eğitim verilerek davranış değişikliği sağlanmalıdır (TEMĐ, 2018; James, 2014).

Günde birkaç kez insülin uygulayan hastaların 3-4 kez BKİ gereklidir. Evde BKİ sıklığı hastaya göre belirlenmeli, bazal-bolus insülin tedavisi altındaki tip 1 diyabetliler, gebeler, insülin pompası kullanan diyabetliler ve kontrolsüz tip 2 diyabetlilerde her gün 3-4 kez; diğer tip 2 diyabetlilerde haftada 3-4 kez izlenmelidir. Tokluk (postprandiyal) kan şekeri (PPG): Açlık ve öğün öncesi glukoz düzeyleri kontrol altında olduğu halde, A1C hedefine ulaşılamayan diyabetlilerde, tokluk glisemisini düzenlemeye yönelik beslenme ve ilaç tedavisi uygulayan diyabetlilerde ölçülmelidir. Genel olarak PPG, bir ana öğünün başlangıcından (ilk lokmanın alınmasından) 2 saat sonra ölçülür. Glukoz test striplerinin usulüne uygun olarak kapalı kutuda ve serin bir ortamda muhafaza edilmesi gerektiği hatırlatılmalıdır (TEMĐ, 2018).

“Diyabette egzersiz, beslenme, kan şekeri, tedavi ve takipte hedefe ulaşmak için birey eğitilmelidir.”

Sonuç ve Öneriler

Hastaların tanı tedavi ve izlenmesinde öncelikli olarak bireysel bakımlarının, davranış değişikliğinin sağlanması ve sürdürülmesi için eğitim verilmeli, hedef değerler ve rutin kontroller sağlanmalıdır. Bu durumda hemşirelere çok iş düşmektedir. Hemşireler danışmanlık ve eğitici rollerini bu

alanda kullanarak diyabetli bireylerin öz bakım ve gücünün sağlanmasında rol oynarlar.

Alana Katkı

Bu derleme, epidemik bir biçimde arttığı kabul edilen diyabetin, sağlık çalışanları açısından hastaların eğitimine, diyabetin komplikasyonlarından korunmak için katkıda bulunmaları için kaynak niteliği taşımaktadır.

Çıkar Çatışması

Bu derlemede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynakça

- Akdemir N., & Biro L.(2005). Diyabetes mellitus. İçinde: İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, 2.Baskı. Ankara:Sistem Ofset Basım Yayım.
- American Diabetes Association (ADA), (2018). Standards of medical care in diabetes care. *Diabetes Care*, 41(1), 1-155.
- Banister, N.A, Jastrow, S.T, Hodges, V., Loop, R., & Gillham M.B. (2004). Diabetes self management training program in a community clinic improves patient outcomes at modest cost. *J Am Diet Assoc*, 104, 807-10.
- Can, S., & Ersöz, G. (2013). Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde egzersizin yeri ve önemi. *Türkiye Klinikleri Journal Sports Sciences*, 5, 29-38.
- Cheng, A.Y.Y., & Zimman, B.(2008). İnsülin tedavisinin prensipleri. (Ç: Güney E.) Yumuk V.Ç. Ed:Joslin's Diabetes Mellitus, 1. Baskı, İstanbul:Medikal Yayıncılık.
- Diñççağ, N. (2011). Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. *İç Hastalıkları Dergisi*, 18, 181-223.
- Durna, Z., & Akin, S.(2012). Diyabet (Tip 2) ve bakım. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Franz, M.J., Bantle, J.P., Beebe, C.A., Brunzell, J.D., Chiasson J.L.,& Garg A. (2002). Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care*, 25,148-98.
- International Diabetes Federation (IDF). (2013). Diabetes Atlas. 6th edition, Brussels: International.
- Inzuchi, S.E., Bergenstal, R.M., Buse, JB & et al. (2012). American Diabetes Association; Management of hyperglycemia in type2 diabetes: a patient- centered approach. *Diabet Care*, 35, 1364-1379.
- İmamoğlu, Ş., Özyardımcı, C., & Gürdal, B. (2009). Diyabetes mellitus'ta tıbbi beslenme tedavisi. Ş. İmamoğlu, C Ersoy. (Eds.), Deomed Medikal Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul.
- James, PA. (2014). Evidence based guideline for the management of high blood pressure in adults, *American Medikal Association /LAMA*, 311-315.
- Olgun, N. (2003). Diyabette kendi kendine takip ilkeleri. İçinde: Yılmaz M.T., Bahçeci, M., Büyükbeşe M.A. Diabetes mellitus'un modern tedavisi. Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, 67-80.
- Özcan, Ş. (2002). Kronik komplikasyonlar. (Eds: Erdoğan S.), Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, İstanbul:Yüce Basımevi.
- Pek, H.(2005). Diyabet ve egzersiz. İçinde: Erdoğan S(Editör). Diyabet Hemşireliği, İstanbul:Yüce Basımevi.
- Satman, İ. (2016). TEMĐ, Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu.
- Sousa, V.D., Zauszniewski, J.A.,& Toward A. (2005). Theory of diabetes self-care management. *Journal of Theory Construction and Testing*, 9(2), 61-67.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) (2018). Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. http://www.turkendokrin.org/files/file/DIYABET_TTK_web.pdf (Erişim Tarihi: 24.11.2018).
- Weber, M.A. (2014). Clinical practice guidelines for the management hypertension in the community a statement by the american society of hypertension and the international society of hypertension. *Journal of Clinical Hypertension Guidelines*, 1-3.

OLGU SUNUMU/ CASE REPORT

İnmeli Hastada Palyatif Bakım: Olgu Sunumu

Palliative Care in Patient with Stroke: Case Report

Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI, Dr. Öğr. Üyesi.¹, Begüm EŞ, Uzm. Hem.²¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Manisa²İzmir Kuzey Kamu Hastaneler Birliği, Menemen Devlet Hastanesi, Palyatif Bakım Kliniği, İzmir

Kabul tarihi/Accepted: 08.11.2018

İletişim/Correspondence:

Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Uncubozköy Sağlık Kampüsü, Yunusemre / Manisa

E-posta: nurgul.gungor@hotmail.com

Özet

İnme, tüm dünyada kanser ve kalp hastalıklarından sonra gelen en sık ölüm nedenidir. Önlemler alınmaz ve erken müdahale edilmezse kalıcı sakatlıklara yol açmakta ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Palyatif bakım kliniklerinde; inmeli hastanın var olan problemini çözüme kavuşturmak, hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek, hasta ve yakınlarına psikososyal destek sağlamak, hasta ve yakınlarını bilgilendirmek esas amaçtır. Bu olgu sunumunun amacı, hipertansiyona bağlı 6 yıl önce inme tanısı alan hastanın mevcut durumunu, hemşirelik tanımlarını ve uygulanan girişimleri açıklayıcı bir şekilde sunmaktır.

Anahtar kelimeler: İnme, palyatif bakım, hemşirelik girişimleri.**Abstract**

Stroke is the most common cause of death in the world after cancer and heart diseases. If precautions are not taken and not intervened early, it causes permanent disability and negatively affects the quality of life of the individual. In palliative care clinics, it is the main objective to resolve the existing problem of the patient with stroke, to improve the quality of life, to provide psychosocial support and inform both patient and relatives. The aim of this case report is to present the current condition, nursing diagnoses and interventions of the patient who was diagnosed with stroke 6 years ago due to hypertension.

Keywords: Stroke, palliative care, nursing interventions.**Giriş**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inmeyi 'Serebral işlevlerin fokal veya global bozukluğuna bağlı, hızla gelişen klinik bulgular olup 24 saat veya daha uzun sürme/ya da ölüm gelişmesi' olarak tanımlamaktadır (WHO, 2018). İnme iskemik ve hemorajik olmak üzere iki şekilde görülmektedir. İnmelerin dörtte üçünü kapsayan iskemik inmenin alt tipleri; emboli, küçük damar trombusu ve büyük damar trombusudur. İnmelerin dörtte birini oluşturan hemorajik inmenin alt tipleri; intraserebral hemoraji ve subaraknoid hemorajidir (Uzuner ve ark. 2018). Hemorajik inmelerin nedenlerine bakıldığında birinci sırada hipertansiyon, sırasıyla diyabet, dislipidemi, obezite, sigara, alkol tüketimi, kalp hastalıkları, orak hücreli anemi gibi faktörler yer almaktadır.

Hipertansiyon, serebral infarktüs ve intrakraniyal kanama için önemli bir risk faktörüdür. Kan basıncı ve inme riski arasında sürekli, kademeli ve tutarlı bir ilişki vardır. Kan basıncı arttıkça, hipertansif aralıkta olmasa bile, inme riski de artar (Uzuner ve ark. 2018). İskemik ve hemorajik inmeyi önlemenin en etkili stratejisi hipertansiyon tedavisidir. Hipertansiyon tedavisinin asıl amacı, hedeflenen kan basıncına ulaşmak ve bunu sürdürmektir. Sistolik basıncı 100-120 mmHg, diastolik basıncı 60-70 mmHg arasında tutmak inme insidansını %38 azaltmıştır (Saribaş ve ark., 2005). Hastalara düzenli olarak KB ölçümü, yüksek kan basıncının uygun tedavisi ve sağlıklı yaşam davranışları önerilmektedir.

İnmede tedavi; koruyucu tedavi, akut tedavi ve rehabilitasyondur. Koruyucu tedavi primer koruyucu tedavi olarak risk faktörlerinin (hipertansiyon, diyabet, obezite, kalp hastalıkları vb.) tedavisi ve sekonder koruyucu tedavi olarak asetil salisilik asit, antikoagülanlar (warfarin, heparin) vb. ilaçların verilmesidir. Akut tedavi acil yaklaşım gerektirir; hastane dışında inme belirtilerinin (bulantı-kusma, kol ve bacakta güçsüzlük (hemiparezi), konuşma bozukluğu, bilinç kaybı gibi) tanınması ve acil servise ulaştırılmasıdır. Rehabilitasyonda ise inme sonrası sekellerin azaltılması, iyileşmenin hızlandırılması, komplikasyonların ve inme tekrarının önlenmesini içermektedir (Uzuner ve ark. 2018).

Olgu sunumumuz; bilinci kapalı, bakıma ihtiyacı olan, hipertansiyon ve enfeksiyon tanıları ile palyatif bakım kliniğine kabul edilen hastanın palyatif bakım gereksinimlerinin karşılanması içermektedir. Amacımız; hastanın fiziksel, psikososyal, spiritüel gereksinimlerini karşılamak, acıyı gidermektir.

OLGU SUNUMU

K.A. İzmir'de bir devlet hastanesinin palyatif bakım kliniğinde yatan, 75 yaşında, erkek hastadır. 6 yıl önce Serebro Vasküler Hastalık (SVH) tanısı konulan hastanın halen hipertansiyonu, kuadriplejisi mevcut olup, son 1 yıldır sözlü ve ağırlı uyaranlara yanıtı yoktur. Hastanın

beslenmesi nazogastrik sonda ile bolus infüzyon yöntemi ile yapılmakta; boşaltım ihtiyacı foley kateter ve alt bezi karşılanmaktadır. Hasta hipertansiyonu için antihipertansif ilaçlar kullanmaktadır. Yutma refleksi kaybolduğu için son 1 yıldır nazogastrik sonda ile beslenmektedir. Solunum sıkıntısı ve aspirasyon pnömonisi tanıları ile 19.10.2018 tarihinde palyatif bakım kliniğine yatışı yapılmıştır.

Hastanın Tedavisi

- Delix Plus 2,5 mg Tablet oral 1 x2
- Ulcuran (Raniver, Ranitab) 50 mg ampul İntravenöz 2x1
- İprasal Nebül (Combivent) 2,5 ml İnhalasyon 4x1
- Cortair 0,50 mg (Budecort) Suspansiyon Flakon İnhalasyon 2X1
- Depakin 500 mg Tablet Oral 2X1
- Gyrex 50 mg Tablet Oral 1x1
- Stelavo Tablet Oral 2x1
- Melanda 5mg Basis Oral Solüsyon 50 gr Oral 1 x4
- İzolen Dengeli Elektrolit 500 ml İntravenöz 1x1
- Mucinac 300mg (Nacosel) 3ml Amp İntravenöz 2x1
- Cipro 200mg Flakon IV 2x1
- Cleaxan 0,6 Subcutan 1x1

Fizik Muayene

- Kan basıncı 140/90 mmHg
- Ateşi ilk 3 gün 38° C ve üzeri
- Nabızı taşikardik 110 / dk
- Hırıltılı solunumu mevcut, takipne var 26 /dk
- Oksijen saturasyonu %90 – 95 arasındadır.
- Laboratuvar Bulguları
- WBC : 5,0 10³ul
- RBC 3,52 10³ul
- HGB 11,1 g/dl
- HCT 33,2 %
- PLT 145 10³ul
- Na: 138 meq/lit
- K:4 meq/lit
- Cl:109
- Ca:9,5 gr
- BUN: 16 mg/dl
- AKŞ 77 mg/dl
- CRP: 49,9 mg/L
- Diyet: 1500 Kkal /Gün NG Beslenme için Glucerna 1,5Kcal 8x125 ml/gün Bolus İnfüzyon

Sistem Tanılaması

- Nörolojik: Bilinç kapalı, son 1 yıldır sözlü ve ağrılı uyaranlara yanıtı yok. Kuadriplejik.
- Solunum: Solunum sıkıntısı ve aspirasyon pnömonisi
- GİS: Yutma refleksi yok, nazogastrik sonda ile bolus infüzyon yöntemi ile besleme
- Boşaltım: Foley kateter ve alt bezi
- Dolaşım: Hipertansif, Kuadriplejik olmasından dolayı dolaşımda bozulma riski
- Ağrı: Sözlü ve ağrılı uyaranlara yanıt yok
- Günlük Yaşam Aktiviteleri: Bilinç kapalı, bakım vericiler ve palyatif bakım hemşireleri tarafından sürdürülmekte.

Etik Boyut

Hastanın bilinçsiz olması nedeniyle hasta yakınlarından aydınlatılmış onam alınmıştır.

Hemşirelik Tanısı ve Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Hastanın son bir yıldır sözlü ve ağrılı uyaranlara yanıt vermemesi ve bilinçsiz olması nedeniyle "Kronik Konfüzyon" hemşirelik tanısı olarak belirlenmiştir.

Amaç: Kronik Konfüzyon tanılı hastanın yatağa bağımlı olması nedeniyle terapötik ortamda günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebilmesi amaçlanmaktadır.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın günlük yaşam aktivitelerini (beslenme, boşaltım, banyo, hijyen gibi) sürdürmek
- Hasta bilinçli olmasa bile birebir ilişki kurmak, yeterli zaman ayırmak
- Hasta yakınlarını günlük yaşam aktivitelerine katılması için desteklemek

Hemşirelik Tanısı: Solunum sıkıntısı ve aspirasyon pnömonisi olan hastada "Solunum biçiminde yetersizlik / Etkisiz solunum örüntüsü" hemşirelik tanısı olarak belirlenmiştir.

Amaç: Hastada solunumun hızı ve derinliğinin normal olması (öpne), hırıltılı solunumun düzeltilmesi

Hemşirelik Girişimleri:

- Solunum hızı ve derinliğini izlemek.
- Solunum seslerini değerlendirmek,
- Dil, oral mukoza ve cildi siyanoz açısından değerlendirmek
- Pulseoksimetre ile oksijen saturasyonunu değerlendirmek
- Hastada aspirasyon pnömonisinden dolayı oluşan sekresyonları yumuşatmak ve hava yolu açıklığını sağlamak amacıyla tedavisinde yer alan nebulizer ilaçları uygulamak,
- Solunumu sürdürmek için aseptik tekniğe uygun ora - nazotrakeal aspirasyon uygulamak
- Hastaya nebulizer tedavi sonrası sekresyonların atılabilmesi için hekimin izniyle postural drenaj uygulamak, bu işlemi hasta yakınlarına öğretmek
- Hekim istemine uygun tedavileri sürdürmek (antibiyotik ve mukolitik ilaçlar)
- Solunumu iyileştirmek için semifowler pozisyonu vermek
- Oral alımın olmaması, solunum sıkıntısının olması, nebulizer ilaç uygulanması nedeniyle ihtiyaca uygun hastaya günde en az 3 kez ağız bakımı yapmak
- Beslenmesi nazogastrik sonda ile sürekli infüzyon yöntemi ile sürdürülen hastada aspirasyonu önlemek için semifowler pozisyonu verilir, hasta yakınları bu konuda bilgilendirilir.
- Entübasyon ve mekanik ventilasyon gereksinimi için hazırlıklı olmak

Hemşirelik Tanısı: Hipertansif hastalarda vazokonstriksiyon nedeniyle damar çapı daralmakta

onkotik basınç artmakta dolayısıyla damar çapının daralmasından dolayı damar içindeki sıvı volümü fazla olmaktadır bu durum kan basıncının yükselmesiyle sonuçlanmaktadır. Hastada "hipertansiyona bağlı sıvı volüm fazlalığı" hemşirelik tanısı olarak belirlenmiştir

Amaç: Kan basıncının normal sınırlarda tutulması, sıvı volüm dengesinin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri:

- Vital bulguları takip etmek,
- Sık kan basıncı izlemi yapabilmek için hastayı monitorize etmek
- Aldığı çıkardığı izlemi yapmak
- Sodyumdan kısıtlı diyet
- Hekim istemi doğrultusunda antihipertansif ve diüretik tedaviyi sürdürmek

Hemşirelik Tanısı: Nazogastrik sonda ile beslenen hastada "Beslenmede değişim" hemşirelik tanısı olarak belirlenmiştir.

Amaç: Yutma refleksi olmaması nedeniyle nazogastrik sonda Bolus İnfüzyon ile beslenen hastada yeterli beslenmenin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri:

- Diyetisyen konsültasyonu ile BKİ'ne uygun diyetin başlanmasını sağlamak,
- Nazogastrik sonda ile beslenme başladığında semi fowler pozisyonu vermek (Aspirasyonu önlemek için),
- Yemek sonrası semifowler pozisyonunu sürdürmek
- Sık ağız bakımı vermek
- Sekresyonların atılımını kolaylaştırmak için iki saat arayla pozisyon değişikliği yapmak
- Her pozisyon değişikliğinde sırt masajı yapmak
- Hasta yakınlarına beslenme ve bakım konusunda eğitimler vermek, birlikte uygulamak

Hemşirelik Tanısı: Kuadriplejisi olan hastada "yatak içi mobilitede bozulma" hemşirelik tanısı olarak saptanmıştır.

Amaç: Total paralizi nedeniyle hastayı yatak içinde hareketliliğinin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri:

- Travma olasılığının minimize edecek güvenlik önlemlerinin alınması.
- Günde en az 3-4 kez pasif egzersizleri yaptırmak, hasta yakınlarını pasif egzersizleri öğretmek ve birlikte uygulamak
- İki saatte bir pozisyon değişikliği yapmak, basınç noktalarına masaj yapmak
- Normal dolaşım fonksiyonlarını sürdürmek için elastik çoraplar giydirmek
- Cilt bütünlüğünü sürdürmek için cilt kuru tutmak, pozisyon verirken sürtünmelerden kaçınmak, gerekirse havalı yatak kullanmak, protein ve vitaminden zengin diyet vermek
- Fizyoterapist ile iş birliği yapmak

Hemşirelik Tanısı: Lökositozu mevcut ve CRP değeri yüksek, aspirasyon pnömonisi olan hastada "Enfeksiyon" hemşirelik tanısı olarak saptanmıştır.

Amaç: Beslenme sonrası aspirasyona bağlı gelişen pnömoni- enfeksiyonun giderilmesi,

Hemşirelik Girişimleri:

- Vital bulguları takip etmek
- 38° ve üzeri ateş olduğunda soğuk uygulama yapmak ve hekim istemi doğrultusunda antipiretik tedaviyi uygulamak
- İnvaziv girişimleri ve trakeal aspirasyonu aseptik tekniğe uygun uygulamak
- Enfeksiyon bulgularını gözlemlemek ve kaydetmek
- Nazogastrik tüpün olması gereken yerde ve doğru tespit edilmesini sağlamak
- Nazogastrik tüp ile beslenmede aspirasyon riskini engelleyici önlemler almak
- Beslenme süresince 30-45 dakika, beslenme sonrası en az 1 saat semi fowler pozisyonu sürdürmek
- Aralıklı beslenmede rezidüel içerik 150 ml'den fazla ise beslenmeyi kısa süreli durdurmak
- Nazogastrik tüpü olan hastalarda tüp gastrointestinal kanala yapışabilir. Bunu önlemek için tüp genellikle günde bir kez kendi ekseninde etrafında döndürülmelidir.
- Nazogastrik tüplü hastanın burun bantları günlük değiştirilmelidir. Bantları değiştirirken tüpün yerinin değişmemesine özen gösterilmelidir. Bantları tüple birlikte buruna tespit ederken burun mukozası içinde oluşabilecek bası yaralarını engellemek için, her seferinde tüp burun deliğinin başka bir kenarına doğru sabitlenerek bantları yapıştırılmalıdır.
- Burun deliği düzenli temizlenmeli ve mukozası irritasyon açısından gözlemlenmelidir. Tüp burun kanatlarına bası yapmamalıdır.
- Tüp takılı olan burun deliği tahriş olmuşsa tüpün çıkarılarak diğer burun deliğinden uygulanması gerekir.
- Hekim istemi doğrultusunda enfeksiyon etkenine uygun antibiyotiği uygun verilmiş yolu ve uygun dozda uygulamak.
- Nazogastrik sonda ile besleme ve bakım konusunda hasta yakınlarına eğitim vermek, birlikte uygulamak.

TARTIŞMA

Serebrovasküler Hastalıklar (SVH), bir beyin bölgesinin iskemisi veya kanama sonucu kalıcı ya da geçici olarak etkilenmesi ve/veya beyni ilgilendiren bir ya da daha fazla kan damarının primer patolojik hasarıdır (Whisnant et.al., 1990). Yaş, cinsiyet, genetik faktörler, hipertansiyon, sigara, diyabet, dislipidemi, bazı kalp hastalıkları vb. hastalıklar inmenin risk faktörleri arasında en önemlileri ve en sık görülen nedenlerindedir (Duman ve Dede,2010; Şahin ve ark, 2015).

İnmeli hastada erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Kalıcı sakatlıkların en aza indirilmesi erken müdahale ve doğru tedavi ve takiple mümkün olmaktadır. Kalıcı hasarın gelişmesi durumunda hasta fiziksel, psikososyal açıdan

desteklenmelidir. Bu konuda bakım ve eğitim veren, yol gösteren profesyonel sağlık çalışanlarının rolü çok önemlidir. Evde bakım hizmetleri, palyatif bakım klinikleri, hospis vb. bakım veren merkezler inmeli hastayı tedavi ve bakım yönünden desteklemektedir (Bilgili, 2014).

Palyatif bakım sadece hastalara yönelik değildir; aynı zamanda verilen hizmetler hastaların ailesini/ bakım veren yakınına da içerir. Aynı zamanda kabullenme, bilgilendirme ve yas ile mücadelede destek olma palyatif bakımın en önemli parçalarıdır. Palyatif bakım hizmetleri sadece ağrı ve semptom yönetimi gibi klinik hizmetler ile sınırlı değildir. Hasta ve yakınlarının tüm sorunlarının çözümü kavuşmasını hedefler. Dini yardım, ekonomik destek, psikososyal yardım gibi hizmetleri de içerir. Bu nedenle esas amaç var olan tüm kaygılar ile mücadele etmek ve çözüme kavuşturarak yaşam kalitesini yükseltmektir (Bilgili, 2014; Kar et.al, 2015 ; Kahveci ve Koç,2018).

Olgumuz, kuadriplejik immobil bir hastadır ve hipertansiyona bağlı 6 yıl önce ilk serebrovasküler olayını yaşamıştır. Son 1 yıldır bilinci kapalı, yutma refleksi kaybolmuştur. Nazogastrik ile beslenmektedir ve bu beslenme süresince 2 kez aspirasyona bağlı solunum sıkıntısı gelişmiştir. İlk yaklaşık 3 ay önce meydana gelmiştir. Yine aynı klinikte tedavi altına alınmış ve iyi hal ile taburcu edilmiştir. İlk süreçte de hastanın tedavisi ve bakımı yapılmış ailesine eğitim verilmiştir. Hemşirenin bu süreçlerde profesyonel olarak primer bakım verici ve destekleyici rolünün olması çok önemlidir.

İnmeli hastaların birçoğunda yutma güçlüğü bulunmaktadır (hasta grubunun yaklaşık %15'i) ve enteral beslenme (nazogastrik sonda, gastrostomi, jejunostomi vb.) ile yeterli beslenme sağlanmaktadır. İnmeli hastalarda yutma merkezindeki hasara bağlı olarak sekonder yutma güçlüğüne bağlı aspirasyon riski yüksektir. Özellikle ilerleyen yaş (60 yaş ve üzeri) ve Glaskow koma skorunun 12 ve altında olması aspirasyonda ve sonrasında gelişen aspirasyon pnömonisinde en önemli risk faktörleridir. Yoğun bakımlarda yatan hastalarda da supin pozisyon, nazogastrik tüp, mekanik ventilatör uygulanması aspirasyon riskini doğurmaktadır. (Edis, 2014; Wilson et.al. 2017)

Olgumuz yutma refleksinin kaybolması nedeniyle oral yolla beslenemeyip, NG ile beslenmesine devam edilmiştir. Nazogastrik tüpün kullanımı yaşlı hasta sayısının ve kronik hastalıkların artması nedeniyle hastanelerde ve evlerde giderek artmaktadır. Nazogastrik tüp uygulaması hastaya rahatsızlık verebilen ve ciddi komplikasyonlara neden olabilen bir uygulamadır. İleri düzeyde bilgi ve beceri gerektirmektedir. Profesyonel bakım verici sağlık ekibi, nazogastrik tüpün güvenli ve doğru yerleştirilmesi, tüpü olan hastanın bakımını ve taburculuk öncesi eve hazırlık aşamasında hasta yakınlarının eğitimlerini en doğru şekilde vermeli, kişilerin kaygılarını gidermeli ve onları desteklemelidir (Çelik, 2013)

Olgumuzda kuadripleji, yatak içi mobilitede bozulma mevcut olup dekübitüs ülseri gelişmemiştir. Literatürü incelediğimizde immobil inmeli hasta vakalarının birçoğunda basınç yaraları mevcut bulunmuştur (Akbulut 2017). Burada bakım verenin rolü çok önemlidir. 2 saatte bir hastanın pozisyonu değiştirmek, kemik çıkıntılarını basınçtan korumak, malnütrisyonu engelleyip hastanın

yeterli miktarda protein alımını sağlamak, genel vücut bakımları sonrası vücut nemliliğini sağlamak, gerekirse havalı yatak kullanımı sağlamak, kullandığı çarşafların temiz ve ütülü olmasını sağlamak bakım verenin görevleri olmaktadır. Ayrıca yaşlı ve inmeli hastalarda inkontinans gelişmesi özellikle sakral bölgede laserasyon riskini arttırmaktadır (Akbulut, 2017).

SONUÇ

İnmeli hastalarda serebrovasküler hasara bağlı birçok komplikasyon gelişmektedir. Palyatif bakım klinikleri hastaların var olan problemlerini çözüme kavuşturmak ve yaşam süresini uzatmaktan ziyade kalitesini arttırmak için profesyonel bir ekip ile ailelere hizmet sunmaktadır. Eğitici, yol gösterici ve bakım verici rolünün ön planda olduğu, bağımsız rollerini özveriyle yerine getiren palyatif bakım kliniği hemşirelerinin birey ve ailesini fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik, dini yönden desteklemesi gerekmektedir. Birey ve/veya ailesine gelişebilecek komplikasyonlar hakkında ve kişilerin hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda gerekli bilgileri vermelidir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdî/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Akbulut, E.(2018) Dekübit Ülserlerine Yaklaşım, KTÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Ders Notları. http://www.ktu.edu.tr/dosyalar/17_00_00_eb7ec.pdf Erişim Tarihi: 07. 11. 2018
- Bilgili, N., Gözüm S. (2014) İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. *DEUHYO Dergisi*, 7 (2), 128-150.
- Birol, L. (2011) Hemşirelik Süreci. Etki yayınları, 10. Baskı, İzmir, 295-497.
- Çelik, N. (2013) Nazogastrik Tüp ve Hemşirelik Girişimleri. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,4(2),108-113.
- Duman, T., Dede, Ö.H.(2010) Serebrovasküler Hastalıklarda Prognostik Faktörlerin Gözden Geçirilmesi: Klinik İzleme Ait Faktörler. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, 16(3), 59-65.
- Edis, Ç. E. (2014) Aspirasyon Pnömonisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2 (1),52-58.
- Erkal İlhan S. (2007) İntrakranial Anevrizmalar, Akbayrak N., Erkal İlhan S., Ançel G., Albayrak A. (Edt.) Hemşirelik Bakım Planları. Alter yayıncılık, Ankara , 915-920.
- Kahveci K., Koç O. Aksakal H.(2018) Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı, Akademisyen Kitabevi, İstanbul, 15-171.
- Kar SS1, Subitha L, Iswarya S.(2015) Palliative care in India: Situation assessment and future scope. *Indian J Cancer*, 52(1),99-101. doi: 10.4103/0019-509X.175578.
- Sarıbaş O., Topçuoğlu M.A., Arsava E.M.(2005) Akut İskemik İnmelelerde Tedavi Yaklaşımları. *Balkan S* (edt). Serebrovasküler Hastalıklar. Güneş Kitapevi, Antalya, 289-311.
- Şahin, A.D., Üstü, Y., Işık, D., Öztaş, D., Eray, K.I., Uğurlu, M.,(2015) Serebrovasküler Hastalık Geçiren Hastaların Demografik Özellikleri ve Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinde Önlenebilir Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi, *Ankara Med J*,15(4), 196-208.
- Tülek, Z. Nörolojik Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Enç N. (Edt.) İç Hastalıkları Hemşireliği, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 293-299.
- Uzuner, N., Kutluk, K., Balkan, S.(Edt) (2018) İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, İstanbul, 52-141.
- Whisnant, J.P., Basford, J.R., Bernstein, E.F., et al. (1990) Special Report From the National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Cassification of Cerebrovascular Diseases III. *Stroke* 21(4),637-76.

Wilson CM, Mitchell CL, Hebert KM (2017) Cerebellar Stroke Occupational Therapy and Physical Therapy Management from Intensive Care Unit to Outpatient: A Case Report. *Cureus*, Dec 14,9(12):e1949. doi: 10.7759/cureus.1949.

World Health Organization (2018), Stroke, Cerebrovascular accident, http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/ , Erişim Tarihi: 13.11.2018

2. Uluslararası
7. Ulusal

PEDİATRİ

HEMŞİRELİĞİ

KONGRESİ

İzmir, 2019



İZMİR
KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ
2010



www.pediatrihemsireligi2019.org

Bilimsel Sekreteryası

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

Çocuk Hemşireleri Derneği İzmir Şubesi

pediatrihemsireligi2019@gmail.com

Organizasyon Sekreteryası

egekongre
Turizm & Organizasyon

EGE KONGRE TURİZM & ORGANİZASYON
Kültür Mah. Nevvar Salih İşgören Sok.
No:1/4 D:1 Alsancak - İzmir
Tel : (0232) 464 13 51
Faks : (0232) 464 29 25
info@egekongre.com



İZMİR
KÂTİP ÇELEBİ
UNIVERSITY

2010

Faculty of Health Science

Department of Internal Medicine Nursing

2nd INTERNATIONAL

INTERNAL MEDICINE NURSING CONGRESS



March 2020

İzmir - TURKEY