

Çok değerli okuyucularımız,

Birbirinden değerli akademik çalışmaları paylaşacağımız dergimizin 2019 yılı dördüncü sayısında bilimsel araştırmaları ve derleme makaleleri sizlere aktarmaktan, aynı zamanda bilimsel bir platformda sizlerle buluşmaktan gurur duymaktayız.

Bu sayıdaki paylaşımlarımız altı araştırma ve iki derleme makaleden oluşmaktadır. İlk araştırma, Rahşan ÇAM ve Arzu SALIK ASAR'ın "Total Kalça Protezli Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli yarı deneysel çalışması olup örneklemini 25 deney 25 kontrol grubu olmak üzere 50 hasta oluşturmuştur. Total kalça protezi ameliyatı sonrasında verilen taburculuk eğitimi ile deney grubu hastalarının SF-36 ölçeği puan ortalamasında ve Katz GYA ölçeği puan ortalamasında artış olduğu, günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız yerine getirdiği belirlenmiştir. Yönetici hemşireler ve ortopedi hemşireliği açısından katkı verici bir çalışmadır.

İkinci araştırma makalesi; Tuğba YARDIMCI GÜREL, Canan DEMİR BARUTÇU ve Hatice MERT'in "Hemşirelik Doktora Öğrencilerinin Araştırma Etiği Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi" isimli çalışmasıdır. Tanımlayıcı nitelikteki araştırma, iki ayrı üniversitede hemşirelik doktora programına kayıtlı toplam 57 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, etik olmayan davranışların fazlaca gözlemlendiği sonucuna ulaşılmış ve hemşirelik lisansüstü programlarında araştırma etiğine yönelik ders sayılarının artırılması ve öğrencilere araştırma yapma deneyimi kazandıracak müfredat düzenlemelerinin yapılması önerilmiştir. Lisansüstü eğitimi geliştirici veriler sunan bir çalışmadır.

Üçüncü çalışma; Bahise AYDIN ve Murat BEKTAŞ'ın "Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Planlarının Pediyatrik Ağrı Yönetimi Açısından İncelenmesi" başlıklı araştırmasıdır. Araştırma, öğrenci hemşirelerin çocuklarda ağrı yönetimi konusundaki yeterlilik düzeylerini belirlemek için bakım planlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı türde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin ağrı tanımlı bakım planlarında tanılama, amaç belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında yetersizliklerin olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik eğitiminde uygulama alanına katkı sağlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Dördüncü çalışma; Elif GÜNAY İSMAİLOĞLU, Handan ÖZDEMİR, Ahmet EROL ve Ayten ZAYBAK'ın "Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği" isimli araştırmasıdır. Metodolojik tipte olan araştırma, Nisan- Ağustos 2016 tarihlerinde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yürütülmüştür. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin Türkiye'de hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Konuya ilişkin yeni araştırmaların yürütülmesi için yol açıcı bir çalışmadır.

Beşinci araştırma; Ezgi ÖZOĞUL ve Gülten SUCU DAĞ'ın "Üniversitede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanıya Yönelik Sağlık İnançları ve Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmasıdır. Tanımlayıcı tipteki araştırma, 235 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, kadınların meme kanserinde erken tanı yöntemlerine ilişkin güven ve sağlık motivasyonu algılarının yüksek, ciddiye algısı ve yarar algısının iyi düzeyde, duyarlılık algısının orta düzeyde olduğu ve idari kadroda çalışan kadınların engel algılarının, akademik kadroda çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik uygulamaları açısından yarar sağlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Altıncı araştırma makalesi; Ayşe ŞENOĞLU ve Zekiye KARAÇAM'ın "Doğum Destekçilerinin Doğum Eylemine Destek Konusundaki Görüşleri ve Gereksinimleri" isimli araştırmasıdır. Araştırma niteliksel olarak, amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenen doğum eyleminin birinci ve dördüncü devreleri süresince en az iki saat süre ile doğum yapan kadının yanında bulunan 17 kişi ile yürütülmüştür. Sonuç olarak, doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüşlerinin "doğum yapan kadının eğitim alma, destek olmada yeterlilik hissetme ve desteğin anneye yararları", gereksinimlerinin ise "sağlık personelinden/kurumdan beklentiler, bilgilendirme ve eğitim ihtiyaçları" temaları altında toplandığı bulunmuştur. Doğum eylemine katkı sağlayıcı veriler sunan bir araştırma niteliğindedir.

Bu sayımızdaki ilk derleme makale; Şerife TUTAR GÜVEN, Ayla KAYA ve Ayşegül İŞLER DALGIÇ "Preterm Bebeklerde Gestasyonel Haftalara Göre Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Uygulamaları" başlıklı derlemesidir. Derleme makalede, preterm bebeklerde bakımın önemi, bireyselleştirilmiş destekleyici bakım uygulamalarının önemli etkilerinin olduğu Sinaktif Teori temelinde irdelenmiştir.

İkinci derleme makale, Akgün YEŞİLTEPE ve Güldam KARADAĞ'ın "Meslek Hastalığının Boyutları ve Meslek Hastalıklarından Korunmada İş Sağlığı Hemşiresinin Rollerini" isimli makalesidir. Bu derlemenin amacı meslek hastalığının boyutlarını ve iş sağlığı hemşireliğinin meslek hastalıklarından korunmadaki rollerini

incelemek ve aynı zamanda çalışanlarda meslek hastalıkları ile ilgili farkındalığı arttırmak, politikalar çerçevesinde yapılması gerekenlerin anlaşılmasına katkı sağlamaktır.

Ekim sayımızda, araştırmalarıyla ve derleme makalesi ile literatüre, hemşirelik uygulamalarına ve yönetimine katkı veren tüm yazarlara, hakemlere, bölüm editörlerine ve bütün süreçlerde emek veren dergi yayın kuruluna teşekkürlerimi sunarım.

Mesleğimizin gelişimine katkı verecek değerli çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmayı ümit ediyorum.

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Editör

Total Kalça Protezli Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Rahşan ÇAM*, Arzu SALIK ASAR**

Öz

Giriş: Hemşirelik bakımının temel amacı; “hastanın günlük yaşam biçimine en yakın koşullarda yaşamını sürdürmesi, oluşabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik hastayı rahatlatıcı önlemlerin alınması ve fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamında mümkün olan en kısa zamanda kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardımcı olmaktır”. **Amaç:** Bu çalışmada, total kalça protezi ameliyatı sonrası verilen taburculuk eğitiminin hastaların günlük yaşam aktivitelerine ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Yarı deneysel türdeki çalışmanın örneklemini 25 deney 25 kontrol grubu olmak üzere 50 hasta oluşturmuştur. Kontrol grubu hastalarına herhangi bir eğitim verilmemiş ve taburcu olduktan sonraki 1. ve 3. aylarda kontrol grubu hastalarına ev ziyareti yapılarak, Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tekrar uygulanmıştır. Deney grubu hastalarına ameliyattan önce hazırlanan Hasta Tanıtım Formu doldurulmuş, Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Deney grubu hastalarına total kalça protezi ameliyatından sonraki 3.günde taburculuk eğitimi verilmiş ve hazırlanan eğitim kitapçığı, eğitim sonrası hastalara tekrar yararlanmaları için teslim edilmiştir. Taburcu olduktan sonraki 1. ve 3. aylarda kontrol grubu hastalarına ev ziyareti yapılarak, Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tekrar uygulanmıştır. **Bulgular:** Çalışmada günlük yaşam aktiviteleri açısından ameliyat öncesinde iki grup arasında fark bulunmazken ($p > .05$), birinci ve üçüncü aylarda ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p < .001$). Yine ameliyat öncesinde SF-36 ölçeği alt bileşenlerinden alınan puanlar açısından iki grup arasında fark bulunmazken ($p > .05$), üçüncü ayın sonunda deney grubu hastalarında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, vitalite, emosyonel rol ve mental sağlık alt bileşenlerinde ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p < .001$). **Sonuç:** Total kalça protezi ameliyatı sonrasında verilen taburculuk eğitimi ile deney grubu hastalarının SF-36 ölçeği puan ortalamasında ve Katz GYA ölçeği puan ortalamasında artış olduğu, günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız yerine getirdiği belirlenmiştir. **Anahtar Sözcükler:** Taburculuk eğitimi, total kalça protezi, günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi.

Abstract

The Effect of Total Hip Replacement Discharge Education on Daily Living Activities and Quality of Life

Background: The aim of nursing care is "to allow the patient to maintain his/her life under the conditions closest to the daily life of him/her, to take patient relieving measures to prevent the possible complications and to help him/her to become self-sufficient in his/her physical, psychological and social life as soon as possible". **Objective:** In this study, it was aimed to investigate the effects of discharge education given after total hip replacement surgery on the daily life activities and quality of life of the patients. **Method:** The sample of the quasi-experimental study consisted of 50 patients, with 25 of them being the experimental group and 25 being the control group. The control group did not receive any education and a general procedure of the orthopedics clinic was applied. At months 1 and 3 after discharge a visit for the patients in the control group was performed, and Katz Index of Independence in Activities of Daily Living and SF-36 Quality of Life Scale was applied again. A descriptive form was filled by the patients in the control group before the surgery and the patients were applied Katz Index of Independence in Activities of Daily Living and SF-36 Quality of Life Scale. The patients in the experimental group received the discharge education on the 3rd day after total hip replacement surgery and the training manual prepared was given to the patients after the education process. At months 1 and 3 after discharge a visit for the patients in the control group was performed, and Katz Index of Independence in Activities of Daily Living and SF-36 Quality of Life Scale was applied again. **Results:** For daily living activities in the study, there was no difference between the two groups before surgery ($p > .05$), but there was a significant difference in the first and third months ($p < .001$). Again, there was no difference between the two groups for the scores obtained from the sub-components of SF-36 scale before surgery ($p > .05$), whereas there was found a significant difference between the sub-components like physical function, physical role, pain, vitality, emotional role and mental health in the experimental group at the end of the third month ($p < .001$). **Conclusion:** It has been determined that there is an increase in score averages of SF-36 scale and in score averages of Katz Index of Independence in Activities of Daily Living in the experimental group with the discharge education given after the total hip replacement surgery, and these patients perform their daily life activities more independently.

Key Words: Discharge education, total hip replacement, daily life activities, quality of life.

Geliş tarihi: 14.06.2017 **Kabul tarihi: 05.07.2019**

Günümüzde; özellikle yaşlı bireylerde kas-iskelet sistemi hastalıklarının kardiyovasküler hastalıklardan sonra en yaygın hastalık grubu olduğu bilinmektedir. Bu hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve ağrıya neden olmaktadır (1). Bilim ve teknolojiye gelişmeler ve ortalama yaşam süresinin uzaması insanların düşünce, inanış, değer yargıları ve yaşamdan beklentilerinin değişmesine neden olmuştur. İnsanların bu arzusu tıp biliminin ortopedi alanında fonksiyon göremeyen bir ekstremitenin yerini tutacak arayışlar içerisine sürüklenmiş ve günümüzde protezler gittikçe artan sayıda tedavide yer almaya başlamıştır (2, 3, 4). Eklem protezleri 20. yüzyılda ortopedik cerrahide yaşanan en önemli gelişmelerden biri olmuştur. Total kalça protezi uygulaması, sadece ortopedi ameliyatlarında değil, genel tıp alanında da devrim niteliğindeki olan prosedürlerden biridir. Hastaların yaşam kalitesini artırmada bu kadar başarılı bir yeniliğe çok az rastlanmaktadır. Tıp bilimi, teknolojinin de gelişmesine paralel olarak geçen yüzyılın ortalarından itibaren son derece hızlı bir şekilde ilerlemektedir (5). Bu sayede eskiden çaresiz kabul edilen pek çok hastalıkta, son derece güzel sonuçlar alınabilmektedir. Tıp biliminde, teknolojinin gelişmesinden en çok faydalanan ortopedi alanı ve eklem protezi ameliyatları olmuştur (6, 7).

Kas-iskelet sisteminin yapısal durumunu ve işleyişini anomali duruma getiren her durum hareket fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Kişinin hareket fonksiyonunu bozan önemli durumlardan birisi kalça eklemine ortaya çıkan yapı ve işlev bozukluğudur. Kalça eklemine yapısal ve işlevsel bozukluklara genelde neden olan osteoartrit, romatoid artrit, femur boynu ve asetebulum kırığı, gelişimsel kalça çıkığıdır (8).

*Dr.Öğr.Üyesi, Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın. E-mail: rahsancam77@gmail.com ORCID No: 0000-0002-0659-4861 **Uzman Hemşire, Aydın Devlet Hastanesi ORCID No: 0000-0002-2756-107

Kalça eklemine geri dönülmez bir hasar oluşması, tıbbi tedaviye uzun süreli, yanıt alamama, kalçada meydana gelen yüksek ağrı hissi, hareketlerde meydana gelen kısıtlılıklar gibi durumlarda Total Kalça Protezi (TKP) uygulanmaktadır (9). Ülkemizde yılda ortalama 14.000 total kalça protezi ameliyatı gerçekleştirilmektedir. Gelecek 30 yılda total kalça protezi uygulanan kişi sayısının %60'tan daha fazla olması beklenmektedir (6).

TKP, medikal tedavilerle başarıya ulaşılamayan sorunların çözümünde tüm dünyada ve Türkiye'de oldukça fazla başvurulan ve sonuç itibarıyla başarı sağlayan bir cerrahi yöntemdir. Ancak TKP, beraberinde önemli komplikasyonların gelişebileceği ve mortalite oranının %1-2 arasında olduğu majör bir cerrahi girişimdir (Thompson ve ark., 2002; Poultsides ve ark., 2013). Bu komplikasyonlardan en önemlileri dislokasyon (%1-3), erken enfeksiyon oluşumu (%0.4-3), tromboembolizm, pulmoner emboli ve ektopik kemik oluşumdur (%3-5) (11). Komplikasyonların önlenmesi ve hastaların yaşam kaliteleri açısından taburculuk eğitimi vazgeçilmezdir (12).

Hastanın sosyal hayatı ve fiziksel aktiviteleri için taburculuk eğitiminin başarısı önemli bir yere sahiptir. TKP ameliyatında hastanın durumu kadar hemşirelik bakımı da önemlidir. Hemşirelik bakımının temel amacı; "hastanın günlük yaşam biçimine en yakın koşullarda yaşamını sürdürmesi, oluşabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik hastayı rahatlatıcı önlemlerin alınması ve fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamında mümkün olan en kısa zamanda kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardımcı olmaktır" (13). Total kalça protezi ameliyatı öncesi ve sonrası hasta eğitimi, bireyin anksiyetesini azaltıp, durumuna uyum sağlamayı ve iyileşme sürecine bireysel katılımı amaçladığından; hastanede kalış süresini kısaltıp bireye ve kuruma ekonomik kazanımlar sağlayacağı gibi, verilen bakımın gerçek anlamda bireysel olmasında da önemli olacaktır (12). Taburculuk sırasında hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte taburculuk planlamasında hemşire anahtar rol oynamaktadır (12; 13).

Taburculuk eğitimi; hasta, hastanın ailesi ve yakın çevresinin taburculuktan sonra ki ihtiyaç duyabileceği bakım bilgisi ve sorumluluk almaya hazırlanması sürecidir (14).

Taburculuk eğitiminin amacı:

- Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası evde bakım gereksinimlerini karşılamalarına yardımcı olmak,
- Gerektiğinde sağlık ekibinden yardım almalarını kolaylaştırmak,
- İyileşme sürecini hızlandırmak,
- Normal yaşama en kısa sürede geçişi sağlamaktır (15).

Taburculuk eğitimi verilen hastalarda meydana gelen olumlu gelişme ve değişimler hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (16, 17). Total kalça protezi ameliyatı sonrası taburculuk eğitimi olarak, iyileşme süreçlerinin hızlandığı, kendine yeterlilik arttıkça özgüveninin arttığı, sağlık kuruluşlarından ve personeline yardım alma ihtiyacının azaldığı, bakım için harcadığı maliyetin azalarak bakım kalitesinde yükselme olduğu belirlenmiştir. Hastanede kaldıkları süre içerisinde sağlık ekibi üyelerinin gözetiminde ve rehberliğinde olan bu hastalar, taburcu olduktan sonra günlük yaşam aktivitelerini nasıl sürdüreceklerini bilmek isteyeceklerinden, hastaneden taburcu olmadan önce hastaya ve evdeki bakımında yardımcı olacak kişiye; evdeki yaşamın bağımsız ve güvenli bir biçimde sürdürülmesine, yani kalça eklemine koruyarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerine yönelik taburculuk öncesi evde bakım eğitimi verilmelidir (17, 18, 19). Ev bakımın sağladığı bu yararların yanı sıra sağlık personeli ve hasta arasında iletişimi dinamik tutmasını sağlamaktadır. Dinamik tutulan iletişim, hemşirenin hasta hakkında bilgi sahibi olmasını, bu şekilde de bakış açısını genişleterek duruma bütüncül yaklaşımını desteklemektedir (14, 20). Bu bağlamda çalışmamız; total kalça protezi ameliyatı sonrası taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktivitelerine ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçların hastalara yönelik taburculuk programlarının düzenlenmesine ve evde bakım hizmetlerinin planlanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Araştırmanın Amacı

TKP ameliyatı sonrası verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktivitelerine ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Total kalça protezi ameliyatı sonrası verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktivitelerine etkisi yoktur.

H₁: Total kalça protezi ameliyatı sonrası verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktivitelerine etkisi vardır.

H₀: Total kalça protezi ameliyatı sonrası verilen taburculuk eğitiminin yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H₁: Total kalça protezi ameliyatı sonrası verilen taburculuk eğitiminin yaşam kalitesine etkisi vardır.

Araştırmanın Tipi

Yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Servisi 2010 yılında 32 yatak kapasitesi ile hizmete girmiştir. Ortopedi ve Travmatoloji Servisi'nde 2 profesör doktor, 1 yardımcı doçent doktor, 8 asistan

hekim, 12 hemşire, 7 temizlik personeli hizmet vermektedir. TKP ameliyatı olan hastaların taburculuk eğitimlerine ilişkin herhangi bir eğitim kitapçığı / broşür bulunmamaktadır. Servisinde uygulanan genel prosedür, hekim tarafından hastaya kullanacağı ilaçlar ve poliklinik randevusu ile ilgili bilgileri içermektedir.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi’de TKP ameliyatı için yatışı yapılan, araştırma kriterlerine uyan hastalar arasından olasılıksız örnekleme yöntemi ile 25 kişi deney grubu, 25 kişi kontrol grubu olarak toplam 50 hasta olarak belirlenmiştir. Hastaların birbirinden etkilenme olasılığı göz önünde bulundurulurken öncelikle kontrol grubu hastaların verileri toplanmıştır.

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı power analizi ile belirlenmiştir. Araştırmada, $\alpha=0.05$, tek yönlü hipotez, güç %80 ve etki büyüklüğü 0.3 ile Şendir ve Babadağ’ın “Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi” isimli 55 hastada yaptıkları çalışmaları örnek alınmıştır. Örneklem büyüklüğü her bir grup için en az 14 olarak bulunmuştur. Örneklem sayısı verilerin analizini kolaylaştırması bakımından 25 deney, 25 kontrol olmak üzere 50 hastadan oluşmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Hastaların bu çalışmaya dahil edilebilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisine ilk defa TKP ameliyatı için kabul edilmiş olması, araştırmaya katılmaya gönüllü olması, 18-65 yaş arası iletişime ve işbirliğine açık olması, mental sağlığı yerinde, görme, işitme, konuşma gibi duyuşsal problemleri olmaması, Türkçe konuşması, kronik hastalığı bulunmaması temel alınmıştır.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Hastaların bu çalışmadan dışlanma kriterleri, Türkçe konuşmaması, duyuşsal problemi olması, kronik hastalığının bulunması, yaşı 18’den küçük ve 65’den büyük olması olarak belirlenmiştir.

Veri toplama araçları

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda araştırmanın amacı, koşulları ve uygulama süreci hastalara açıklanarak, gönüllü olduklarını belirten yazılı izin belgesi niteliğindedir. Gönüllü olur formu ve metni okutularak imza alınmış bir nüshası araştırmacıda saklı kalmış, bir nüshası da kendilerine teslim edilmiştir.

Hasta tanıtım formu

Hasta tanıtım formu, tarih, tanısı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, beden kitle indeksi, evde yaşadığı kişi durumu, hastanede refakatçi olarak kimin kaldığı, ağrı durumu, hastalık ile ilgili eğitim veya rehberlik alma durumu, fizik tedavi alma durumu, yardımcı gereç kullanma durumu bilgilerini içeren 20 sorudan oluşmuştur.

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği: Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilen GYA ölçeği yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan temel gereksinimleri sağlamaya yönelik aktiviteleri belirlemektedir. GYA ölçeğinin Türkçe tercümesi Yardımcı (1995) tarafından yapılmıştır (21). Ölçekte banyo, giyinme, tuvalet, hareket, kontinans, beslenme gibi günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi için gerekli değerlerin puanları yer almaktadır. GYA ölçeği 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Katz GYA ölçeğinde her bir başlık altında bağımsız - kısmen bağımlı, bağımlı olarak cevap şıkları bulunmaktadır. Ölçek, banyo yapma, giyinme, tuvalet yapma, transfer, kontinans ve beslenme olmak üzere altı temel etkinliği sınamaktadır (22). Altın’ın (2006) çalışmasında GYA ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.84$ olarak bulunmuştur (23). Bizim çalışmamız da ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.76$ olarak bulunmuştur.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

SF-36 yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun emek gerektiren bir süreç olduğundan, başkaları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçeklerin değişik toplumlarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde de uluslararası düzeyde yaygın kullanılan bazı ölçeklerin Türkçe’ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapılması yönünde çabalar vardır. SF-36 Türkçeye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır (24).

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen ve Pinar (1995) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türkçeye uyarlanan ölçek (SF-36), klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir (26).

Yaşam kalitesi ölçeği ile genel olarak sağlık durumu, sağlık durumunun kısıtladığı aktiviteler, bedensel sağlık durumunun yarattığı problemler, duyuşsal sorunların günlük etkinliklere etkisi, ağrı durumu, duyuşsal sorunların bedensel sağlık üzerine etkisi araştırılmaktadır. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22000’i aşkın kişi

üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur. SF-36' nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Beş dakika gibi kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değerleri yedi boyutta, 0.79-0.90 aralığında bulunmuştur (27-30). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değerleri yedi boyutta, 0.72-0.83 aralığında bulunmuştur.

Eğitim kitapçığı

Hastaların ihtiyacı olan, sözlü olarak verilen bilgiyi desteklemek amacıyla literatürdeki bilgilerden yararlanılarak hasta eğitim kitapçığı hazırlanmıştır.

Eğitim kitapçığı; kalça eklemi fizyolojisi, kalça eklemi fizyopatolojisi, TKP ameliyatı, TKP ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve ameliyattan sonra hasta bakımı, ameliyat sonrası egzersizler, ameliyat sonrası dikkat edilecek noktalar gibi bilgileri içermektedir (15, 31, 32).

Araştırmanın Uygulanması

Veriler 15 Temmuz 2013- 15 Temmuz 2014 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji servisine, konu ile ilgili rahatsızlıklar nedeniyle başvuran, total kalça protezi ameliyatına karar verilen 50 hasta deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Görüşmeler sırasında deney grubu ve kontrol grubu etkileşime ve etkilenmeye açık bir dönemde olduğu için birbirlerinden etkilenme olasılığı göz önüne alınarak ilk olarak kontrol grubuyla daha sonra da deney grubuyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Kontrol grubu hastalarına ameliyattan önce hazırlanan Hasta Tanıtım Formu gönüllülük esasına göre doldurularak, Katz GYA Ölçeği ve SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Hasta Tanıtım Formu birebir görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Her hastayla görüşme ortalama olarak 30 dakika sürmüştür. Kontrol grubu hastalarına herhangi bir eğitim verilmeyerek ortopedi kliniğinin genel prosedürü uygulanmıştır. İlk görüşmede, TKP ameliyatı öncesinde hasta tanıtım formu, Katz GYA Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği hastaya uygulanmıştır. İkinci görüşmede, TKP ameliyatını takip eden 1. ayda Katz GYA Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği hastaya uygulanmıştır. Son görüşmede, TKP ameliyatını takip eden 3. ayda Katz GYA Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği hastaya uygulanmıştır. Kontrol grubu hastalarından veriler toplandıktan sonra deney grubu hastalarının verileri toplanmıştır.

Deney grubu hastalarına ameliyattan önce hazırlanan Hasta Tanıtım Formu gönüllülük esasına göre doldurularak, Katz GYA Ölçeği ve SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Hasta Tanıtım Formu bire bir görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Her hastayla görüşme ortalama olarak 30 dakika sürmüştür. Deney grubu hastalarına TKP ameliyatından sonraki 3. günde taburculuk eğitimi verilmiştir. Taburculuk eğitimi araştırmacı tarafından hasta odasında ve yanında bir refakatçısı olması sağlanarak verilmiştir. Eğitim sonrası hasta ve yakınından sorulan soruları cevaplamaları istenmiş ve geri bildirim alınmıştır. Eğitim süresi 25-30 dakika arasından gerçekleştirilmiştir. Eğitim sonrası tekrar yararlanmaları için hazırlanan eğitim kitapçığı teslim edilmiştir.

Taburcu olduktan sonraki 1. ve 3. aylarda deney grubu hastalarına ev ziyareti yapılarak, verilen eğitimde sıkıntı yaşayıp yaşamadıkları sorgulanmış ve eğitimin tekrarlanması gereken durumlarda aynı eğitim tekrar verilmiştir. Katz GYA Ölçeği ve SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, hastaların taburculuk eğitimi sonrası günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları ve taburculuk eğitimi sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları bağımlı değişkenler; sosyodemografik özellikler ise bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. Çalışmada kullanılan hipotezler için verilerin normal dağılıma uygunluğunu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi kullanarak homojenite durumu ise Homogeneity of variance testi kullanılarak belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen veriler; Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Nonparametrik veriler için; Ki-Kare Testleri, Friedman Testi, Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler, yüzdelik, ortalama±standard sapma (SS) veya ortanca (min-max) olarak verilmiştir. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık düzeyi <0,05 olarak kabul edilmiştir. Ayrıca kontrol ve deney grubu verilerinin ortalama değerleri Mann Whitney-U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden ve araştırmanın protokolü ile ilgili olarak Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere ve yakınlarına yazılı ve sözlü olarak bilgi verilip, bireylerden yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın süresi 1 yıl ile sınırlı tutulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların belirlenmesi araştırmaya alınma ve dışlanma kriterlerin de yer alan maddeler ile sınırlıdır. İlk kez TKP ameliyatı olacak olması, okuma yazma bilen hasta sayısı, Türkçe konuşması, kronik hastalığının olmaması, deney grubu hastalarının eğitim durumlarının daha yüksek seviyede olması, iletişime açık olması da sınırlılıkları arasındadır.

Bulgular

Tablo 1’de hastaların yaş ortalaması kontrol grubunda 55.96 (± 10.26 min:26, max:65), deney grubunda 53.88’dir (± 10.28 min:29, max:64). Hastaların sırasıyla kontrol ve deney grubunda kadın ve erkek oranları aynıdır (kadın; n=16, %64, erkek; n=9, %36). Kontrol grubu hastalarının %48’i, deney grubu hastalarının ise %72’si evlidir. Hastaların meslek grupları incelendiğinde; kontrol grubu hastalarının %52’si ev hanımı ve deney grubu hastalarının ise %48’i ev hanımıdır. Kontrol ve deney grupları arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve meslek grupları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$). Hastaların eğitim durumları incelendiğinde; kontrol grubundaki hastalardan %60’ının ilköğretim mezunu olduğu ve deney grubu hastalarında ise %76’sının ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Yalnızca eğitim durumu açısından kontrol ve deney grubu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < .05$).

Deney grubu hastaların %80’ine, kontrol grubundakilerin %88’ine koksartroz nedeniyle TKP ameliyatı yapılmıştır. Hastaların yaşadıkları yer durumları incelendiğinde; kontrol grubundakilerin %68’nin müstakil evde oturduğu, deney grubundakilerin ise %56’sının apartman dairesinde oturduğu belirlenmiştir. Evde kiminle yaşıyorsunuz sorusuna kontrol grubu hastalarının %28’i eşi ve çocuklarıyla; deney grubunda ise hastaların %36’sı eşi ve çocuklarıyla ve yine %36’sı eşiyile yaşamakta olduğunu bildirmiştir. Kontrol ve deney grubu hastalarında yaşadıkları yer ve evde birileriyle yaşama durumları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p > .05$). Araştırmaya katılan, kontrol ve deney grubundaki hastaların %16’sının yardımcı gereç olarak gözlük kullandıkları belirlenmiştir. Her iki grupta da hastaların büyük çoğunluğunun (kontrol %76, deney %88) baston kullandığı saptanmıştır.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Verilerine İlişkin Özellikleri

Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu		İstatistiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Kadın	16	64	16	64	p= 1.000
	Erkek	9	36	9	36	
	Toplam	25	100	25	100	
Yaş Grupları	40 Yaş Altı	2	8	4	16	p= .470*
	40-49 Yaş	5	20	3	12	
	50-59 Yaş	3	12	6	24	
	60 Yaş Üstü	15	60	12	48	
	Toplam	25	100	25	100	
Medeni Durum	Evli	12	48	18	72	p= .082*
	Bekar	13	52	7	28	
	Toplam	25	100	25	100	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	9	36	1	4	p= .025*
	İlköğretim	15	60	19	76	
	Lise	1	4	3	12	
	Yükseköğretim	0	0	2	8	
	Toplam	25	100	25	100	
Meslek	Ev Hanımı	13	52	12	48	
	Emekli	8	32	7	28	

	Memur	0	0	1	4	p=. 710*
	İşçi	0	0	1	4	
	Diğer**	4	16	4	16	
	Toplam	25	100	25	100	
Sosyal Güvence	SGK	21	84	23	92	p= .382*
	Yeşil Kart	4	16	2	8	
	Toplam	25	100	25	100	

*Ki-kare Testi ile Değerlendirilmiştir.

**Diğer: Serbest meslek.

Tablo 2. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 1. ve 3. Aylarda KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamaları

GYA Ölçek Puanları	Kontrol Ortalama ±SD	Deney Ortalama ±SD	p değeri
Ameliyat Öncesi GYA Puanı	14.44 ±2.56	14.16 ±1.57	p= .062
Ameliyattan Bir Ay Sonra GYA Puanı	13.32±1.21	15.28 ±1.13	p<.001*
Ameliyattan Üç Ay Sonra GYA Puanı	15.56 ±1.55	17.88 ±0.43	p<.001*

*Mann-Whitney U testi ile analizi yapılmıştır.

Tablo 3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 1. ve 3. Aylarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

	Kontrol Ortalama ±SD	Deney Ortalama ±SD	p değeri
Ameliyat Öncesi SF-36 Puanı	51.80 ±6.59	51.20 ±6.41	p= .101*
Ameliyattan Bir Ay Sonra SF-36 Puanı	57.40 ±9.25	58.80 ±9.33	p<.001*
Ameliyattan Üç Ay Sonra SF-36 Puanı	60.00 ± 6.77	63.20 ± 8.88	p<.001*

*Friedman testi ile analiz yapılmıştır.

Tablo 4. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası 1. ve 3. Aylarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları	Kontrol Grubu			Deney Grubu		
	Ameliyat Öncesi	Ameliyattan Bir Ay Sonra	Ameliyattan Üç Ay Sonra	Ameliyat Öncesi	Ameliyattan Bir Ay Sonra	Ameliyattan Üç Ay Sonra
Fiziksel Fonksiyon	7.40 ± 10.01	12.60±12.25	31.80±10.49	9.40±13.25	35.00±15.94	87.00±7.35
p değeri	p<.001*			p<.001*		
Fiziksel Rol	0.00±0.00	4.00±20.00	52.00±50.99	0.00±0.00	40.00 ±50.00	100.00±0.00
p değeri	p<.001*			p<.001*		
Ağrı	78.40±11.06	55.60±17.57	34.40±15.02	74.80±12.28	17.60±14.22	3.60±8.60
p değeri	p<.001*			p<.001*		
Vitalite	46.80±12.73	46.60±6.72	47.40±6.31	46.60±9.09	56.80±8.40	54.80±5.49
p değeri	p=.761			p=.003		

Sosyal Fonksiyon	46.00±11.25	50.50±8.44	51.00±10.15	48.00±6.92	50.00±8.06	47.00±6.53
p değeri	p=.250			p=.234		
Emosyonel Rol	0.00±0.00	4.00±20.00	53.33±50.00	0.00±0.00	40.00±50.00	100.00±0.00
p değeri	p<.001*			p<.001*		
Mental Sağlık	42.72±9.84	39.36±8.53	46.88±46.88	41.76±8.95	58.88±7.52	56.64±8.53
p değeri	p=.043			p<.001*		

*Friedman testi ile analiz yapılmıştır

Kontrol ve deney grubu hastalarının Katz GYA Ölçeği'nden ameliyat öncesi ve ameliyattan bir ve üç ay sonrası aldıkları puanlar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. İki grup arasında Mann-Whitney U testi ile yapılan analizlerde ameliyat öncesinde istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken, ameliyat sonrası birinci ve üçüncü ayda istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .001$). Bu durumda deney grubu hastalarının birinci ve üçüncü ayların sonunda kontrol grubuna göre GYA'lerini yerine getirirken daha bağımsız oldukları düşünülmektedir (Tablo 2).

Kontrol ve deney grubu hastalarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ameliyat öncesi ve ameliyattan bir ve üç ay sonrası aldıkları puanlar Friedman testi ile karşılaştırılmıştır. Ameliyat öncesi kontrol grubu hastalarının SF-36 ölçeği puan ortalamasının 51.80 ± 6.59 , deney grubu hastalarının SF-36 ölçeği puan ortalamasının 51.20 ± 6.41 olduğu belirlenmiştir ($p > .05$). Ameliyattan bir ay sonra uygulanan SF-36 ölçeğinde; kontrol grubu hastalarının SF-36 ölçeği puan ortalamasının 57.40 ± 9.25 , deney grubu hastalarının SF-36 ölçeği puan ortalamasının 58.80 ± 9.33 olduğu belirlenmiştir. Ameliyattan üç ay sonra uygulanan kontrol grubu hastalarının SF-36 ölçeği puan ortalamasının 60.00 ± 6.77 , deney grubu hastalarının SF-36 ölçeği puan ortalamasının 63.20 ± 8.88 olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede, iki grup arasında ameliyat öncesi yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı, ancak ameliyat sonrası birinci ve üçüncü aydaki puanlar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .001$). Deney grubuna verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların kendi içlerindeki değişimi Friedman testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre her iki grupta SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puanlar olumlu yönde artış göstermiş ve bu artış her iki grup içinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < .001$). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar hem kontrol grubunun, hem de deney grubunun zaman içinde ameliyattan sonra olumlu yönde yeterli artış göstermemiş olup, istatistiksel olarak her iki grupta da anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$). Kontrol ve deney grubu hastaların, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin vitalite alt boyutunda kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası puan değişiminde anlamlı fark bulunmazken ($p > .05$), deney grubu hastaların vitalite puanlarında istatistiksel olarak anlamlı ($p < .05$) bir artış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Yaşam kalitesi alt boyutları ile ilgili gruplar arası yapılan istatistiksel analizde, deney grubundaki hastalarda yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol ve mental sağlık ile ilgili puanlardaki artışın deney grubunda daha yüksek olduğu ($p < .05$) verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitelerinde fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutlarında anlamlı düzeyde bir artış sağladığı saptanmıştır.

Tartışma

Günümüzde; bilim ve teknolojiye gelişmeler ve ortalama yaşam süresinin uzaması insanların düşünce, inanış, değer yargıları ve yaşamdan beklentilerinin değişmesine neden olmuştur. İnsanların bu arzusu tıp biliminin ortopedi alanında fonksiyon göremeyen bir ekstremitenin yerini tutacak arayışlar içerisine sürüklemiş ve günümüzde protezler gittikçe artan sayıda tedavide yer almaya başlamıştır. Kalça eklemine de geri dönülmez bir hasar oluşması, tıbbi tedaviye uzun süreli yanıt alamama, kalçada meydana gelen yüksek ağrı hissi, hareketlerde meydana gelen kısıtlılıklar gibi durumlarda TKP sıklıkla uygulanmaktadır (33, 34). TKP ameliyatı sonrasında hastalarda, fonksiyon bozuklukları, hareketsizlik ve fiziksel aktivite düzeyinde azalmaya ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olabilir. Bu nedenle, ameliyattan sonra hastaların rehabilitasyonu ve eğitimi önemlidir. Total kalça artroplastilerinde rehabilitasyon, ameliyat öncesi değerlendirme, eğitim ve rehabilitasyonla başlamalıdır (35).

Çalışmamızda TKP uygulanan hastaların %64'ünün kadın hasta olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalar ve literatür ile sonuçlarımız benzerdir (2, 19, 36-38). Bunun başlıca nedenleri arasında fizyolojik özellikler ve menopoza gösterilebilir. Hastaların büyük bir çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Kişilerin eğitim durumları anlama ve kendini ifade etme yeteneği açısından önemli bir unsurdur. Çalışmamız, verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi ile ilgili olması açısından hastaların eğitim durumları son derece önemlidir (16).

Çalışmamızda hastaların yaş ortalamalarının kontrol grubunda 55.96 ± 10.26 (min: 26, max: 65), deney grubunda 53.88 ± 10.28 (min: 29, max: 64) olduğu belirlenmiştir. Baumann ve ark. (2011) çalışmasında hastaların yaş ortalaması 68.9 olduğu bildirilmiştir. De Tejada ve ark (2010) çalışmasında hastaların ortalama yaşı 68.50 olarak bulunmuştur. Gordon ve ark.'nın (2014) İsveç'te TKP'li hastalarda yaptıkları çalışma sonuçlarında hastaların yaş ortalamalarının 69 olduğu belirlenmiştir. Yine Huang ve ark.'nın (2017) yaptıkları çalışma sonuçların da da hastaların yaş ortalamalarının 66.05 olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki yaş ortalamasının daha düşük olmasının örnekleme 65 yaş üzeri hastaların dahil edilmemesine bağlıdır.

Çalışmada her iki gruptaki beden kitle indekslerinin ortalaması kontrol grubunda max: $\pm 38,95$, deney grubunda max: $\pm 37,78$ dir. De Tejada ve ark (2010) çalışmasında hastaların ortalama BKİ'si 29.63 ± 4.67 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmadaki hastaların beden kitle indekslerinin daha yüksek olmasının toplumumuzda egzersiz yapma, yeterli ve dengeli beslenme konusunda yetersizliklere bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda deney grubu hastaların %80'inde kontrol grubu hastalarının ise %88'inde koksartroz tanısı olduğu belirlenmiştir. Huang ve ark.'nın (2017) çalışmasında da da hastaların %86.2'sinde koksartroz tanısı olduğu belirlenmiştir. Total

kalça protezi girişiminin en çok dejeneratif eklem hastalarında yapıldığı göz önüne alındığında sonuçların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir (40).

Çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluğunun evde birlikte yaşadığı bireyler olduğu görülmüştür. Ameliyat sonrası hastanın yardımı ihtiyacı olması bakımından değerlendirildiğinde kontrol ve deney grubu hastalarının yüzdeliklerinin birbirine yakın olması sevindirici bir durumdur. Huang ve ark.'nın (2017) çalışmalarında da hastaların %90.5'inin evde birlikte yaşadıkları bireylerin olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışma sonuçları da bulgumuzu destekler niteliktedir (14, 16, 41, 42, 43).

Total kalça protezi ameliyatı sonrası taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktivitelerine ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ilgili verileri doğrultusunda taburculuk eğitiminin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, vitalite, emosyonel rol ve mental sağlık açısından üzerinde olumlu yönde etkili olduğu söylenebilir. TKP ameliyatı sonrası deney grubu hastalarına vermiş olduğumuz taburculuk eğitiminde, hastaların Katz GYA Ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları; taburculuk eğitimi verilmemiş hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Shen ve ark.'nın (2017) yaptıkları çalışmada da verilen eğitim sonucunda deney grubu hastalarının yaşam kalitesinde artış olduğu gözlenmiştir. Yine çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak Huang ve ark.'nın (2017) çalışmalarında eğitim verilen hastaların egzersiz düzeylerinde ve hareketliliklerinde artış olduğu belirlenmiştir. Baumann ve ark (2011) 6 ay boyunca hastaları takip ettikleri çalışmasında fiziksel aktivite, sosyal destek boyutlarında puan artışı görülürken ve ağrı şiddetinin zamanla azaldığı bildirilmiştir. Bruyère ve ark (2012) çalışmasında osteoartritli hastalarda ameliyat sonrası yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada ameliyattan sonra 6 ayda fiziksel fonksiyon ve ağrı konusunda belirgin iyileşme olduğu bildirilmiştir. Sonuçlarımız yapılan çalışma sonuçları ile benzer şekilde verilen taburculuk eğitimin etkin olduğunu göstermektedir.

Literatürde günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde hareketin önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir (32, 44). Açıksöz ve Uzun (2007)'un TKP uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükleri inceledikleri çalışmada, bireylerin tamamının taburculuk sırasında GYA'larını gerçekleştirmede sorun yaşadıklarını, taburculuk sonrası dördüncü haftadan itibaren GYA puanları artarken bakım verenin yaşadığı güçlük sayısının azaldığı, altı hafta boyunca bireylerin büyük çoğunluğunun GYA'larından; banyo yapma, tuvalete gitme ve taşıma aktivitelerini tek başlarına yapamadıklarını bildirmişlerdir. Bu nedenle hastaların hareketin doğrudan etkilendiği kalça protezi uygulamasından sonra günlük yaşama nasıl uyum sağlayacaklarını, protez ve fiksasyon aracı ile nasıl yürüyeceklerini, hareket ve pozisyonlarının nasıl olacağını, yapılması ve yapılmaması gereken hareketleri öğrenmeye gereksinim duydukları bildirilmektedir (32, 43, 46, 47, 48). Lithner ve Zilling'in (2000) hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında bilgi gereksinimlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada da hastaların %96'sının taburculuk aşamasında komplikasyonların önlenmesine yönelik bilgi almak istedikleri belirlenmiştir (49).

Lynda ve ark.'nın (2015) total kalça ve diz protezli hastalarda yaptıkları çalışmalarında da verilen taburculuk eğitimi ile hastaların yaşam kalitelerinde artış olduğu belirlenmiştir. Huang ve ark.'nın (2017) eğitim verilen total kalça protezli hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Çalışma sonuçlarımızla benzer olarak Wen-Xia Shen ve ark.'nın (2017) total kalça protezli hastalarda mobil eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili çalışmalarında eğitim verilen deney grubu hastalarında yaşam kalitesini daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Verilen taburculuk eğitiminin TKP uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik sonuçlarımız yapılan diğer araştırma sonuçları ile de benzerlik göstermektedir (52-54).

Taburculuk eğitiminin ameliyat sonrası dönemde evde çıkabilecek sorunların hasta tarafından daha iyi fark edilmesine yardımcı olduğu, eğitim yapılan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede daha az sorun yaşadığı, komplikasyonların görülme oranının, mortalite ve morbiditenin azaldığı, hastaların hemşire bakımı ile ilgili memnuniyetlerinin arttığı, anksiyetenin, hastaneye tekrarlı yatışların azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı belirtilmektedir (16, 35, 55, 56). Tüm bu veriler taburculuk dönemindeki hastaları bilgilendirmenin önemini ortaya koymaktadır (55, 56). Lübekke ve ark. (2009) çalışmasında TKP uygulanan hastalara ameliyat sonrasında yapılan eğitimin komplikasyon riskini azalttığı sonucuna ulaşmışlardır.

Çalışmamızdan elde edilen verilerin istatistiksel incelemeleri sonucunda TKP ameliyatı sonrası verilen taburculuk eğitiminin GYA ve yaşam kalitesine etkisinin anlamlı olarak iyileştiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hasta taburculuk eğitiminin hastanın GYA ve yaşam kalitesi açısından için önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Deney grubu hastalarımızın büyük bir çoğunluğunun taburculuk eğitiminden sonra hem günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamalarında hem de yaşam kalitesi puan ortalamalarında artış olduğu görüldü. Araştırmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda; TKP uygulanan hastaların taburculuk eğitimi süresince hasta ve hasta yakınlarıyla koordineli olunması ve yapılacak planın hastaya uygun hale getirilmesi, taburculuk eğitiminin sıkıştırılmış bir şekilde verilmesi yerine ameliyattan sonra gereksinimlere uygun ve interaktif olarak verilmesi, evde ki gereksinimlerinin göz önünde bulundurulması, taburculuk eğitimi alma ile GYA ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyacak özellikle evde bakıma yönelik daha geniş örneklemler ve çok merkezli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Wylde V, Livesey C, Blom AW. Restriction in participation in leisure activities after joint replacement: An exploratory study. *Age and ageing* 2012; 41(2): 246-249.
2. McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. Preoperative education for hip or knee replacement. *The Cochrane Library* 2014.
3. Poultsides LA, Ma Y, DellaValle AG, Chiu, YL, Sculco TP, Memtsoudis SG. In-hospital surgical site infections after primary hip and knee arthroplasty-incidence and risk factors. *The Journal of Arthroplasty* 2013; 28(3): 385-389.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Fast Stats: Inpatient surgery. 2015 Retrieved July 15. from www.cdc.gov/nchs/fastats.
5. Bilgen ÖF, Bilgen S, Ermutlu C. Kalça protezlerinde malzeme ve tasarım özellikleri. *TOTBİD Dergisi* 2011; 10(2): 147-157.
6. Altıntaş F, Uluçay Ç, Özler T. Total kalça artroplastisinde mekanik sorunlar. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi* 2013; 12: 254-267.
7. Altun KT. Total kalça protezi sonuçlarımız. *Yayımlanmış Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2009 Elazığ.*
8. Atabek T. Yaşlılarda kazaların önlenmesi. *Hemşirelik Bülteni* 1994; 8 (31): 62-67.
9. Bayrakçı K, Özdemir MH. Uyluk, kalça ve pelvis. In H.Yetkin, M. Yazıcı (Ed), *Miller'in Ortopedi Kitabı*, (pp. 225-226), Ankara, Akademi Doktorlar Yayınevi.
10. Thompson R, Kane RL, Gromala T, McLaughlin B, Flood S, Morris N, Borbas C. Complications and short-term outcomes associated with total hip arthroplasty in teaching and community hospitals. *Journal of Arthroplasty* 2002; 17(1): 32-40.
11. Çetinus, ME. (2009). Koksartroz olgularında total kalça artroplastisi uygulamalarımız (orta dönem sonuçları). *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul, Türkiye.*
12. Şimşek Yaban Z, Karaöz S. Total kalça protezi ameliyatında hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(1): 47-53.
13. Birol L. Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. (9. Baskı, ss.23-32). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2009.
14. Taşocak G, Şenyuva E. Hemşirelerin hasta eğitim etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 15(59): 100-106.
15. Karadağ M, Sabuncu H. Ameliyat olan hastaların taburcu olurken evde bakımla ilgili bilgi gereksinimleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi* 1998; 4(4): 53-60.
16. Şendir M, Büyükyılmaz F, Muşovi D. Patients' Discharge information needs after total hip and knee arthroplasty: A quasi-qualitative pilot study. *Rehabilitation Nursing* 2013; 38(5): 264-271.
17. Şendir M, Babadağ K. Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Bülteni* 2000; 9(46): 27-41.
18. Bilik, Ö. Kalça protezi uygulanmış olan hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi. *Yayımlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 2016.*
19. Huang TT, Sung CC, Wang WS, Wang BH. The effects of the Empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. *Journal of Advanced Nursing* 2017; 73(8):1848-1861.
20. Şan M. Fiziksel aktivite ve kardiyovasküler sağlık. *Türk Kardiyoloji Seminerleri* 2003; 17-22.

21. Yardımcı, E. İstanbul'da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sonuçlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi. Yayımlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye. 1995.
22. Katz SC, Ford AB, Moskowitz RW. Studies of the illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. The Journal of the American Medical Association 1963; 185: 914-919.
23. Altın M. Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006.
24. Fidan D. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık ve Toplum 2003; 13: 3-8.
25. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey. Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30(6): 473-83.
26. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. Hemşirelik Bülteni 1995; 9: 85-95.
27. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12(2): 102-106.
28. Koltarla S. Taksim eğitim ve araştırma hastanesinin sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması. Yayımlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye, 2008.
29. Bowling A. Measuring health: A review of quality of life measurement scales. (2nd ed.,pp. 98-100). Philadelphia: Open University Press, 2001.
30. Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. British Journal of Rheumatology 1996; 35(3): 275-81.
31. Brien S, Ogonda L, Dennison S, Doran E, Lawlor M, Humphreys P, et al. Day two postoperative fast track discharge following primary total hip replacement. Journal of Orthopaedic Nursing 2005; 9(3): 140-145.
32. Gordon M, Greene M, Frumento P, Rolfson O, Garellick G, Stark, A. Age- and health-related quality of life after total hip replacement Decreasing gains in patients above 70 years of age. Acta Orthopaedica 2014; 85 (3): 244-249.
33. Monaghan B, Cunningham P, Harrington P, Hing W, Blake C, O'Doherty D, Cusack T. Randomised controlled trial to evaluate a physiotherapy-led functional exercise programme after total hip replacement. Physiotherapy 2017; 103(3): 283-288.
34. Kurtz S, Ong K, Lau E, Mowat F, Halpern M. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume 2007; 89: 780-785.
35. Can F. Total kalça artroplastisi, rehabilitasyon. TOTBİD Dergisi 2013; 12: 292-308.
36. Açıksöz S, Uzun, Ş. Total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(1): 8-16.
37. Elibol N. Türk toplumunda total kalça protezi uygulanan hastaların beklentilerinin incelenmesi. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye, 2011.
38. De Tejada MGS, Escobar A, Herrera C, Garcí, L, Aizpuru F, Sarasqueta C. Patient expectations and health-related quality of life outcomes following total joint replacement. Value in Health, 2010; 13(4): 447-454.
39. Baumann C, Rat AC, Mainard D, Cuny C, Guillemin F. Importance of patient satisfaction with care in predicting osteoarthritis-specific health-related quality of life one year after total joint arthroplasty. Quality of Life Research 2011; 20(10): 1581-1588.
40. Browne JP, Bastaki H, Dawson J. What is the optimal time point to assess patient-reported recovery after hip and knee replacement? A systematic review and analysis of routinely reported outcome data from the English patient reported outcome measures programme. Health and Quality of Life Outcomes 2013; 11: 128.
41. Abaan S. Hasta eğitiminde hedef geliştirme ve öğretim teknikleri. Türk Hemşirelik Dergisi 1990; 39(3): 31-33.

42. Güler M, Tosun M, Uslu T. Artroplastisi rehabilitasyonu. In H. Oğuz (Ed), Tıbbi Rehabilitasyon. (ss. 525-542). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1995.
43. Hu X. Experiences of phone call follow-up in health education for discharged orthopedic patients. Chinese Journal of Osteoporosis, 2012; 6: 555-556.
44. Shen WX, Wang YX, Ning YY, Peng JX, Wei H, Duan K, Zhou YQ, Yuan CS. Influence of mobile education on joint function and quality of life in patients after total hiparthroplasty. Chinese Nursing Research 2017; 4: 71-74.
45. Bruyère O, Ethgen O, Neuprez A, Zegels B, Gillet P, Huskin JP, Reginster JY. Health-related quality of life after total knee or hip replacement for osteoarthritis: A 7-year prospective study. Archives of orthopaedic and trauma surgery, 2012; 132(11), 1583-1587.
46. Johansson K, Hupli M, Salantera, S. Patients' learning needs after hip arthroplasty. Journal of Clinical Nursing 2002; 11: 634-639.
47. Yaban Z. Total kalça protezi ameliyatı olan hastaların deneyimleri. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon, Türkiye, 2006.
48. Yüksel S. Kalça kırıklı hastalarda bakımın değerlendirilmesi. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2005.
49. Lithner M, Zilling T. Pre-and postoperative information needs. Patient education and counseling, 2000; 40(1), 29-37.
50. Lynda L, Mandzuk RN, Diana E, McMillan RN, Eric R, Bohm B. A longitudinal study of quality of life and functional status in total hip and total knee replacement patients. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing 2015; 19,102-113.
51. Bostan B, Şen C, Güneş T, Erdem M, Aytekin K, Erkorkmaz Ü. Minimal invaziv anterolateral teknikle total kalça protezi. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica, 2009; 43(6): 464-471.
52. Kılıç E, Sinici E, Tunay V, Hasta D, Tunay S, Başbozkurt, M. İki taraflı total diz protezi uygulanan kadın hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica 2009; 43(3): 248-253.
53. Sınıcı E, Tunay S, Tunay V, Kılıç E. Primer kalça protezi uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica 2008; 42(1): 22-25.
54. Lübbecke A, Suvà D, Perneger T, Hoffmeyer P. Influence of preoperative patient education on the risk of dislocation after primary total hip arthroplasty. Arthritis Care & Research, 2009; 61(4): 552-558.
55. Qin GR. Literature review of continued care for patients discharged from hospital and its development tendency. Journal Nursing Science 2012; 2: 89- 91.
56. Suhonen R, Kilpi H. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literatüre review. Patient Education and Counseling 2005; 61(1): 5-15.

Hemşirelik Doktora Öğrencilerinin Araştırma Etiği Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi*

Tuğba YARDIMCI GÜREL** Canan DEMİR BARUTÇU*** Hatice MERT****

Öz

Giriş: Etik değerler yaşamın her alanında olduğu gibi bilimsel araştırma sürecinde de hayati öneme sahiptir. Yapılan araştırmalarda etik ihlallerin arttığı belirtilmektedir. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı hemşirelik doktora öğrencilerinin araştırma etiği hakkındaki görüşlerinin incelenmesidir. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın verileri iki ayrı üniversitede hemşirelik doktora programına kayıtlı toplam 57 öğrenciden toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Araştırma Etiği Anketi kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistik ve ki kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Katılımcıların %98.2'si kadın, %47.4'ü 25-29 yaş aralığında, %70.2'si akademisyen ve %54.4'ü yeterlilik öncesi dönemdedir. Katılımcılar en fazla aynı araştırmayı birden fazla toplantıda sunmayı etik bulurken (%29.8), kişileri katılıma zorlama (%47.4) en çok sergilenen davranış, bulguları rapor etmede yanlı davranma (%64.9) ise en sık gözlemlenen davranış olmuştur. Katılımcıların klinisyen ve akademisyen olma durumları ile maddeler arasında yapılan analiz sonucuna göre davranış etik bulma, davranış gösterme ve davranışın gösterildiğine şahit olma alanlarında klinisyen doktora öğrencilerinin oranları akademisyen doktora öğrencilerinden yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < .05$). **Sonuç:** Araştırmada öne çıkan en önemli husus etik olmayan davranışların fazlaca gözlemlenmiş olmasıdır. Özellikle klinisyen öğrencilerin tüm alanlarda yüksek oranlara sahip olması düşündürücüdür. Hemşirelik lisansüstü programlarında araştırma etiğine yönelik ders sayılarının artırılması ve öğrencilere araştırma yapma deneyimi kazandıracak müfredat düzenlemelerinin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Lisansüstü Hemşirelik Eğitimi, Araştırma Etiği.

Abstract

Examination of Nursing Doctor of Philosophy Students' Opinions about Research Ethics

Background: Ethical values are vital in the scientific research process as well as in every field of life. In the studies conducted, it is stated that ethical violations have increased. **Objectives:** The aim of this study is to examine the views of nursing doctoral students on research ethics. **Methods:** The data of the descriptive study were collected from 57 students enrolled in the nursing doctorate program at two different universities. The Personal Information Form and the Research Ethics Questionnaire were used as data collection tools. The data were analyzed using descriptive statistics and chi-square test. **Results:** 98.2% of the participants were women, 47.4% were in the age range 25-29, 70.2% were academicians and 54.4% were in the pre-qualification period. To present the same research in more than one meeting (29.8%), force people to participate (47.4%) and biased to report the findings (64.9%) had the highest percentage. According to the analysis made between clinicians and academicians, in thinking the behavior is ethical, do the behavior and see the behavior is done by colleagues' fields, the clinician doctoral students' rates are higher than the academic doctoral students and the difference is statistically significant ($p < .05$). **Conclusion:** The most important issue in the study is that unethical behaviors are observed too much. Particularly, clinician students have high rates in all areas. In nursing graduate programs, it is recommended to increase the number of courses related to research ethics and to make curriculum arrangements that will provide students gain research experience.

Keywords: Nursing, Postgraduate Nursing Education, Research Ethics.

Geliş tarihi: 28.01.2019

Kabul tarihi: 05.08.2019

Coğu toplum kişilerin davranışlarına yön veren yasal kurallara sahiptir. Etik normlar ise daha geniş ve yasal olmayan kurallardır. Etik ve yasal kurallar benzer kavramlar olarak değerlendirilse de etik ve hukuk kavramlarının aynı olmadığı bilinmesi önemlidir. Örneğin, bir eylem yasal olup etik olmayabilir ya da yasal olmayan bir eylem etik olabilir (1). Etik, kişilerin davranışlarının temelini oluşturan değerleri araştıran felsefe dallarından birisi olup ahlaki ilkeler kümesi olarak tanımlanmaktadır (2,3). Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre etik "Çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü" olarak tanımlanmıştır (4). Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) ise etiği "İnsanların ahlaklı yaşamının temelleri üzerine akıl yordukları ve bu temellerden yola çıkarak doğru ve yanlış ayırt etmeye, doğru davranış biçimlerini bulmaya ve uygulamaya yarayabilecek kuramsal ve toplumsal araçları geliştirdikleri bir düşün alanıdır" olarak tanımlamaktadır (5). Etik değerler yaşamın her alanında olduğu gibi bilimsel araştırma sürecinde de hayati öneme sahiptir ve araştırmacıların içselleştirerek uygulaması gereken kurallardır. Bilimsel bilginin doğru şekilde üretilip üretilmediğinin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır (6).

Bilimsel bir araştırmanın planlama, veri toplama, raporlaştırma ve yayınlanmasına kadar geçen tüm süreçlerde uyulması gereken etik kurallar "araştırma etiği", bu etik kurallara uyulmaması ise "etik dışı davranış" olarak tanımlanmaktadır (7). İstenirse de araştırmaların yapılma ve yayınlanma aşamalarında farklı etik sorunlar ortaya çıkabilmekte ve bu etik sorunların araştırmacıların yansızlığı ve dürüstlüğü ile çözümlenmesi beklenmektedir. Ancak bu durum her zaman böyle olmamakta ve araştırma sürecinde etik olmayan davranışlarla karşılaşılabilir. Yapılan araştırmalarda araştırmacılar tarafından etik ihlallerin arttığı belirtilmektedir (2, 8-13).

*Bu araştırma 5-8 Kasım 2017'de Ankara'da düzenlenen 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. **Dr.Öğr.Üyesi, Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Sinop. E-mail: yardimci.tugba@gmail.com, ORCID No: 0000-0002-0306-8516 ***Dr.Öğr.Üyesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Burdur. E-mail: canandemir2209@gmail.com, ORCID No: 0000-0002-8430-5287 ****Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir. E-mail: hatice.mert@deu.edu.tr, ORCID No: 0000-0003-2449-2460

Bu artışın; etik eğitimi eksikliği, teknolojinin ilerlemesi, internette kaynaklara erişimin kolaylaşması, akademik yükseltmeler, iş başvuruları, araştırma fonlarına başvurular, akademik prestij ve zaman kaygıları gibi nedenlerle araştırmacıların daha çok yayın yapma baskısı altında kalmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (5, 6, 9, 11, 14).

Bilinçli yapılan yanıtma davranışlarıyla karşılaşılabilirdiği gibi dikkatsizlik, tecrübesizlik, özensizlik gibi nedenlerden dolayı da etik ilkelerin ihlal edilmesi söz konusu olabilmektedir (2, 12, 15). Bilimsel araştırmalardaki etik dışı davranışların artması nedeniyle ülkemizde bazı önlemler alınmış ve bazı yasal yaptırımlar uygulamaya geçirilmiştir. Örneğin, araştırmacılara yönelik Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK), Üniversitelerarası Kurul (ÜAK) ve TÜBİTAK tarafından araştırma ve yayın etiği yönergeleri yayınlanmıştır. Bu yönergelerde etiğe aykırı davranışlar, yasal yaptırımlar ve yetkili etik kurullar tanımlanmıştır (3, 16, 17). Bu kapsamda ülkemizde çeşitli üniversiteler kendilerine özgü etik kurul ve yönergeler oluşturmuşlardır. Bu yönergeler incelendiğinde etik ihlallere yönelik ciddi yaptırımların söz konusu olduğu görülmekte ve araştırmacılar üzerinde caydırıcı bir etkisi olması beklenmektedir (18). Bilimsel araştırma ve yayın etiğine aykırı eylemler: Uydurma (Fabrication), Çarpıtma (Falsification), Aşırma-İntihal (Plagiarism), Yinelenen yayın (Dublication), Dilimleme (Salamizasyon-Least Publishable Units), Destek belirtmeme, Yazar adlarında değişiklik yapma olarak belirlenmiştir (3, 16, 17).

Araştırmacıların bilim insanı olma yolundaki en önemli adımları yüksek lisans ve doktora eğitimleridir (19). Günümüzde lisans sonrası eğitim, özellikle de doktora eğitimi, hem ulusal hem de uluslararası alanda çok büyük öneme sahiptir (20). Doktora eğitiminin amacı, kişilere bağımsız araştırma yapma, bilimsel anlamda olayları daha geniş ve derin bir bakış açısı ile değerlendirerek yorumlama ve yeni amaçlara ulaşabilmek için ihtiyaç duyulan adımları belirleme yeteneği kazandırmaktır (21). Bilimin ilerleyebilmesi için lisansüstü öğrenciler, araştırmacılar ve öğretim üyelerinin davranışlarının etik ilkelere uygun olması önemlidir (18). Ülkemizde hemşirelikte lisansüstü eğitim programlarının amacı, öğrencilerin seçmiş oldukları alanda derinlemesine ve geniş kapsamlı bilgi edinmesini sağlamak, olumlu tutum ve davranış alışkanlıklarının yanı sıra analitik düşünme, hemşirelik uygulamalarında kullanılacak düzeyde, bağımsız kanıta dayalı araştırma yapabilme yeteneği kazandırmaktır (22). Ülkemizde hemşirelik doktora programı, yüksek lisans derecesi olan öğrenciler için toplam 180-240 AKTS kredi ders almak koşuluyla, yeterlik sınavı, tez önerisi ve tez çalışmasından oluşan 3-4 yıllık bir süreyi kapsamaktadır (23). YÖK tarafından oluşturulan Türkiye Yükseköğretimde Yeterlilik Çerçevesinde (TYYÇ) lisansüstü eğitim düzeylerine göre doktora eğitimi sekizinci düzey olarak tanımlanmış ve akademik ağırlıklı alana özgü yetkinlikleri belirlenmiştir. Hemşirelik mesleğinin ilerlemesi ve toplumda yer kazanabilmesi için yapılan araştırmaların doğruluğu ve niteliği önemlidir. Bu çerçevede etik kavramı ile ilgili olarak doktora öğrencilerinden beklenenin “*Alam ile ilgili konularda karşılaşılan toplumsal, bilimsel, kültürel ve etik sorunların çözümüne katkıda bulunabilme ve bu değerlerin gelişimini destekleyebilme*” olduğu belirtilmiştir (18, 23). Hemşirelik doktora programlarında eğitim süresince ders saatleri ve içerikleri okullara göre değişiklik göstermekle birlikte araştırma ve yayın etiğine yönelik olarak çeşitli dersler yer almaktadır. Yapılan literatür taramasında ülkemizde hemşirelik doktora öğrencilerinin araştırma etiği ya da etik ihlaller konusundaki görüşlerinin incelendiği herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle mevcut durumun belirlenmesi açısından bu çalışmanın literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmada aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

- Hemşirelik doktora öğrencilerinin araştırma etiği hakkında görüşleri nelerdir?
- Hemşirelik doktora öğrencilerinin akademisyen ya da klinisyen olma durumları ile araştırma etiği hakkındaki görüşleri arasında fark var mıdır?

Bu çalışmanın amacı hemşirelik alanında bilim insanı olmaya aday, akademik hayatın içerisine yeni adım atmış hemşirelik doktora öğrencilerinin araştırma etiği hakkındaki görüşlerinin incelenmesidir.

Yöntem

Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Araştırmanın yapıldığı yer

Araştırma Temmuz-Eylül 2014 tarihleri arasında iki ayrı üniversitenin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında yürütülmüştür.

Araştırmanın evreni/örnekleme

Araştırmanın yürütüldüğü üniversitelerin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programına kayıtlı toplam 57 doktora öğrencisi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama süreci içerisinde ulaşılabilen tüm doktora öğrencileri araştırmaya dahil edilmiştir. Örnekleme alınma kriterleri; hemşirelik doktora programına kayıtlı olmak ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmektir.

Veri toplama araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu ve Köklü (2003) tarafından geliştirilen Araştırma Etiği Anketi kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek ve eğitim durumu olmak üzere beş sorudan oluşmaktadır. Toplamda 26 sorunun yer aldığı Araştırma Etiği Anketi üç bölüm ve tek boyuttan oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde verilen davranışların etik olup olmadığı (etik/etik değil), ikinci bölümünde bu davranışların kendileri tarafından gösterilme durumu (evet/hayır), üçüncü bölümde ise davranışların meslektaşları tarafından gösterildiğine

şahit olma durumu (evet/hayır) sorulmaktadır. Verilen cevaplar yüzdelik değerler olarak hesaplanmaktadır. Anketin toplam alfa güvenilirlik katsayısı .92'dir (2). Bu araştırmada alfa güvenilirlik kat sayısı .77 bulunmuştur.

Verilerin toplanması

Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile ders saatleri dışında toplanmıştır. Veri toplama formlarında öğrenci isimleri yer almamış ve formların doldurulması yaklaşık olarak 8-10 dakika sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 15 istatistik paket programı kullanılmıştır. Kişisel bilgilerin tespiti amacıyla yüzde, frekans ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistikler, sosyodemografik özellikler ile Araştırma Etiği Anketi'nde yer alan davranışlar arasında ilişkinin belirlenmesinde ki kare testi kullanılmıştır.

Araştırmanın etik yönü

Çalışma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmacıların bağlı bulunduğu kurumdan etik kurul onayı (24.07.2014 tarih ve 2014/2510 karar numaralı) ve araştırmanın yürütüleceği kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Uygulama öncesinde araştırmaya katılan bireylere çalışmanın amacı açıklanmış ve sözlü onamları alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin %98.2'si kadın, %47.4'ü 25-29 yaş aralığında, %54.4'ü evli, %70.2'si akademisyen ve %54.4'ü yeterlilik öncesi dönemdedir. Tablo 1'de araştırmaya katılan öğrencilerin Araştırma Etiği Anketi'ne verdikleri cevaplar sunulmuştur. Etik olmayan davranışlardan her biri için davranışı etik bulduğunu, davranışı gösterdiğini ve davranışın gösterildiğine şahit olduğunu ifade edenlerin yüzdesi verilmiştir.

Tablo 1. Araştırma Etiği Anketi'ndeki Etik Olmayan Davranışları Etik Bulan, Davranışı Gösteren ve Davranışın Gösterildiğine Şahit Olanların Yüzdesi (n = 57)

	Davranışı etik bulma %	Davranışı gösterme %	Davranışın gösterildiğine şahit olma %
1) Verileri Uydurma	0	33.3	38.6
2) Araştırma verilerini değiştirme	22.8	1.8	42.1
3) Meslektaşları ile yapılan tartışmalarda ortaya çıkan fikirleri araştırmada temel alma	8.8	26.3	42.1
4) Gizliliğe ilişkin verilen sözleri ihlal etme	24.6	1.8	47.4
5) Kendisine aykırı gelen verileri yok etme	7	38.6	33.3
6) Araştırma yöntemi hakkında yanlış bilgi verme	0	33.3	19.3
7) Araştırma verilerinin analizinde bilinçli olarak uygun olmayan bir teknik kullanma	0	19.3	42.1
8) Güvenilirliği ve geçerliliği belirlenmemiş bir ölçme aracını kullanma	0	24.6	26.3
9) Araştırma yöntemini eksik raporlaştırarak tekrar edilebilmesini imkânsızlaştırma	3.5	21.1	21.1
10) Bulguları rapor etmede yanlı davranma (sadece en iyi sonuçları rapor etme gibi)	0	7	64.9
11) Kaynak göstermeden alıntı yapma (aşırma)	0	24.6	26.3
12) Aynı verileri kullanarak birden fazla makale yazma	0	22.8	56.1
13) Kişileri katılıma zorlama	0	47.4	35.1
14) Araştırma raporunda atıfta bulunmadığı eserleri kaynakçaya koyma	1.8	3.5	17.5
15) Projeye katkısı olmayan kişileri araştırma projesine ortak yazar olarak ekleme	0	36.8	54.4
16) Aynı araştırma makalesini birden fazla dergide yayınlama	3.5	0	42.1
17) Araştırma sonuçlarını çarpıtarak verme	0	36.8	24.6
18) Katılımcılara gizlice deneysel işlem uygulama	0	22.8	10.5
19) Araştırmanın katılımcıya zarar verebilecek sonuçlarını gizleme	1.8	24.6	43.9
20) Araştırmanın sonuçlandırılmasında katkısı olan kişilere sonuçta ya da raporda yer vermeme	0	0	38.6
21) Aynı araştırmayı birden fazla toplantıda sunma	29.8	43.9	22.8

22) Başka araştırmacıların verilerini izin almadan kullanma	26.3	3.5	15.8
23) Araştırmanın amacını gizleme	22.8	5.3	21.1
24) Yazarından izin almadan bir makaleyi tercüme ederek yayınlama	0	1.8	47.4
25) Bir başkasına ait olan aracı izin almadan kullanma	1.8	36.8	19.3
26) Başkalarına ait çalışmaların rapor edilmesinde seçici davranma (destekler nitelikte olanlara yer verme)	0	7	35.1

Etik olmayan davranışın etik bulunup bulunmadığının sorgulandığı ilk kategoride katılımcılar en çok aynı araştırmayı birden fazla toplantıda sunmayı (%29.8) etik bulduklarını belirtirken 1, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 24, 26. maddelerini ise etik bulmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 1). Etik olmayan davranışları gösterme boyutunda, kişileri katılıma zorlama (%47.4) doktora öğrencilerinin en çok sergiledikleri davranış olmuştur. Aynı araştırma makalesini birden fazla dergide yayınlama ve araştırmanın sonuçlandırılmasında katkısı olan kişilere sonuçta ya da raporda yer vermeme davranışları ise katılımcılar tarafından gösterilmeyen davranışlardır. Son başlık olan etik olmayan davranışın gösterildiğine şahit olma diğer alanlara göre çok daha yüksek yüzdelerle sahiptir. Bulguları rapor etmede yanlış davranma (sadece en iyi sonuçları rapor etme gibi) katılımcıların en yüksek oranda gösterildiğine şahit oldukları davranıştır (%64.9). Katılımcılara gizlice deneysel işlem uygulama (%10.5) ise en az gözlemlenen davranıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların Akademisyen ve Klinisyen Olma Durumları ile Etik Olmayan Davranış Etiği Bulma Arasındaki İlişki (n = 57)

	Akademisyen (n = 40) n (%)	Klinisyen (n = 17) n (%)	χ^2	p
Araştırma verilerini değiştirme				
Evet	3 (7.5)	10 (58.8)	17.849	.000*
Hayır	37 (92.5)	7 (41.2)		
Gizliliğe ilişkin verilen sözleri ihlal etme				
Evet	3 (7.5)	11 (64.7)	21.070	.000*
Hayır	37 (92.5)	6 (35.3)		
Aynı araştırmayı birden fazla toplantıda sunma				
Evet	6 (15)	11 (64.7)	14.083	.000
Hayır	34 (85)	6 (35.3)		
Başka araştırmacıların verilerini izin almadan kullanma			18.412	
Evet	4 (10)	11 (64.7)		.000*
Hayır	36 (90)	6 (35.3)		
Araştırmanın amacını gizleme				
Evet	3 (7.5)	10 (58.8)	17.849	.000*
Hayır	37 (92.5)	7 (41.2)		

χ^2 -Ki kare testi, * Fisher Exact test sonucu

Tablo 2’de akademisyen ve klinisyen olma durumu ile etik olmayan davranış etiği bulma arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan analize göre, araştırma verilerini değiştirme, gizliliğe ilişkin verilen sözleri ihlal etme, aynı araştırmayı birden fazla toplantıda sunma, başka araştırmacıların verilerini izin almadan kullanma ve araştırmanın amacını gizleme davranışlarını etik bulan klinisyen doktora öğrencilerinin yüzdesi akademisyen doktora öğrencilerinin yüzdesinden fazladır ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 2). Diğer maddelerde (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Akademisyen ve Klinisyen Olma Durumları ile Etik Olmayan Davranışları Gösterme Arasındaki İlişki (n = 57)

	Akademisyen (n= 40) n (%)	Klinisyen (n = 17) n (%)	χ^2	p
Verileri Uydurma				
Evet	5 (12.5)	14 (82.4)	26.195	.000*
Hayır	35 (87.5)	3 (17.6)		
Meslektaşları ile yapılan tartışmalarda ortaya çıkan fikirleri araştırmasında temel alma				
Evet	5 (12.5)	10 (58.8)	13.202	.000*
Hayır	35 (87.5)	7 (41.2)		
Kendisine aykırı gelen verileri yok etme				
Evet	8 (20)	14 (82.4)	19.571	.000*
Hayır	32 (80)	3 (17.6)		

Araştırma yöntemi hakkında yanlış bilgi verme				
Evet	5 (12.5)	14 (82.4)	26.195	.000*
Hayır	35 (87.5)	3 (17.6)		
Araştırma verilerinin analizinde bilinçli olarak uygun olmayan bir teknik kullanma				
Evet	4 (10)	7 (41.2)	7.445	.011*
Hayır	36 (90)	10 (58.8)		
Güvenilirliği ve geçerliliği belirlenmemiş bir ölçme aracını kullanma				
Evet	4 (10)	10 (58.8)	15.348	.000*
Hayır	36 (90)	7 (41.2)		
Araştırma yöntemini eksik raporlaştırarak tekrar edilebilmesini imkânsızlaştırma				
Evet	3 (7.5)	9 (52.9)	14.821	.000*
Hayır	37 (92.5)	8 (47.1)		
Kaynak göstermeden alıntı yapma (aşırma)				
Evet	4 (10)	10 (58.8)	15.348	.000*
Hayır	36 (90)	7 (41.2)		
Aynı verileri kullanarak birden fazla makale yazma				
Evet	3 (7.5)	10 (58.8)	17.849	.000*
Hayır	37 (92.5)	7 (41.2)		
Kişileri katılıma zorlama				
Evet	11 (27.5)	16 (94.1)	21.236	.000
Hayır	29 (72.5)	1 (5.9)		
Projeye katkısı olmayan kişileri araştırma projesine ortak yazar olarak ekleme				
Evet	11 (27.5)	10 (58.8)	5.030	.025
Hayır	29 (72.5)	7 (41.2)		
Araştırma sonuçlarını çarpıtarak verme				
Evet	7 (17.5)	14 (82.4)	21.564	.000*
Hayır	33 (82.5)	3 (17.6)		
Katılımcılara gizlice deneysel işlem uygulama				
Evet	6 (15)	7 (41.2)	4.643	.043*
Hayır	34 (85)	10 (58.8)		
Araştırmanın katılımcıya zarar verebilecek sonuçlarını gizleme				
Evet	3 (7.5)	11 (64.7)	21.070	.000*
Hayır	37 (92.5)	6 (35.3)		
Aynı araştırmayı birden fazla toplantıda sunma				
Evet	11 (27.5)	14 (82.4)	14.578	.000
Hayır	29 (72.5)	3 (17.6)		
Araştırmanın amacını gizleme				
Evet	0 (0)	3 (17.6)	7.451	.023*
Hayır	40 (100)	14 (82.4)		
Bir başkasına ait olan aracı izin almadan kullanma				
Evet	7 (17.5)	14 (82.4)	21.564	.000
Hayır	33 (82.5)	3 (17.6)		

χ^2 Ki kare testi, * Fisher Exact test sonucu

Tablo 3'te akademisyen ve klinisyen olma durumu ile etik olmayan davranışları gösterme arasındaki ilişki sunulmuştur. Tabloda sunulan davranışların hemen hepsinde klinisyen doktora öğrencilerinin davranışı sergileme oranları akademisyen doktora öğrencilerine göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 3). Diğer maddelerde (2, 4, 10, 14, 16, 20, 22, 24, 26) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Akademisyen ve Klinisyen Olma Durumları ile Etik Olmayan Davranışın Gösterildiğine Şahit Olma Arasındaki İlişki (n = 57)

	Akademisyen (n = 40) n (%)	Klinisyen (n = 17) n (%)	χ^2	p
Verileri Uydurma				
Evet	20 (50)	2 (11.8)	7.359	.007
Hayır	20 (50)	15 (88.2)		
Kendisine aykırı gelen verileri yok etme				

Evet	17 (42.5)	2 (11.8)	5.071	.024
Hayır	23 (57.5)	15 (88.2)		
Araştırma verilerinin analizinde bilinçli olarak uygun olmayan bir teknik kullanma	12 (30)	12 (70.6)	8.062	.005
Evet	28 (70)	5 (29.4)		
Hayır				
Aynı verileri kullanarak birden fazla makale yazma	26 (65)	6 (35.3)	4.275	.039
Evet	14 (35)	11 (64.7)		
Hayır				
Projeye katkısı olmayan kişileri araştırma projesine ortak yazar olarak ekleme	28 (70)	3 (17.6)	13.180	.000
Evet	12 (30)	14 (82.4)		
Hayır				
Aynı araştırma makalesini birden fazla dergide yayımlatma	11 (27.5)	13 (76.5)	11.736	.001
Evet	29 (72.5)	4 (23.5)		
Hayır				
Araştırmanın katılımcıya zarar verebilecek sonuçlarını gizleme	10 (25)	15 (88.2)	19.374	.000
Evet	30 (75)	2 (11.8)		
Hayır				
Yazarından izin almadan bir makaleyi tercüme ederek yayımlama	12 (30)	15 (88.2)	16.228	.000
Evet	28 (70)	2 (11.8)		
Hayır				

χ^2 Ki kare testi, * Fisher Exact test sonucu

Tablo 4'te akademisyen ve klinisyen olma durumu ile etik olmayan davranışın gösterildiğine şahit olma arasındaki ilişki sunulmuştur. Verileri uydurma, aynı verileri kullanarak birden fazla makale yazma, projeye katkısı olmayan kişileri araştırma projesine ortak yazar olarak ekleme akademisyen doktora öğrencileri tarafından daha yüksek oranlarda gözlemlenirken, diğer maddeler klinisyen doktora öğrencileri tarafından çokça gözlemlenen davranışlar olmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4). Diğer maddelerde (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tartışma

Etik, bilim dünyası için çok önemli bir değere sahiptir. Bilimin toplumda hak ettiği yeri alması ve gerçek anlamda bilimin yapılabilmesi açısından bilimsel araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulması oldukça önemlidir (15, 24-26). Bu çalışmada hemşirelik doktora öğrencilerinin etik olmayan davranışlar hakkındaki görüşleri davranışı etik bulma, davranışı gösterme ve davranışın gösterildiğine şahit olma boyutuyla incelenmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin tamamı 14 davranışı etik bulmamıştır. Bu çalışmada aynı araştırmayı birden fazla toplantıda sunma davranışı diğer davranışlara göre daha etik bulunmuştur (Tablo 1). Bu sonuç, Köklü'nün (2003) akademisyenlerin araştırma etiği hakkındaki görüşleri üzerine yaptığı çalışmasındaki sonuçlarla benzerdir (2). Benzer şekilde lisansüstü öğrencilerin araştırma etiği hakkındaki görüşlerinin incelendiği bir araştırmada aynı araştırma sonuçlarının birden fazla yayımlanması en yüksek oranda etik bulunan davranış olmuştur (27). Çetinkaya, Çetinkaya, Yıldırım ve Kabapınar (2017)'nin çalışmasında eğitim araştırmacılarının bilim etiğine ilişkin görüşleri incelenmiş ve katılımcıların yarısından fazlası aynı verileri kullanarak birden fazla makale yazma ve yayınlamanın etik olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca aynı araştırma sonuçlarının birden fazla toplantıda sunulmasının, katılımcıların büyük kısmı tarafından etik bir davranış olarak düşünüldüğü bulunmuştur. Bu davranışı etik bulmalarının sebebini ise "daha fazla insana ulaşım yaygın etkiyi arttırmak" ya da "önceden bilgilendirme yapılmış olması" şeklinde açıkladıkları bildirilmiştir (28). Çalışmamızda klinisyen doktora öğrencilerinin bu maddeyi etik bulma oranları akademisyen doktora öğrencilerinden daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 2). Klinisyen doktora öğrencileri tarafından etik bulunan diğer davranışlar, yine yüksek oranlar ile araştırma verilerini değiştirme, gizliliğe ilişkin verilen sözleri ihlal etme, başka araştırmacıların verilerini izin almadan kullanma, araştırmanın amacını gizlemedir. Bütün maddelerde klinisyen doktora öğrencilerinin davranışı etik bulma oranı akademisyen öğrencilerden daha yüksektir. Bu oranlara bakıldığında akademisyen olarak çalışmayan doktora öğrencilerinin araştırma etiğine yönelik bilgi gereksinimlerinin olduğunu söylemek mümkündür. Akademisyen olarak üniversitelerde görev yapan öğrencilerin daha fazla yayın yapma fırsatı olduğundan etik kurallara daha hakim olduğu söylenebilir.

İkinci bölüm olan etik olmayan davranışı gösterme alanında öğrencilerin en yüksek oranda kişileri katılıma zorlama davranışını gösterdikleri görülmektedir (Tablo 3). Yine benzer oranlarla aynı araştırmayı birden fazla toplantıda sunma, kendisine aykırı gelen verileri yok etme, projeye katkısı olmayan kişileri araştırma projesine ortak yazar olarak ekleme, araştırma

sonuçlarını çarpıtarak verme, bir başkasına ait olan aracı izin alamadan kullanma katılımcılar tarafından gösterilen davranışlar olduğu belirtilmiştir. Kırkkılıç, Sevim ve Söylemez (2015)'in akademisyenlerle yaptıkları çalışmada akademisyenlerin katkısı olmayan yazarların ortak yazar olarak eklenmesinin sıklıkla yapılan bir uygulama olduğunu ve bu davranışın büyük bir etik sorun olduğu ifade edilmiştir. Yine aynı çalışmada araştırma verilerini değiştirme, özellikle deneysel çalışmalarda sadece olumlu sonuçların verilmesi gibi davranışların sergilendiği bildirilmiştir (29). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (2, 27). Akademisyen ve klinisyen olma ile etik olmayan davranışı gösterme maddeleri arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı sonuç bulunan bütün maddelerde klinisyen doktora öğrencilerinin etik olmayan davranışları yüksek oranlarda sergiledikleri bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 3). Katılımcılar birçok davranışı etik bulmamalarına rağmen davranışı gösterdiklerini belirtmişlerdir.

Son bölüm olan etik olmayan davranışın gösterildiğine şahit olma diğer alanlara nazaran daha yüksek oranlara sahiptir (Tablo 4). Yapılan diğer çalışmalarda da en çok bu alanın oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (2, 27). Çalışmamızda öğrencilerin büyük bir çoğunluğu bulguları rapor etmede yanlı davranma (sadece en iyi sonuçları rapor etme gibi) davranışının gösterildiğine şahit olduklarını bildirmişlerdir. Kırkkılıç ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş ve bu durumun Türkiye'deki yayın zorunlulukları ve yükselme için gerekli olan yayın sayısı kriterleri ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (29). Bu davranışı, aynı verileri kullanarak birden fazla makale yazma ve projeye katkısı olmayan kişileri araştırma projesine ortak yazar olarak ekleme davranışları izlemektedir. Ayrıca yapılan bir çalışmada bu oranların etik ihlallerin sıklıkla yapıldığının bir göstergesi olduğu, bu durumlara şahit olan lisansüstü öğrencilerin herhangi bir yaptırım olmadığını gördüklerinde aynı hatalara düşmelerinin kolaylaşabileceği bildirilmiştir (27). Akademisyen ya da klinisyen olma durumu ile etik olmayan davranışın gösterildiğine şahit olma arasındaki ilişki incelendiğinde, verileri uydurma, kendisine aykırı gelen verileri yok etme, aynı verileri kullanarak birden fazla makale yazma, projeye katkısı olmayan kişileri araştırma projesine ortak yazar olarak ekleme davranışlarını akademisyen doktora öğrencileri daha yüksek oranda gözlemlediklerini bildirirken, araştırma verilerinin analizinde bilinçli olarak uygun olmayan bir teknik kullanma, aynı araştırma makalesini birden fazla dergide yayınlama, araştırmanın katılımcıya zarar verebilecek sonuçlarını gizleme, yazarından izin almadan bir makaleyi tercüme ederek yayınlama davranışları ise klinisyen doktora öğrencileri tarafından daha yüksek oranlarda gözlemlendiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Öğrencilerin gözlemledikleri etik ihlallerin farklılaşmasının birlikte çalışılan kişilerin araştırma etiği konusundaki bilgi ve becerilerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kısıtlılıklar

Araştırmanın 2014 yılında yapılmış olması ve yalnızca iki üniversitenin hemşirelik bölümünde doktora yapan öğrenciler ile yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırmada öne çıkan en önemli sonuç etik dışı davranışların fazlaca gözlemleniyor olmasıdır. Özellikle etik olmayan davranışı etik bulma, davranışı gösterme ve davranışın gösterildiğine şahit olma oranlarının klinisyen öğrencilerde daha yüksek bulunmasının öğrencilerin araştırma deneyimlerinin yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Akademisyenlik yapan öğrencilerin akademik ortam içerisinde olmalarından dolayı araştırma yapma ihtimali daha yüksektir. Bu nedenle doktora eğitimi süresince akademik ortamda çalışmayan öğrencilerin de bu deneyimi kazanabilmeleri açısından doktora eğitiminin içeriği öğrenciyi daha çok araştırma yapmaya teşvik edecek şekilde düzenlenmelidir. Genel olarak hem akademisyen hem de klinisyen doktora öğrencilerinin bahsedilen etik dışı davranışları etik bulmadıkları halde o davranışı gösterdikleri bulunmuştur. Lisansüstü eğitim veren kurumların müfredatlarında araştırma etiğine yönelik ders sayılarının artırılması ve araştırma etiği, etik dışı davranışlar, ülkemizde uygulanan yasal yaptırımlara yönelik konularda eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılmasıyla bu konudaki eksiklerin giderilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca öğretim üyelerinin doğru rol model olma sorumluluğunu almalarının öğrencilerin davranışlarında olumlu değişikliklere yol açacağı unutulmamalıdır. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelikte doktora öğrencilerinin araştırma etiğine yönelik tutum ve davranışlarına yönelik daha fazla girişimsel ve tanımlayıcı çalışmanın yapılması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması

Araştırmacılar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Resnik DB. What is ethics in research and why is it important? 2015. Erişim adresi: <https://www.niehs.nih.gov/research/resources/bioethics/whatis/> Erişim tarihi: 18.03.2019
2. Köklü N. Akademisyenlerin araştırma etiği konusundaki görüşleri. Eğitim Bilimleri ve Uygulama 2003; 2(4): 137-151.
3. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TUBİTAK). TUBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği 2010. Erişim adresi: http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/mevzuat/yonetmelik/YONETMELIK_III_9.pdf Erişim tarihi: 16.01.18.

4. Türk Dil Kurumu. 2018. Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a5375e8aa5519.12630910 Erişim tarihi: 08/01/2018.
5. Türkiye Bilimler Akademisi. Bilimsel araştırmada etik ve sorunları. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları TÜBİTAK Matbaası. 2002: 11-67.
6. İnci O. Bilimsel yayın ilkeleri, yanıltmalar, yanıltmaları önlemeye yönelik öneriler, araştırma ve yayın etiği. ULAKBİM Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık 7. Ulusal Sempozyum; 20 Kasım 2009, Ankara, 69-89.
7. Yılmaz K. Etik dışı davranış olarak haksız yazarlık. EBAD 2012; 2(1): 1-3.
8. Honig B, Bedi A. The fox in the hen house: A critical examination of plagiarism among members of the academy of management. AMLE 2012; 11(1): 101-123.
9. Khoshsaligheh M, Mehdizadkhani M, Keyvan S. Severity of types of violations of research ethics: Perception of Iranian master's students of translation. J Acad Ethics 2017; 15: 125-140.
10. Kumar SA, Wechsler A, Beecroft I. Ethical issues in publication and research. Indian J Thorac Cardiovasc Surg 2010; 26: 117-118
11. Löfström, E, Huotari E, Kupila P. Conceptions of plagiarism and problems in academic writing in a changing landscape of external regulation. J Acad Ethics 2017; 15: 277-292.
12. Özcan M, Balcı Y. Akademisyenlerin araştırma ve yayın etiğine ilişkin düşünceleri. İş Ahlakı Dergisi 2016; 9: 93-115.
13. Thomas A, Zyl AV. Understanding of and attitudes to academic ethics among first-year university students. AJOBE 2012; 6(2): 143-155.
14. Ruacan Ş. ULAKBİM Bilimsel Araştırma ve Yayınlarında Etik İlkeler. 2001. Erişim adresi: http://etik.gov.tr/Portals/0/meslek_etigi/sruacan2.pdf Erişim tarihi: 08.01.2018.
15. Erdem AR. Bilim insanı yetiştirmede etik eğitimi. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2012; 2(1): 25-32.
16. Üniversitelerarası Kurul (ÜAK). ÜAK Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi. 2015. Erişim adresi: http://www.uak.gov.tr/yonetmelikler/Yay%C4%B1nEti%C4%9FiY%C3%B6nergesi_140318.pdf Erişim tarihi: 10.01.2019.
17. Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK). Yüksek Öğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi. 2012. Erişim adresi: <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Kurumsal/mevzuat/bilimsel-arastirma-ve-etik-yonetmeligi.aspx> Erişim tarihi: 13.01.2019.
18. Günbayı İ, Kasalak G, Özçetin S. Bilimsel araştırmalarda etik dışı davranışlar: Bir durum çalışması. Yükseköğretim Dergisi 2013; 3(2): 97-108.
19. Yağmur Şahin E, Kana F, Varışoğlu B. Türkçe eğitimi bölümlerinde yapılan lisansüstü tezlerin araştırma eğilimleri. JHS 2013; 10(2): 356-378.
20. Limon İ, Durnalı M. Doktora öğrencilerinin doktora eğitimi ve öğretim üyelerine yönelik metaforik algıları. Sakarya University Journal of Education 2018; 8(1): 26-40.
21. Aslan C. Türkçe eğitimi programlarında lisansüstü öğrenim gören öğrencilerin akademik öz yeterliklerine ilişkin görüşleri. MAKÜ Eğitim Fakültesi Dergisi 2010; 10(19): 87-115.
22. Ergöl Ş. Türkiye'de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2011; 1(3): 152-155.
23. Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK). Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi (TYÇÇ). 2011. Erişim adresi: <http://www.tyyc.yok.gov.tr/?pid=20> Erişim tarihi: 21.12.2018
24. Aydın İ, Alkın-Şahin S, Demirkasımoğlu N. Üniversitelerde karşılaşılan etik dışı davranışlara ilişkin akademisyen görüşleri. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi 2014; 43: 00.

25. Büken NÖ. Türkiye örneğinde akademik dünya ve akademik etik. Hacettepe Tıp Dergisi 2006; 37: 164-170.
26. Gu C, Ye M, Wang X, Yang M, Wang H. Nurse researchers' perspectives on research ethics in China. Nurs Ethics 2017, 1-11.
27. Bayar SA, Kayır G, Eğmir E, Ödemiş İS, Bayar V. Lisansüstü öğrenim gören öğrencilerin araştırma etiği hakkındaki görüşleri. VI. Ulusal Lisansüstü Eğitim Sempozyumu; 10-11 Mayıs 2013; Sakarya.
28. Çetinkaya E, Kirman Çetinkaya E, Yıldırım M, Kabapınar F. Eğitim araştırmacılarının bilim etiğine ilişkin görüşleri. ALEG 2017; 3(2): 84-100.
29. Kırkkılıç HA, Sevim O, Söylemez Y. Akademisyenlerin bilimsel araştırma tutumlarının akademik etik değerler açısından incelenmesi. ERZSOSDER 2015; ÖS-II: 375-390.

Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Planlarının Pediyatrik Ağrı Yönetimi Açısından İncelenmesi

Bahise AYDIN* Murat BEKTAŞ**

Öz

Giriş: Sağlık çalışanlarının klinik alanda kontrol etmekte güçlük yaşadığı konulardan biri olan pediyatrik ağrının hemşireler tarafından da yeterli düzeyde yönetilemediği bilinmektedir. Hemşirelerin öğrencilik döneminde iyi bir eğitim almaları, ağrıya yaklaşımlarını etkilemektedir. **Amaç:** Bu çalışma, öğrenci hemşirelerin çocuklarda ağrı yönetimi konusundaki yeterlilik düzeylerini belirlemek için bakım planlarının incelenmesi amacıyla tasarlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel nitelikte olan araştırma, bir üniversitenin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi alan üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Demografik veri formu ve öğrenci hemşirelerin ağrı yeterliliklerini değerlendirmeye yönelik Bakım Planı Değerlendirme Formu ile toplanan demografik veriler sayı, yüzde, ortalama ile, bakım planı bulguları sayı ve yüzdelerle değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Hemşirelik üçüncü sınıf öğrencisi 176 (ortalama yaş 20.72±1.071) ve dördüncü sınıf öğrencisi 24 (ortalama yaş 21.93±1.156) olmak üzere toplam 200 öğrenciye ulaşılmıştır. Öğrencilerin belirlediği toplam 1036 hemşirelik tanısının %6.6'sını (üçüncü sınıflar %7.1, dördüncü sınıflar %5.3) ağrı tanısı oluşturmuştur. Ağrı tanılı bakım planlarında üçüncü sınıfların %59.6'sında, dördüncü sınıfların %87.5'inde tanılama, amaç belirleme ve planlama yapıldığı; üçüncü sınıfların %36.5'i ve dördüncü sınıfların %75'inde uygulamaların yazıldığı; üçüncü sınıfların %32.7'si ve dördüncü sınıfların %75'inde değerlendirmeye yer verildiği saptanmıştır. **Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin ağrı tanılı bakım planlarında tanılama, amaç belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında yetersizliklerin olduğu belirlenmiştir. **Anahtar sözcükler:** Bakım Planı, Ağrı Yönetimi, Öğrenciler, Hemşirelik, Pediyatri.

Abstract

Examination of Nursing Students' Care Plans in terms of Pediatric Pain Management

Background: Pediatric pain, one of the most difficult situation in clinical field, is not adequately managed by nurses. Nurses' having a good education during their school term, affects their pain interventions. **Objectives:** To determine student nurses' competence level in pediatric pain management by their care plans. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted with 3rd and 4th grade students of a university in Pediatric Nursing course. The Care Plan Evaluation Form (analyzed by numbers and percentages) and the demographic data form (analyzed by numbers, percentages, mean) was used. **Results:** A total of 200 students were reached, 176 (mean age 20.72±1.071) from 3rd grade and 24 (mean age 21.93±1.156) from 4th grade. 6.6% of 1036 nursing diagnoses consisted of pain (3rd grade 7.1%, 4th grade 5.3%). It was found that 59.6% of the 3rd grade and 87.5% of the 4th grade's pain-related care plans had nursing diagnosis, goal setting and planning; 36.5% of the 3rd grade and 75% of the 4th grade had interventions; 32.7% of the 3rd grade and 75% of the 4th grade had evaluation. **Conclusion:** Nursing students had incompetency in diagnosis, goal setting, planning, intervention and evaluation stages in pain-related care plans.

Key words: Care Plan, Pain Management, Students, Nursing, Pediatrics.

Geliş tarihi: 21.06.2019 **Kabul tarihi: 17.09.2019**

Çocuklarda sık görülen sorunlardan biri olan ağrı, çeşitli araştırmacılar tarafından ele alınan önemli bir konudur. Çocuklarda ağrı yönetimi konusunda yapılan çok sayıda çalışmanın sonuçları, sağlık personelinin ağrıyı fark etme, değerlendirme ve etkili yönetme ile ilgili güçlükler yaşandığını göstermektedir (1-5). Pediyatrik hastalarla çalışan hemşireler, ağrı değerlendirmesinde, ağrının küçük çocuklar tarafından sözel ifade edilememesi, ağrılı girişimlere yönelik korku duymaları, ağrı belirtilerinin kaygı, açlık, yalnızlık, ebeveynlerden ayrılma ve korku belirtileri ile karıştırılması, ağrı yönetimiyle ilgili bilgi eksikliği ve yanlış inanışlar olması, çocukların yaş dönemine uygun ağrı değerlendirme aracının seçilememesi, sağlık kurumunda ağrı yönetimine yönelik yeterli prosedür ve standartların bulunmaması gibi nedenlerle çeşitli güçlükler ve yetersizlikler yaşamaktadır (1, 2, 4-8).

Çocuklar için büyük tehdit olan tedavi edilmeyen ağrının fiziksel, psikososyal ve akademik olumsuz sonuçları bulunmaktadır (9). Fizyolojik işlevlere yansıyan sorunların yanında ağrı yaşayan çocuklar korku, anksiyete, uyku bozuklukları, dikkat eksikliği, öğrenme yetersizliği, davranış bozukluğu gibi psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (6, 10, 11). Bunların yanı sıra çocuklarda okul devamsızlıkları, akademik başarısızlıklar, sosyal izolasyon gibi sorunlar gelişebilmektedir (12-14). Başarılı bir ağrı yönetimi sağlandığı takdirde çocukların iyileşme sürecinde hızlanma, normal büyüme ve gelişmenin devam etmesi, hastanede kalış süresinde kısalma ile kısa sürede rutin yaşama dönüş, yaşam kalitesinde artış, bakım ve tedavi maliyetlerinde düşüş görülebilmektedir (6, 11, 15).

Hemşireler sahip oldukları bilgi ve donanım ile hemşirelik sürecini kullanarak ağrının tedavisine önemli katkılar sağlayabilmektedir. Hemşireler çocuk ve ailesinin gerçek ya da olası sorunlar/riskler ve sağlığın geliştirilmesi olanaklarını saptayarak hipotezler geliştirir ve sorunun çözümünde bilimsel süreci kullanırlar (16). Hemşirelik süreci sorunun tanımlayıcı özelliklerinden yola çıkarak tanılama, hemşirelik tanısı oluşturma, sorunun altta yatan nedenlerini belirleyerek hedefler koyma, beklenen sonuçları göz önünde bulundurarak bireye özgü hemşirelik girişimlerini planlama, bu girişimleri uygun zaman ve destek kaynakları ile uygulama ve bireyin yanıtlarını değerlendirmeyi içerir. Hemşireler tüm bu süreci yürütebilmek için temelde Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) hemşirelik tanı taksonomisini kullanırlar (16-18).

*PhD (c), Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, E-mail: bahisecoskun@gmail.com, ORCID No: 0000-0001-9815-2843

**Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, ORCID No: 0000-0003-3327-8204

Hastaneye yatan çocukların bakımının sürdürülmesi profesyonel teorik bilginin yanı sıra çocuk ve ailenin yaş dönemine özgü büyüme ve gelişim özelliklerini dikkate alarak gereksinimlerinin doğru şekilde belirlenmesini gerektirir (19). Çocuk ve ailenin fiziksel, sosyal ve entelektüel kazanımlarını destekleyecek atravmatik yaklaşım ile sorunların saptanıp ortadan kaldırılmasını hedefleyen ölçülebilir gerçekçi amaçlar belirlenir. Bunun doğrultusunda çocuğa özgü belirlenecek hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve yapılan girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir bakış açısıyla kompleks bir klinik karar verme sürecinin yönetiminde hemşireler merkez rol üstlenmektedirler. Hemşirelik süreci, hemşirelerin kanıta dayalı elde edilen bilgileri profesyonel yaklaşım ile uygulamalarını olanaklı kılar. Hastanın gereksinimlerine göre bireyselleşmiş bakım sunma olanağı verir. Hemşirelik uygulamalarının kaydedilmesinden dolayı yasal dayanak ve araştırmalar için yazılı kaynak oluşturur. Planlı ve amaca yönelik çalışma özelliğinden dolayı zamandan tasarruf sağlar (18).

Hemşireler tarafından klinik alanda çocuklarda ağrının yönetimine yönelik NANDA tanıları doğrultusunda akut ağrı, kronik ağrı ve rahatta/konforda bozulma tanıları kullanılmaktadır. Akut ağrı ani başlangıçlı olan, genellikle 30 günden kısa süren, yaralanmadan hemen sonra hissedilen, çoğunlukla şiddetli ve lokalize ağrılardır. Genellikle ağrının nedeni tanımlanabilir ve iyileşme süreci sonunda ağrı tamamen ortadan kalkar. Hemşireler çocuklarda özellikle prosedürel akut ağrıya yönelik dikkati başka yöne çekme, soğuk uygulama, oral sükröz solüsyonu gibi başarılı tekniklerle ağrıyı kontrol altına alabilmektedirler (19). Kronik ağrı ise doku hasarı sonucu normal beklenen iyileşme süresinden daha uzun süren, sürekli veya tekrarlayıcı ağrıdır. Genellikle üç aydan daha uzun sürer. Bu ağrı tipinde ağrılı uyarı ile temas ortadan kalktıktan sonra da ağrı duyusu devam etmektedir. Çocuklarda kanser ağrısı gibi kronik ağrıların yönetiminde hemşireler, gevşeme ve masaj gibi farmakolojik olmayan tekniklere paralel olarak opioid olmayan analjezikler, opioid ajanlar ve adjuvan ilaçların etkilerinden faydalanarak ağrı kontrolü sağlamak için çaba harcarlar (6, 20, 21). Rahatlığın bozulması veya konforda bozulma tanısı, tehlikeli/rahatsız edici bir uyarana tepki olarak algılanan rahatlığın fiziksel, psikososyal, spiritüel, çevresel ve sosyokültürel boyutlarında bozulma olarak tarif edilmektedir. Bu tanının tanımlayıcı özelliklerinden biri de ağrıdır ve hemşirelik uygulamalarında özellikle farmakolojik olmayan girişimlerin değeri büyüktür (22, 23).

Pediyatri hemşirelerinin ağrı tanılama, değerlendirme ve kontrolünde önemli rolleri bulunmaktadır. Hastaneye yatan çocuğun doğru tanılanması için, tüm ağrı bileşenlerinin göz önüne alınarak çocuğun yaş dönemine ve klinik durumuna uygun değerlendirme aracının kullanılması gereklidir. Uygun ölçüm aracının seçilmesi ile ağrı değerlendirme süreci başlar. Burada çocuğun öz bildirimi, davranışlarının gözlenmesi, ebeveyn değerlendirmesi, sağlık çalışanları tarafından yapılan fizik muayene ve fizyolojik ölçümler ağrının değerlendirilmesinde önemli veriler elde edilmesini sağlar (19, 22). Bu veriler ile hemşirelik bakım planı oluşturulur. Çocuğa özgü planlanan hemşirelik girişimleri uygulanır ve çocuğun ağrısı yeniden değerlendirilerek yapılan girişimlerin etkileri gözlenir (19). Pediyatrik grupta ağrı kontrolü için birçok yöntem kullanılmaktadır. Tedavi planında yer alan farmakolojik girişimlerin yanı sıra, hemşirelerin bağımsız olarak uygulayabildiği farmakolojik olmayan yöntemlerin çocuklarda ağrı kontrolünde başarılı olduğu bilinmektedir. Tek başına veya birlikte uygulanabilen bu girişimlerin hastanın gelişimsel yaş dönemine ve klinik durumuna uygun seçilmesi, hemşirelerin bilgi ve tecrübelerini gerektirir (6, 24).

Dünya Sağlık Örgütü, yayımladığı raporda pediatrik ağrının sağlık çalışanları tarafından fark edilmesi ve kabul edilmesinin yeterli düzeyde olmadığını vurgulamaktadır (20). Pediyatri hemşirelerinin ve hemşirelik öğrencilerinin çocukların ağrı yönetimi konusunda bilgi ve davranışlarını değerlendiren çalışmalarda da bilgi eksiklikleri olduğu gösterilmiştir (2, 4, 25-28). Hemşirelik becerilerinden biri olan ağrı yönetiminin temeli öğrencilik döneminde atılmaktadır. Başarılı ağrı yönetiminde hemşirelere öğrencilik döneminde aldıkları eğitim farkındalık, duyarlılık ve teorik alt yapı sağlamaktadır. Yeterli ve etkili bir ağrı yönetiminin sağlanabilmesi için öğrenci hemşirelerin hastane uygulamalarında bakım verdikleri çocukların hemşirelik sürecini kullanarak ağrı tanılama, planlanan girişimleri uygulama ve değerlendirme yapabilmeleri önemlidir. Buradan yola çıkarak öğrencilerin bakım planlarının incelenmesi yoluyla pediatrik ağrı yönetiminde yeterlilik düzeyleri belirlenebilir (29). Literatürde öğrenci hemşirelerin pediatrik ağrı yönetimine yönelik bakım planlarının incelendiği yeterli sayıda çalışmaya rastanılmamıştır. Bu çalışma, öğrenci hemşirelerin bakım planlarında çocuklarda ağrı yönetimi konusunda yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla tasarlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte planlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma bir üniversitenin Hemşirelik Fakültesi'nde 2018-2019 eğitim öğretim yılı Güz döneminde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini alan 3. sınıfa devam eden ve internlik eğitimini Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği'nde yapan 4. sınıftaki öğrenciler ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Çalışmanın örneklem büyüklüğü Gpower 3.0 programında Tip I hata 0.05, Tip II hata 0.20 (%80 güç) alınarak Keefe ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) öğrencilerin doğru cevaplama oranı kullanılarak hesaplanan örneklem büyüklüğü 40 kişidir (30). Üniversitenin hemşirelik fakültesinde 2018-2019 eğitim öğretim yılı güz döneminde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi alan üçüncü sınıfa devam eden 289 ve intern olarak eğitim alan 81 öğrenci bulunmaktadır. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bütün öğrenciler dahil edilmiş, üçüncü sınıftan 176 ve intern 24 öğrenciyeye ulaşılabilmektedir.

Veri Toplama Araçları

• *Demografik veri formu:* Öğrencilerin yaş, cinsiyet, mezun olduğu lise ve genel başarı algısı verilerinin sorgulandığı 10 maddeden oluşan form kullanılmıştır.

• *Bakım planı değerlendirme formu:* Öğrenci hemşirelerin bakım planlarını değerlendirmeye yönelik literatür doğrultusunda oluşturulan 14 sorudan oluşan form kullanılmıştır (31, 32). Formda öğrenci hemşirelerin bakım planlarında ağrı tanılama

yapılıp yapılmadığı, kullanılan ağrı değerlendirme yöntemi, kullanılan ölçek, oluşturulan hemşirelik tanısı, hemşirelik tanısına uygun belirlenen hedefler, belirlenen girişimler ve uygulanma durumu, ağrının yeniden değerlendirilmesi, değerlendirme zaman ve sıklığı, bakım planı sonucunu değerlendiren sorular bulunmaktadır. Öğrencilerin bakım planı verileri sayı yüzde olarak değerlendirilmiştir.

Form içerisinde yer alan sorular için uzman akademisyenlerden görüş alınarak kapsam geçerlilikleri değerlendirilmiş ve forma son şekli verilmiştir. Değerlendirme formunun madde bazında kapsam geçerliliği 0.99-1.00 arasında değiştiği, form bazında ise 0.99 olduğu saptanmıştır. İç geçerliliği için güvenilirlik katsayısı olarak Kuder-Richardson 20 formu kullanılmış, değerlendirme formunun iç tutarlılığı 0.79 olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın yapılabilmesi için kurum izni ve etik kurul izni alındıktan sonra öğrenciler klinik uygulama bitiminden sonra bir derslikte toplanmış, araştırmacı tarafından çalışmanın amacı öğrencilere açıklanmış, yazılı onamları alınmış ve demografik veri formu doldurtulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin bakım planları öğretim elemanlarından alınarak incelenmiş ve öğretim elemanlarına geri verilmiştir. Öğrencilerin bakım planları araştırmacılar tarafından Bakım Planı Değerlendirme Formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada öğrencilerin demografik verileri sayı yüzde ve ortalama ile; bakım planı bulguları sayı ve yüzdelerle değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Üniversite Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Sayı: 4159-GOA/2018/18-23) ve Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı, öğrencilerin katılımı için yazılı ve sözlü izinler alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmacılar tarafından çalışmanın amacı öğrencilere açıklanmış, onamları alınmış, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağına dair öğrencilere bilgi verilmiştir.

Bulgular

Araştırmanın bulguları üç bölümde sunulmuştur. İlk bölüm katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik tanımlayıcı istatistikleri içermektedir. İkinci bölümde hemşirelik öğrencilerinin bakım planlarında ağrı tanılama durumlarına yönelik veriler yer almaktadır. Üçüncü bölümde hemşirelik öğrencilerinin bakım planlarının alt bileşenleri olan ağrı tanılama, amaç belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi kapsayan pediyatrik ağrı yönetimi verileri bulunmaktadır.

Hemşirelik Öğrencilerinin Demografik Verileri

Çalışmaya üçüncü sınıftan 176, dördüncü sınıftan 24 öğrenci hemşire olmak üzere toplam 200 kişi dahil edilmiştir. Üçüncü sınıf öğrencilerin yaş ortalaması 20.72 ± 1.071 , dördüncü sınıfların ise 21.93 ± 1.156 olduğu belirlenmiştir. Üçüncü ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin çoğunluğu kadındır (sırasıyla %75.6 ve %75.0). Eğitim durumuna bakıldığında üçüncü sınıf öğrencilerin %97.2'si ve dördüncü sınıftakilerin %95.8'i Anadolu/Fen lisesi mezunudur. Öğrencilerin genel başarı algısı sorgulandığında üçüncü sınıftakiler %9.7'si yüksek, %85.2'si orta şeklinde ifade ederken dördüncü sınıflar %20.8'i yüksek, %79.2'si orta şeklinde belirtmişlerdir.

Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Planlarında Ağrı Tanılama Durumları

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Buldukları Sınıflara Göre Özellikleri

Özellik	3. Sınıf		4. Sınıf		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Öğrenci Sayısı	176	100.0	24	100.0	200	100.0
Bakım Planı Sayısı	176	100.0	24	100.0	200	100.0
Tanı sayısı	732	100.0	304	100.0	1036	100.0
Ağrı Tanı Sayısı	52	29.5	16	66.6	68	100.0

Çalışmaya katılan 200 hemşirelik öğrencisinin incelenen bakım planlarında toplam 1036 adet hemşirelik tanısının oluşturulduğu ve bu tanılardan 68'inin ağrı tanısı olduğu belirlenmiştir. Ağrı tanılı bakım planlarının oranı hesaplandığında genel olarak %6.6'ya tekabül etmektedir. Hemşirelik tanılarının 732'si (%70.7) üçüncü sınıfa devam eden öğrenciler tarafından oluşturulmuş ve ağrı tanısının yer aldığı bakım planı sayısı 52 (%7.1) olarak saptanmıştır. Dördüncü sınıf öğrencilerinin oluşturduğu 304 (%29.3) hemşirelik tanısından 16'sının (%5.3) ağrı tanısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Planlarında Pediyatrik Ağrı Yönetimi

Tablo 2. Hemşirelik Öğrencilerinin Buldukları Sınıflara Göre Ağrı Tanılı Bakım Planlarının Özellikleri

Ağrı Yönetimi	3. Sınıf (n=52)		4. Sınıf (n=16)	
	n	%	n	%
Tanılama	31	59.6	14	87.5
Amaç Belirleme	31	59.6	14	87.5

Planlama	31	59.6	14	87.5
Uygulama	19	36.5	12	75.0
Değerlendirme	17	32.7	12	75.0

Öğrencilerin ağrı tanısını ele aldıkları bakım planlarında üçüncü sınıfların 31 (%59.6), dördüncü sınıfların 14 (%87.5) bakım planında tanılama, amaç belirleme ve planlama yaptığı belirlenmiştir. Bakım planlarında üçüncü sınıfların 19 (%36.5), dördüncü sınıfların 12'sinde (%75) uygulamaların yazıldığı görülmüştür. Benzer şekilde öğrencilerin bakım planlarında üçüncü sınıfların 17 (%32.7) ve dördüncü sınıfların 12'sinde (%75) değerlendirmeye yer verildiği saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelik Öğrencilerinin Buldukları Sınıflara Göre Bakım Planlarında Ağrı Tanılama Özellikleri

Ağrı Tanılama	3. Sınıf (n=52)		4. Sınıf (n=16)	
	n	%	n	%
Ağrı Tanısı				
Çocukta	47	90.4	16	100.0
Annede	5	9.6	-	-
Ağrının yeri				
Sorgulanmış	25	48.1	8	50.0
Sorgulanmamış	27	51.9	8	50.0
Ağrının türü				
Akut	13	25.0	10	62.5
Sorgulanmamış	39	75.0	6	37.5
Ağrının niteliği				
Zonklayıcı	1	1.9	-	-
Keskin	2	3.8	-	-
Sızlayıcı	2	3.8	2	12.5
Diğer	-	-	2*	12.5
Sorgulanmamış	47	90.4	12	75.0
Ağrının şiddeti				
Sorgulanmış	48	92.3	16	100.0
Sorgulanmamış	4	7.7	-	-
Ağrıyı arttıran/azaltan faktörler				
Sorgulanmış	12	23.1	4	25.0
Sorgulanmamış	40	76.9	12	75.0
Ağrıya eşlik eden semptomlar				
Sorgulanmış	5	9.6	-	-
Sorgulanmamış	47	90.4	16	100.0
Ağrı şiddetini değerlendirme yöntemi				
Kullanılmış	50	96.2	16	100.0
Kullanılmamış	2	3.8	-	-
Öz bildirim				
Evet	10	19.2	8	50.0
Hayır	42	80.8	8	50.0
Fizyolojik ölçümler				
Nabız	4	7.7	-	-
Solunum	2	3.8	-	-
Kan basıncı	1	1.9	-	-
Sorgulanmamış	45	86.5	16	100.0
Davranışların gözlenmesi				
Çıkarılan sesler				
Sorgulanmış	17	32.7	6	37.5
Sorgulanmamış	35	67.3	10	62.5
Davranışların gözlenmesi				
Yüz ifadeleri				
Sorgulanmış	13	25.0	12	75.0
Sorgulanmamış	39	75.0	4	25.0
Davranışların gözlenmesi				
Beden dili				
Sorgulanmış	13	25.0	8	50.0
Sorgulanmamış	39	75.0	8	50.0

Davranışların gözlenmesi				
Duygusal durum				
Sorgulanmış	14	26.9	-	-
Sorgulanmamış	38	73.1	16	100.0
Ağrı ölçeği kullanımı				
Kullanılmış	48	92.3	16	100.0
Kullanılmamış	4	7.7	-	-
Kullanılan ağrı ölçeği				
Numerik	3	6.2	2	12.5
Sözel	1	2.1	-	-
FLACC	1	2.1	6	37.5
NIPS	2	4.2	-	-
Belirtilmemiş	41	85.4	8	50.0
Hemşirelik tanısı				
Tanı koyan	31	59.6	14	87.5
Tanı koymayan	21	40.4	2	12.5
Oluşturulan hemşirelik tanıları				
Akut ağrı	28	90.3	14	87.5
Rahatta bozulma	3	9.7	-	-
Kronik ağrı	-	-	2	12.5

*batıcı

Hemşirelik öğrencilerinin ağrı tanıli bakım planlarının üçüncü sınıflar %90.4'ü, dördüncü sınıflar tamamında çocuğa ağrı tanılama yaptıkları tespit edilmiştir. Ayrıca üçüncü sınıflardan 5 (%9.6) bakım planında anneye yönelik de ağrı tanısı oluşturduğu görülmüştür. Ağrı tanılamada üçüncü sınıfların ağrı tanıli bakım planlarının %51.9'unda ağrının yerinin, %75'inde ağrının türünün, %90.4'ünde niteliğinin, %76.9'unda ağrıyı arttıran veya azaltan faktörlerin, %90.4'ünde ağrıya eşlik eden semptomların sorgulanmadığı belirlenmiştir. Üçüncü sınıf öğrencilerinin ağrı tanılamada en çok ağrının şiddetini (%92.3) sorguladıkları saptanmıştır. Dördüncü sınıfların ağrı tanıli bakım planları incelendiğinde, %50'sinde ağrının yerinin sorgulandığı ve %62.5'inde de ağrının türünün yazıldığı görülmüştür. Dördüncü sınıf öğrencilerinin bakım planlarının tamamında ağrının şiddeti belirlenmişken %75'inde ağrının niteliğinin ve ağrıyı arttıran/azaltan faktörlerin sorgulanmadığı, tamamında ise ağrıya eşlik eden semptomların yazılmadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin hazırladığı ağrı tanıli bakım planlarının hiçbirinde ağrının başlangıcının, süre ve sıklığının sorgulanmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Hemşirelik öğrencilerinden üçüncü sınıfların oluşturduğu ağrı tanıli bakım planlarının %96.2'sinde ve dördüncü sınıfların tamamında ağrı şiddetini belirlemeye yönelik bir değerlendirme yöntemi kullanıldığı tespit edilmiştir. Üçüncü sınıfların bakım planlarının %19.2'sinde özbildirim, %13.4'ünde fizyolojik ölçümler, %32.7'sinde çocuğun çıkardığı sesler, %25'inde yüz ifadeleri ve beden dili, %26.9'unda ise duygusal durumun sorgulandığı görülmüştür. Dördüncü sınıfların bakım planlarının %50'sinde özbildirim ve beden dilinin sorgulandığı, %37.5'inde çocuğun çıkardığı seslerin, %75'inde yüz ifadelerinin değerlendirildiği belirlenmiştir. Dördüncü sınıfların bakım planlarının hiç birinde fizyolojik ölçümlere ve çocuğun duygusal durumuna yer verilmediği saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin hiçbirinin ağrı değerlendirmede çocuğun ebeveynlerinin görüşlerine başvurmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Öğrencilerin veri toplama formlarında çocukların ağrı şiddetini bir ölçek aracılığı ile sorguladıkları ancak kullandıkları ölçeğin ismini belirtmedikleri saptanmıştır. Öğrencilerden üçüncü sınıfların %92.3'ünde ve dördüncü sınıfların tamamında bir ağrı değerlendirme ölçeği kullandıkları belirlenmiştir. Üçüncü sınıfların ağrı tanıli bakım planlarının %6.2'sinde numerik, %4.2'sinde NIPS kullanıldığı yazılmış ancak %85.4'ünde kullanılan ölçeğin belirtilmediği görülmüştür. Dördüncü sınıfların yaptıkları ağrı tanıli bakım planlarının %37.5'inde FLACC ve %12.5'inde numerik ölçek kullanıldığı yazılmış ancak %50'sinde kullanılan ölçeğin ne olduğu yazılmamıştır (Tablo 3).

Öğrencilerin ağrı değerlendirme ve tanılama sonrasında üçüncü sınıfların bakım planlarında 31'ine (%59.6) hemşirelik tanısı koydukları, dördüncü sınıfların ise 14'üne (%87.5) hemşirelik tanısı yazdıkları görülmüştür. Üçüncü sınıf öğrencilerin bakım planlarının %90.3'ünde "akut ağrı" ve %9.7'sinde "rahatta bozulma" tanısına yer verdikleri belirlenmiştir. Dördüncü sınıfların bakım planlarının %87.5'inde "akut ağrı" ve %12.5'inde "kronik ağrı" tanısını ele aldıkları saptanmıştır. Öğrencilerden üçüncü sınıfların bakım planlarında "kronik ağrı" tanısı yer almazken, dördüncü sınıfların bakım planlarında ise "rahatta bozulma" tanısına rastlanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelik Öğrencilerinin Buldukları Sınıflara Göre Ağrı Tanılı Bakım Planlarında Amaç Belirleme ve Planlama Durumları

Amaç Belirleme	3. Sınıf		4. Sınıf	
	n	%	n	%
Amacın belirlenme durumu				
Yazılmış	31	59.6	14	87.5
Yazılmamış	21	40.4	2	12.5
Amacın doğru yazılma durumu				
Doğru	7	13.5	-	-
Yanlış	45	86.5	16	100.0

Planlama	3. Sınıf		4. Sınıf	
	n	%	n	%
Hemşirelik girişimlerinin belirlenme durumu				
Evet	31	59.6	14	87.5
Hayır	21	40.4	2	12.5
Hemşirelik girişimlerinin yeterlilik durumu				
Yeterli	1	1.9	-	-
Kısmen yeterli	3	5.8	12	75.0
Yetersiz	48	92.3	4	25.0

Üçüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin ağrı tanımlı bakım planlarının %59.6'sında ve dördüncü sınıfların bakım planlarının %87.5'inde amaç yazıldığı belirlenmiştir. Amaç ifadesi, üçüncü sınıfların bakım planlarının %86.5'inde yanlış yazılmışken, dördüncü sınıfların tamamında yanlış yazıldığı saptanmıştır (Tablo 4).

Üçüncü sınıf öğrencilerinin ağrı tanımlı bakım planlarının %59.6'sında, dördüncü sınıfların %87.5'inde hemşirelik girişimlerinin planlandığı saptanmıştır. Ağrının giderilmesi veya azaltılmasına yönelik hastaya özgü belirlenen hemşirelik girişimlerinden üçüncü sınıflarda %92.3'ü yetersiz iken dördüncü sınıflarda %75'inin kısmen yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelik Öğrencilerinin Buldukları Sınıflara Göre Ağrı Tanımlı Bakım Planlarında Uygulama Durumları

Uygulama	3. Sınıf		4. Sınıf	
	n	%	n	%
Hemşirelik uygulamalarının yapılma durumu				
Yapılmış	19	36.5	12	75.0
Kısmen yapılmış	11	21.2	2	12.5
Yapılmamış	22	42.3	2	12.5
Yapılan uygulamaların yeterli olma durumu				
Yeterli	-	-	-	-
Kısmen yeterli	19	36.5	14	87.5
Yeterli değil	33	63.5	2	12.5
Fiziksel konfor				
Evet	21	40.4	4	25.0
Hayır	31	59.6	12	75.0
Dikkati başka yöne çekme- aktif				
Evet	22	42.3	10	62.5
Hayır	30	57.7	6	37.5
Dikkati başka yöne çekme- pasif				
Evet	5	9.6	4	25.0
Hayır	47	90.4	12	75.0
Kontrollü solunum				
Evet	2	3.8	-	-
Hayır	50	96.2	16	100.0
Klavuz hayal/ gevşeme				
Evet	-	-	2	12.5
Hayır	52	100.0	14	87.5
Opioid olmayan ilaç kullanımı				
Evet	22	42.3	14	87.5
Hayır	30	57.7	2	12.5

Üçüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin ağrı tanımlı bakım planlarının %36.5'inde planlanan hemşirelik uygulamalarının yapıldığı, %21.2'sinde kısmen yapıldığı ve %42.3'ünde yapılmadığı belirlenmiştir. Ayrıca uygulanan hemşirelik girişimlerinin %36.5'inin kısmen yeterli olduğu ve %63.5'inin ise yeterli olmadığı görülmüştür. Dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin bakım planlarının %75'inde planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulandığı, uygulanan girişimlerin %87.5'inin kısmen yeterli olduğu ve %12.5'inin yeterli olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Çalışmaya katılan öğrencilerin ağrı tanısına yönelik planlamalarında farmakolojik olmayan yöntemlere ve farmakolojik ajanlara yer verdikleri saptanmıştır. Üçüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin planladıkları farmakolojik olmayan yöntemlerden %40.4'ü fiziksel konfor ve sadece %3.8'i kontrollü solunum uyguladığı belirlenmiştir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin bakım planlarında %25'inin fiziksel konfor ve %12.5'inin klavuz hayal/gevşeme yöntemlerini kullandıkları görülmüştür (Tablo 5). Öğrencilerin bakım planlarının uygulamalar bölümünde ele aldıkları, çocukların fiziksel konforunu artırarak ağrı kontrolünü sağlamaya yönelik en sık kullanılan en az doğru yazılan hemşirelik girişimleri masaj, sıcak-soğuk uygulama, pozisyon verme/değiştirme, anne kucağı, dinlenme, dokunma/terapötik dokunma, ılık duş/sıcak banyo, uyuma, uyarınları azaltma, küvüzü örtme/sakin ortam sağlama, köpük yatak/destekli yastık, bebekle tensel temas şeklinde belirtilmiştir.

Üçüncü sınıf öğrencilerinin %42.3'ü aktif ve %9.6'sı pasif dikkati başka yöne çekme tekniklerine yer verirken; dördüncü sınıf öğrencilerinin %62.5'i aktif ve %25'i pasif yöntemleri kullandıkları saptanmıştır (Tablo 5). Öğrencilerin bakım planlarında yer verdiği aktif dikkati başka yöne çekme teknikleri oyun/satranç/terapötik oyun/bilmece sorma, konuşma/sohbet, boyama/resim, bilgisayar/televizyonda oyunu, mobilizasyon şeklinde belirlenmiştir. Öğrenciler bakım planlarında pasif dikkati başka yöne çekme yöntemlerine müzik dinleme, kitap okuma/ders çalışma ve tv izleme şeklinde yer vermişlerdir.

Üçüncü sınıf öğrencilerin ağrı tanımlı bakım planlarının %42.3'ünde ve dördüncü sınıfların %87.5'inde opioid olmayan ilaçlara (parasetamol %72.2 ve ibuprofen %8.3) yer verildiği belirlenmiştir. Öğrencilerden hiçbiri bakım planlarında opioid ve adjuvan ilaçlardan bahsetmemiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelik Öğrencilerinin Buldukları Sınıflara Göre Ağrı Tanımlı Bakım Planlarında Değerlendirme Durumları

Değerlendirme	3. Sınıf		4. Sınıf	
	n	%	n	%
Ağrının yeniden değerlendirilmesi				
Evet	16	30.8	12	75.0
Hayır	36	69.2	4	25.0
Yeniden değerlendirilme zamanı				
Her vardiyada	14	26.9	10	62.5
Girişim sonrasında	2	3.8	2	12.5
Değerlendirilmemiş	36	69.2	4	25.0
Yeniden değerlendirilme sıklığı				
Vardiyada 1 kez	9	17.3	10	62.5
Vardiyada 2 kez	7	13.5	-	-
Vardiyada 3 kez	-	-	2	12.5
Değerlendirilmemiş	36	69.2	4	25.0
Sonuç yazılma durumu				
Yazılmış	31	59.6	14	87.5
Yazılmamış	21	40.4	2	12.5
Bakım planı sonucu				
Ağrı devam ediyor	16	30.8	-	-
Ağrı azaldı	12	23.1	4	25.0
Ağrı tamamen geçti	3	5.8	10	62.5
Sonuç yazılmamış	21	40.4	2	12.5

Hemşirelik öğrencilerinin ağrı tanımlı bakım planlarında üçüncü sınıfların %30.8'inde ve dördüncü sınıfların %75'inde uyguladıkları girişimler sonrasında ağrıyı yeniden değerlendirdikleri belirlenmiştir. Çocukların ağrısının üçüncü sınıfların bakım planlarının %26.9'unda her vardiyada ve %17.3'ünde vardiyada 1 kez olacak şekilde değerlendirildiği saptanmıştır. Dördüncü sınıflar ağrıyı her vardiyada ve bir kez olacak şekilde bakım planlarının %62.5'sinde değerlendirmişlerdir. Üçüncü sınıflar bakım planlarının %59.6'sında, dördüncü sınıflar da %87.5'inde sonuç yazmışlardır. Bakım planı sonucu olarak üçüncü sınıflar %30.8'inde ağrının devam ettiğini ve %23.1'inde ağrının azaldığını belirtmişlerdir. Dördüncü sınıflar bakım planlarının %62.5'inde ağrının tamamen geçtiğini ve %25'inde ağrının azaldığını yazmışlardır (Tablo 6).

Tartışma

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin bakım planlarında oluşturulan hemşirelik tanımlarının bir kısmında ağrı tanısına yer verildiği saptanmıştır. Öğrencilerin bakım verdiği çocuklar için oluşturduğu ağrı tanımlı bakım planı oranı %6.6'dır (üçüncü sınıflarda %7.1 ve dördüncü sınıflarda %5.3). Benzer şekilde Uysal ve arkadaşlarının (2016) ikinci sınıf hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin ele aldığı akut ağrı tanısı tüm tanımların %6.6'sını oluşturduğu belirlenmiştir (33). Leon ve Lima da Nóbrega'nın (2012) hemşirelerin çocuk kliniğinde yatan 0-5 yaş aralığındaki çocuklara koydukları hemşirelik tanımlarını inceledikleri çalışmalarında, en sık koydukları tanımlar arasında %7.1 oranında akut ağrı olduğu belirlenmiştir (34). Literatürdeki çalışmalara benzer sonuç elde edilen bu çalışmada, öğrencilerin hastanede yatan çocukların sık yaşadığı bir semptom olan ağrıya yönelik bakım planlarında ağrı tanısına az yer verildiği görülmektedir. Bunun nedenlerinden biri çocukların sağlık ekibi tarafından ağrıların sürekli değerlendirilmesi ve tedavi edilerek kontrol altında tutulması ile ağrısız klinik deneyim yaşamaları nedeniyle öğrencilerin ağrıyı farkedememeleri olabilir. Bir diğer nedeni öğrencilerin çocuklarda ağrı farkındalığının yeterince gelişmemiş olması ile birlikte yeterli teorik alt yapılarının, pratik deneyimlerinin olmaması ve ağrı tanılamada yetkinliğe ulaşamamaları olabilir. Ayrıca bir diğer neden olarak sağlık ekibinin ağrıya yaklaşımının yeterli düzeyde olmaması da düşünülebilir (33, 34).

Bu çalışmada toplam tanı üzerinden üçüncü sınıf öğrencilerinin oluşturduğu ağrı tanımlı bakım planı oranının dördüncü sınıf öğrencilerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (sırasıyla %7.1 ve %5.3; bakınız Tablo 1). Bunun nedeninin üçüncü sınıf öğrencilerinin bakım planı yaparlarken öğretim elemanlarından daha fazla destek almaları ve klinik uygulamada öğretim elemanları ile daha fazla birebir çalışmalarından kaynaklandığı düşünülebilir (35, 36). İnternlik eğitimlerini sürdüren dördüncü sınıf öğrencileri, klinik uygulamalarını öğretim elemanlarından bağımsız, hemşireler ile birebir çalışarak ve daha fazla sorumluluk alarak yerine getirmektedirler. Klinik alanda çalışan hemşireleri gözlemleyerek uygulamalarını yapan dördüncü sınıf öğrencilerinin bakım planlarında özellikle ağrı yönetiminde hemşirelerin yetersizliklerini yansıttıkları düşünülebilir (1, 3).

Konuyla ilgili olarak, Wilson ve Nelson'un yaptıkları bir literatür inceleme çalışmasında (2015) Orak hücre hastalığı olan adolesanların yaşadıkları ağrının hemşireler tarafından etkili şekilde yönetilemediği gösterilmiştir (37). Bu çalışmada öğrencilerin ağrı tanımlı bakım planlarında dördüncü sınıfların (%87.5) üçüncü sınıflardan (%59.6) daha eksiksiz olacak şekilde tanılama, amaç belirleme ve planlama yaptığı saptanmıştır. Benzer şekilde dördüncü sınıfların üçüncü sınıflara göre bakım planlarında daha eksiksiz uygulama (sırasıyla %75 ve %36.5) ve değerlendirme (%75 ve %32.7) bölümlerinin tamamlanmış olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). İnternlik eğitimini Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yapan dördüncü sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıf öğrencilere göre hem deneyim hem de teorik bilgilerinin daha fazla olması bu durumu açıklayabilir (36, 37).

Bu çalışmadaki önemli bir bulgu, üçüncü sınıfların bakım planlarının bir kısmında anneye yönelik ağrı tanısı oluşturulmasıdır (%9.6; bakınız Tablo 3). Çalışmada elde edilen bu bulgunun öğrencilerin çocuğu ailesiyle bir bütün olarak ele almaları esasına dayanan aile merkezli bakım felsefesinin yerleşmeye başladığını gösteren bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ayrıca üçüncü sınıf öğrencilerinin birebir öğretim elemanları ile klinik alanda uygulamaya çıkmaları, öğretim elemanları tarafından desteklenmelerini arttıran bir faktör olabilir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin bağımsız uygulama yapmalarının sonucu olarak hasta odaklı kaldıkları görülmektedir (35, 36).

Hemşireler tarafından çocuklarda ağrı fark edildiğinde, ağrının tanımlayıcı özelliklerinin sorgulanması önemlidir. Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin ağrı tanımlı bakım planlarının büyük çoğunluğunda ağrının yeri, türü, başlangıcı, süresi, niteliği, eşlik eden semptomlar ve arttıran/azaltan faktörleri kapsayan tanımlayıcı özelliklerden bir veya birkaç tanesini sorguladıkları saptanmıştır. Öğrenciler tarafından en çok sorgulanan ağrı bileşenlerinin ağrının şiddeti (üçüncü sınıflar %92.3 ve dördüncü sınıflar %100), yeri (üçüncü sınıflar %48.1 ve dördüncü sınıflar %50) ve türü (üçüncü sınıflar %25 ve dördüncü sınıflar %62.5) olduğu belirlenmişken ağrının başlangıcının, süre ve sıklığının hiç sorgulanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3). Literatürde öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili derinlemesine yapılmış çalışmalara rastanılmadığı için hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili yapılan çalışmalar incelenmiştir. Bu doğrultuda Habich ve Letizia'nın (2015) acil serviste çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin acil servise başvuran çocukların %88'inin ağrı şiddetini, %56'sının ağrının yerini, %24'ünün ağrının niteliğini, %29 ağrının başlangıcı ve %12 ağrının süresini değerlendirdiği belirlenmiştir (38). Çalışmanın bulgularına yakın sonuçlar elde edilen bu çalışma ile birlikte hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında hedef odaklı çalışmaları, ağrıya teknik yaklaşımda bulunmaları, ağrının başlangıç-süre ve sıklığını içeren detaylı ağrı öyküsünün alınmaması teorik bilginin uygulamaya yeterince aktarılamadığını göstermektedir (19, 38).

Bu çalışmada bakım planları incelenen hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun çocukların ağrısının şiddetini belirlerken bir ağrı değerlendirme yöntemi kullandıkları tespit edilmiştir (Tablo 3). Literatürde pediyatrik ağrı şiddetini belirlemede hemşirelerin öz bildirim, fizyolojik göstergeler, davranışlar, ebeveynlerin görüşleri ve kanıta dayalı araştırmalar sonucunda geliştirilen ağrı ölçeklerini kullanmaları önerilmektedir (6, 39). Bu çalışmada öğrenciler tarafından bakım planlarında en sık değerlendirilen parametreler beden dili (üçüncü sınıflar %25 ve dördüncü sınıflar %50) ve yüz ifadesi (üçüncü sınıflar %25 ve dördüncü sınıflar %75) iken çocukların yaşamsal bulguları ile fizyolojik ölçümlerinin, duygusal durumunun ve ebeveyn görüşlerinin az veya hiç sorgulanmadığı dikkat çekmiştir (Tablo 3). Al-Khawaldeh ve arkadaşlarının (2013) Ürdün'de hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetiminde bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, öğrencilere iki benzer senaryo verilmiş, klinik durumları ile görünüşleri hakkında bilgi verilen hastaların ağrılarını değerlendirmeleri istenmiştir. Hastalar sözel olarak 8/10 ağrı ifade etmiş, çocuklardan birinin acı dolu bir yüz, diğerinin gülümseyen bir yüz ifadesine sahip olduğu belirtilmiştir. Öğrenciler acı çeken yüzü olan çocuğun ağrısının daha şiddetli olduğunu ve daha fazla analjeziğe gereksinimi olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma, öğrencilerin hastanın sözel ifadesine değil, ağrıyı değerlendirmede hastanın görünümüne güvendiğini ortaya koymuştur. Ancak aynı çalışmada ağrı değerlendirme ile ilgili öğrencilerin yarısından fazlasının (%50,4) ağrı şiddetinin hastanın kendisi tarafından en iyi şekilde değerlendirilebileceğini bildirdiği belirlenmiştir. Çalışmada öğrencilerin %65.4'ü yanlış olarak yaşamsal bulguların her zaman hastanın ağrı şiddetinin güvenilir göstergeleri olduğuna inandıklarını belirttikleri de rapor edilen veriler arasındadır (40). Bu çalışmada Al-Khawaldeh ve arkadaşlarının çalışmasının aksine, üçüncü sınıfların büyük bir kısmının (%86.5), dördüncü sınıfların ise tamamının çocuğun yaşamsal bulgularını sorgulamadığı tespit edilmiştir (Tablo 3). Ayrıca bu çalışmada, diğer çalışmaya benzer şekilde öğrencilerin çocukların ağrısını değerlendirirken öz bildirim aldıkları ve dördüncü sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıflardan daha fazla çocukların öz bildirimine başvurdukları belirlenmiştir (üçüncü sınıflar %19.2 ve dördüncü sınıflar %50; Tablo 3). Son sınıftaki öğrencilerin klinik sorumluluklarının ve deneyim sürelerinin üçüncü sınıflara göre daha fazla olmasının, internlik programı gereği çocuklarla daha uzun süre bir arada bulunmalarının, çocuklarla iletişim ve çocuklara yaklaşımda öz yeterliliklerinin daha yüksek olmasını sağladığı düşünülebilir. Öğrencilerin ağrı tanılamaya yönelik yetersiz veri toplamalarının bir nedeni, klinikte hemşirelerin de bu konuda yeterli rol model olmamasından kaynaklanabilir (39, 40). Bu varsayımdan yola çıkarak, kronik ağrısı olan hastalarla çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin kronik ağrı tanısı için temelde belirledikleri tanımlayıcı özelliklerin öz bildirim, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde yetersizlik ve depresyon olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hemşirelerin çoğunlukla uyku düzeninde değişiklik (%74), depresyon (%73), insanlarla etkileşimde bozulma (%71), sempatik sistem aktivasyonu (vücut sıcaklığı, soğuk, vücut pozisyonunda değişim, hipersensitivite) (%70), yüz ifadesinde değişim (%68), irritabilite (%67), huzursuzluk (%61), iştahsızlık (%58), halsizlik (%54) eşlik eden semptomları kaydettikleri, ancak tüm ağrı bileşenlerinin sorgulanmasında yetersizliklerinin olduğu tespit edilmiştir (41).

Öğrencilerin incelenen bakım planlarında, büyük çoğunluğunun ağrı tanılama için bir ölçek kullandıkları (üçüncü sınıflar %92.3 ve dördüncü sınıflar %100) ancak yarısından fazlasının hangi ölçeği kullandıklarını veri formuna yazmadıkları dikkat çekmiştir (Tablo 3). Habich ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2012), pediyatri yoğun bakım hemşirelerinin çocuklara yönelik uygun ölçek kullanım oranının %51.6 olduğu, ünitelerde yapılandırılmış bir ağrı yönetim rehberinin uygulamaya geçirilmesinden altı ay sonrasında bu oranın %92.9'a yükseldiği rapor edilmiştir (42). Hemşirelerin içinde yer

aldığı ve sağlık çalışanlarını kapsayan pediyatrik ağrı değerlendirilmesinin incelendiği bir başka çalışmada, sağlık çalışanlarının %84'ünün ağrı değerlendirme yaptıkları ancak sadece %29'unun bir ölçüm aracı kullandığı belirlenmiştir (43). Yapılan bir başka çalışmada öğrenciler tarafından ağrı yönetiminde engeller konusunda en sık tespit edilen sorunlardan birinin klinik alanlarda çalışan hemşirelerin ağrı değerlendirme araç ve yöntemlerini kullanmaması (%72.1) olduğu tespit edilmiştir (40). Bu bulgulara benzerlik gösteren çalışmanın bulguları doğrultusunda, hemşirelik öğrencilerinin aldıkları temel eğitim ile verilen teorik bilgilerin henüz yeni olması, ölçek kullanım oranındaki yüksekliği açıklayabilir. Ancak hemşirelerin kanıt temelli çalışmalar sonrasında oluşturulan ağrı ölçeklerini istendik düzeyde kullanmamaları nedeniyle öğrencilere özellikle değerlendirme ve kayıt tutmada yeterli rol model olmadıkları düşünülebilir.

Bu çalışmada öğrencilerin bir kısmının veri toplama formlarında ağrı tanılama ve değerlendirme yaptıkları, ancak sonrasında hemşirelik tanısı koyarak hemşirelik sürecini başlatmadıkları saptanmıştır (üçüncü sınıflarda %40.4, dördüncü sınıflarda %12.5; Tablo 3). Çocuklarda ağrıyı saptayan öğrencilerin en sık koydukları hemşirelik tanısı akut ağrı (üçüncü sınıflar %90.3 ve 4. sınıflar 87.5) olmuştur. Bunun yanı sıra bu çalışmada üçüncü sınıfların bakım planlarının %9.7'si rahatta bozulma tanısını içerirken, dördüncü sınıfların bakım planlarının %12.5'inde kronik ağrı tanısının bulunduğu görülmüştür. Bu durumun öğrencilerin klinik uygulama sürelerinin kısa olması, ağrıyı kısa süre gözlemlenmeleri ve detaylı öykü almamalarından kaynaklandığı düşünülebilir (Tablo 3). Uysal ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada akut ağrı tanısını ele alan öğrencilerin %87'sinin tanıyı doğru yazdıkları, ancak problem etiyojisi ve semptom formatına göre akut ağrı tanısına yönelik verilerin %23'ünün yeterli olmadığı belirlenmiştir (33). Orkun ve Çınar Yücel tarafından (2017) yapılan ve bir üniversitenin hemşirelik fakültesine devam eden ikinci sınıfların bakım planlarında rahatta bozulma tanısını bakım planlarının %52.7'sinde ele alındığı belirlenmiştir (44). Çalışmada öğrencilerin rahatta bozulma tanısını koyma nedenleri incelendiğinde %33.3'ünün ağrı-bulantı yaşama nedeniyle oluşturulduğu saptanmıştır (44). Bu çalışmanın aksine, bu çalışmada rahatta bozulma tanısının oluşturulma nedenlerinin tamamında, ağrı faktörünün yer aldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin doğru tanılama için eksiksiz veri toplaması, toplanan verilerin doğru şekilde analiz edilmesi ve verilerin tanımlarla ilişkilendirilmesi konularında yetersizliklerinin olduğu görülmektedir. Öğrencilerin tanılamada yaşadıkları yetersizliklerin teorik bilginin yeterince kliniğe aktarılamaması, hastaya bütüncül yaklaşımda yetersizlik yaşamaları ve hemşirelerin de bu alanda bilgi eksiklikleri nedeniyle yeterli rol model olamamalarından kaynaklanabilir (33, 40, 44).

Öğrencilerin ağrı tanımlı bakım planlarında amaç yazdıkları ancak amaç ifadesinin büyük çoğunun yanlış yazıldığı saptanmıştır (üçüncü sınıflar %86.5 ve dördüncü sınıflar %100; Tablo 4). Bu çalışmanın aksine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin rahatta bozulma tanısına yönelik yazdıkları amaç cümlelerinin %15.3'ünün yanlış yazıldığı belirtilmiştir (44). Amaç cümlesi yazılırken hastaya özgü, ölçülebilir, ulaşılabilir, gerçekçi ve zamanlanmış ifadelerin kullanılması önerilmektedir (45). Öğrencilerin yazdıkları amaç cümlelerinin hemşirelik girişimlerini yerine getirmeye yönelik iş odaklı cümleler olduğu görülmüştür. Burada öğrencilerin hasta merkezli bakış açısının yeterince gelişmediği söylenebilir (44, 45).

Bu çalışmada üçüncü sınıf öğrencilerinin ağrı tanımlı bakım planlarının çoğunda hemşirelik girişimlerinin planlandığı ancak bu girişimlerden üçüncü sınıfların girişimlerinin tamamına yakınının yetersiz (%92.3), dördüncü sınıfların çoğunluğunun kısmen yeterli (%75) olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bu durumun son sınıfa devam eden öğrencilerin bilgi ve deneyimlerinin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Yine de yeterli düzeyde girişim yazılmaması ağrı yönetiminde eksiklikler olduğunu düşündürmüştür. Benzer şekilde bakım planlarında üçüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin planladıkları girişimlerin yaklaşık üçte birini uyguladıkları (%36.5), dördüncü sınıfların büyük çoğunluğunu uyguladıkları (%75) belirlenmiştir. Dördüncü sınıfların uygulamalarının çoğunluğunun kısmen yeterli olduğu (%87.5), üçüncü sınıfların ise yarıdan fazlasının yeterli düzeyde olmadığı (%63.5) saptanmıştır (Tablo 5). Keski ve Karadağ'ın (2010) hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, öğrencilerin planlama-uygulama aşaması ile ilgili sorulara en düşük yanıt verdikleri belirlenmiştir (46). Bu çalışma ile benzer şekilde öğrencilerin bilgi düzeylerinde ve klinik uygulamada yetersizlikler yaşadıkları görülmektedir. Genel olarak teorik bilginin kliniğe yansıtılmasında gözlenen sorunların öğrencilerin rehber hemşirelerle birebir çalışma, hemşirelerin yeterli rol model olma ve klinik uygulama rehberlerinin yetersizliği gibi nedenlerle ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çocuklarda ağrı yönetiminde hemşireler farmakolojik olmayan uygulamalar ve farmakolojik ajanların verilmesini kapsayan çeşitli uygulamalar yaparlar. Bu çalışmada öğrencilerin bakım planlarında farmakolojik uygulamalara yeterli düzeyde yer vermedikleri, en sık kullandıkları farmakolojik olmayan yöntemlerin ise fiziksel konfor, kontrollü solunum, klavuz hayal ve gevşeme yöntemleri olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin çoğunlukla aktif dikkati başka yöne çekme yöntemlerini kullandıkları tespit edilmiştir (üçüncü sınıflar %42.3, dördüncü sınıflar %62.5; bakınız Tablo 5). Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının çocukların ağrısının yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma oranının %25 olduğu belirtilmiş, en sık kullanılan yöntemin %28 oranında oyun ile aktif dikkati başka yöne çekme olduğu, fiziksel konforun sağlanmasının %11 oranında kullanıldığı rapor edilmiştir (43). Sağlık çalışanlarının farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma durumuna göre bu çalışma verilerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Öğrencilerin öğretim elemanları ile birlikte uygulama yapmalarının sonuçların yüksek olmasında etkili olduğu düşünülebilir (35, 43).

Araştırmada üçüncü sınıf öğrencilerinin ağrı tanımlı bakım planlarının yarısına yakınında (%42.3) ve dördüncü sınıfların büyük çoğunluğunda (%87.5) opioid olmayan ilaçlara yer verildiği belirlenmiştir. En sık uyguladıkları opioid olmayan ilaçların parasetamol (%72.2) ve ibuprofen (%8.3) olduğu, bakım planlarında öğrencilerin hiçbirinin opioid ve adjuvan ilaçlardan bahsetmediği saptanmıştır (Tablo 5). Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada çocukların ağrısının yönetiminde %78 oranında farmakolojik ajanların kullanımından bahsedildiği belirlenmiştir (43). Literatürde klinik alanda çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerini değerlendiren çalışmalarda özellikle ağrı yönetiminde farmakolojik ajanların kullanımı konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada görüldüğü üzere farmakolojik ajanların hem öğrencilerin hem de sağlık çalışanlarının en çok uyguladıkları girişim olması dikkat çekicidir (1, 47).

Literatürde yayınlanan rehberlerde ağrıya yönelik yapılan girişimler sonrasında ağrının 30-60 dakika sonrasında yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir (42, 48, 49). Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin ağrı tanımlı bakım planlarında üçüncü sınıfların yaklaşık üçte birinin (%30.8) ve dördüncü sınıfların dörtte üçünün (%75) uyguladıkları girişimler sonrasında ağrıyı yeniden değerlendirdikleri belirlenmiştir (Tablo 6). Bir pediatri yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler ile yapılan çalışmada ağrı yönetim rehberi uygulamasından önce hemşirelerin çocukların ağrısını %30 oranında yeniden değerlendirdiği, rehber uygulamasından altı ay sonra bu oranın %69.4'e yükseldiği belirlenmiştir (42). Bu çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğunun bakım verdikleri çocukların ağrısını vardiyada bir kez olacak şekilde değerlendirdikleri dikkat çekmiştir (Tablo 6). Dördüncü sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıflara göre daha yüksek oranda ağrıyı yeniden değerlendirmelerinin ağrı yönetiminde daha deneyimli olmaları ve daha fazla çocuklarla çalışmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca literatüre benzer bulgu elde edilen bu çalışmada, ağrının yeniden değerlendirilmesinin istenilen düzeyde olmamasının nedeninin hastanede ağrı yönetimi konusunda yeterli denetlenen bir prosedür olmaması ve/veya hemşirelerin bu prosedüre uyumlarının düşük olması olabilir (38, 50).

Araştırmaya katılan üçüncü sınıfların ağrı tanımlı bakım planlarının yarısından fazlasında (%59.6) ve dördüncü sınıfların çoğunluğunda (%87.5) sonuç bölümünün yazıldığı saptanmıştır. Öğrencilerden üçüncü sınıflar ağrının devam ettiği (%30.8) ve azaldığı (%23.1) şeklinde sonuç değerlendirmesi yaparken, dördüncü sınıfların yarısından fazlasının ağrının tamamen geçtiğini (%62.5) ve az bir kısmının da azaldığını (%25) belirttiği tespit edilmiştir (Tablo 6). Hemşirelerin bir pediatri yoğun bakım ünitesinde yatan çocukların ağrısının azalmasını hedefledikleri çalışmada, ağrı yönetimi eğitimi ve rehber uygulamasının başlatılmasından önce hedefe ulaşma durumları %26.7, rehber uygulamasının başlatılmasından üç ay sonra %24.7 ve altı ay sonrasında %25 olacak şekilde hedefe ulaştıkları belirlenmiştir (42). Bu çalışmada literatüre benzer şekilde öğrencilerin hem dokümantasyon hem de ağrının sonuç değerlendirmesi ve ağrı yönetiminde hedefe ulaşmada yetersizliklerinin olduğu görülmüştür. Bu durumun öğrencilerin hemşirelik sürecinin tüm bileşenlerini bütüncül olarak hasta merkezli değerlendirmede bilgi, deneyim ve rol modeli yetersizliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir (38, 50).

Kısıtlılıklar

Literatürde öğrenci hemşirelerin bakım planlarında pediyatrik ağrı yönetimini inceleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışma sonuçlarının literatürle tartışılmasında hemşirelik öğrencilerinin yetişkin hastalara yönelik yaptıkları bakım planlarındaki ağrı değerlendirmeleriyle ilgili çalışma sonuçları ve hemşirelerin ağrı yönetiminin incelendiği çalışma bulguları kullanılmıştır. Bu çalışma için bu durum bir sınırlılık oluşturmuştur.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Hemşirelik öğrencilerinin bakım planlarında ağrı tanısına yeterli düzeyde yer vermedikleri, ağrı tanımlı bakım planlarında tanılama, değerlendirme, amaç belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında yetersizlik ve eksikliklerinin olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik eğitiminde özel hasta gurbu olan çocukların sorunlarının çözümlenmesinde hemşirelik sürecinin kullanımı, verilerin yeterli düzeyde toplanması, analiz edilmesi ve çözümlenmesine yönelik öğrencilere daha fazla danışmanlık ve klinik uygulama fırsatı sağlanması yararlı olabilir. Konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması, mevcut durum konusunda daha fazla bilgi verebilir.

Çıkar Çatışması

Araştırmacılar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Ekim A, Ocakcı AF. Knowledge and attitudes regarding pain management of pediatric nurses in Turkey. *Pain Management Nursing*. 2013;14(4):262-97.
2. Göl İ, Onarici M. Hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;2(3):20-9.
3. Huth MM, Gregg TL, Lin L. Education changes mexican nurses' knowledge and attitudes regarding pediatric pain. *Pain Management Nursing*. 2010;11(4):201-8.
4. Ortiz MI, Ponce-Monter HA, Rangel-Flores E, Castro-Gamez B, Romero-Quezada LC, O'Brien JP, et al. Nurses' and nursing students' knowledge and attitudes regarding pediatric pain. *Nursing Research and Practice*. 2015;2015:1-8.
5. Vincent CVH, Wilkie DJ, Wang E. Pediatric nurses' beliefs and pain management practices: An intervention pilot. *Western Journal of Nursing Research*. 2011;33(6):825-45.
6. Büyükgönenç L, Törüner EK. Çocukluk yaşlarında ağrı ve hemşirelik yönetimi. In: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B, editors. *Pediyatri hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2013.
7. AAP, APS. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. American academy of pediatrics. Committee on psychosocial aspects of child and family health. American pain society. Task force on pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*. 2001;108(3):793-7.

8. Manworren RCB. Pediatric nurses' journeys to relieve children's post-operative pain. Arlington: The University of Texas 2010.
9. Ung A, Salamonson Y, Hu W, Gallego G. Assessing knowledge, perceptions and attitudes to pain management among medical and nursing students: a review of the literature. *British Journal of Pain*. 2016;10(1):8-21.
10. Hutchison RW. Challenges in acute post-operative pain management. *Am J Health-Syst Pharm*. 2007;64(Suppl 4):2-5.
11. Twycross A, Dowden SJ. Status of pediatric nurses' knowledge about pain. *Pediatric Pain Letter*. 2009;11(3):17-21.
12. Zeltzer LK, Bush JP, Chen E, Rivala A. A psychobiologic approach to pediatric pain: Part i. History, physiology, and assessment strategies *Current Problems in Pediatrics*. 1997;27(6):225-53.
13. Oddson BE, Clancy CA, McGrath PJ. The role of pain in reduced quality of life and depressive symptomology in children with spina bifida. *Clin J Pain*. 2006;22(9):784-9.
14. Palermo TM. Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2000;21(1):58-69.
15. Kortessluoma R-L, Nikkonen M, Serlo W. "You just have to make the pain go away"— Children's experiences of pain management. *Pain Management Nursing* 2008;9(4):143-9.
16. Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, Martinez-Kratz M. Hemşirelik süreci, klinik akıl yürütme, hemşirelik tanısı ve kanıta dayalı hemşirelik In: Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, editors. Hemşirelik tanıları el kitabı bakım planlamasında kanıta dayalı rehber Onbirinci baskı ed. Ankara Ankara Nobel Tıp Kitabevleri 2019. p. 1-15.
17. Gallagher-Lepak S. Hemşirelik tanısının temelleri In: Herdman TH, Kamitsuru S, editors. Hemşirelik tanıları tanımlar ve sınıflandırma 2015-2017. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2018. p. 24-8.
18. Birol L. Hemşirelik süreci hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım 10. baskı ed. İzmir İmaj Basım Yayın 2016.
19. Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri 2017.
20. WHO. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2012.
21. Cooney MF, Pasero C, Sullivan D. Akut Ağrı ve Kronik Ağrı In: Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, editors. Hemşirelik tanıları el kitabı bakım planlamasında kanıta dayalı rehber Onbirinci baskı ed. Ankara Ankara Nobel Tıp Kitabevleri 2019. p. 639-54.
22. Korhan E. Ağrı: Akut, Kronik, Rahatlığın Bozulması In: İlhan SE, Ançel G, Yönt GH, editors. Hemşirelik tanıları girişimleri sonuçları. Ankara: Andaç yayınları 2017. p. 11-23.
23. Kolcaba K. Bozulmuş konfor In: Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, editors. Hemşirelik tanıları el kitabı bakım planlamasında kanıta dayalı rehber Onbirinci baskı ed. Ankara Ankara Nobel Tıp Kitabevleri 2019. p. 219-22.
24. Twycross A, Unsworth V. The assessment and management of postoperative pain. In: Chambers MA, Jones S, editors. *Surgical Nursing of Children*. London: Butterworth Heinemann of Elsevier; 2007.
25. Woldehaimanot TE, Saketa YJ, Zeleke AM, Gesesew HA, Woldeyohanes TR. Pain knowledge and attitude: a survey among nurses in 23 health institutions in Western Ethiopia. *Gaziantep Med J*. 2014;20(3):254-60.
26. Lunsford L. Knowledge and attitudes regarding pediatric pain in Mongolian nurses. *Pain Management Nursing*. 2015;16(3):346-53.
27. Dirimeşe E, Özdemir FK, Şahin ZA. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri, kültürel farkındalıkları ve yeterlilikleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;5(3):1-6.
28. Laprise J. Identification of student nurses' knowledge and attitudes regarding pediatric pain management. *University Scholar Projects*. 2016;Paper 28.(http://digitalcommons.uconn.edu/usp_projects/28).
29. Romero-Hall E. Pain assessment and management in nursing education using computer-based simulations. *Pain Management Nursing* 2015;16(4):609-16.

30. Keefe G, Wharrad HJ. Using e-learning to enhance nursing students' pain management education. *Nurse Education Today*. 2012;32(8):e66-e72.
31. Carr ECJ. Evaluating the use of a pain assessment tool and care plan: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26(6):1073-9.
32. Rosner C, Kiehne A-M. Study guide for Ashwill and Droske nursing care of children: Principles and practice. USA: W.B Saunders Company; 1997.
33. Uysal N, Arslan GG, Yılmaz İ, Alp FY. Hemşirelik İkinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanıları ve verilerin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016;2(5):139-43.
34. Leon PAPd, Nóbrega MMLd. Nursing diagnosis in hospitalized children using NANDA-I: A case study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2012;11(1):68-77.
35. Brown J, Stevens J, Kermode S. Supporting student nurse professionalisation: The role of the clinical teacher. *Nurse Education Today*, 2012;32(5):606-10.
36. Papastavrou E, Lambrinou E, Tsangarib H, Saarikoskic M, Leino-Kilpi H. Student nurses experience of learning in the clinical environment. *Nurse Education in Practice*. 2010;10(3):176-82.
37. Wilson BH, Nelson J. Sickle cell disease pain management in adolescents: A literature review. *Pain Management Nursing*. 2015;16(2):146-51.
38. Habich M, Letizia M. Pediatric Pain Assessment In the Emergency Department: A Nursing Evidence-Based Practice Protocol. *Pediatric Nursing*. 2015;41(4):198-202.
39. Predebon CM, da Cruz DdALM, Matos FGdOA, Ferreira AM, Pasin S, Rabelo ER. Evaluation of Pain and Accuracy Diagnostic in Hospitalized Children. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2012;23(2):106-13.
40. Al-Khawaldeh OA, Al-Hussami M, Darawad M. Knowledge and attitudes regarding pain management among Jordanian nursing students. *Nurse Education Today*. 2013;33(4):339-45.
41. Zeleníková R, Maniaková L. Chronic Pain: Content Validation of Nursing Diagnosis in Slovakia and the Czech Republic. *Int J Nurs Terminol Knowledge*. 2015;26(4):187-93.
42. Habich M, Wilson D, Thielk D, Melles GL, Crumlett HS, Masterton J, et al. Evaluating the Effectiveness of Pediatric Pain Management Guidelines. *Journal of Pediatric Nursing*. 2012;27(4):336-45.
43. Martins Linhares MB, Oliveira NCAC, Doca FNP, Martinez FE, Carlotti APP, Finley GA. Assessment and management of pediatric pain based on the opinions of health professionals. *Psychology & Neuroscience*. 2014;7(1):43-53.
44. Orkun N, Yücel ŞÇ. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin rahatta (konforda) bozulma hemşirelik tanısını kullanma durumları. *HSP*. 2017;4(3):162-70.
45. Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, Martinez-Kratz M. Hemşirelik süreci, klinik akıl yürütme, hemşirelik tanısı ve kanıta dayalı hemşirelik In: Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, editors. Hemşirelik tanıları el kitabı bakım planlamasında kanıta dayalı rehber. 11. Baskı ed. Ankara Ankara Nobel Tıp Kütüphaneleri 2019.
46. Keski Ç, Karadağ A. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik süreci hakkındaki bilgi düzeylerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2010;12(1):41-52.
47. Tufekci FG, Ozlu ZK, Arslan S, Gumus K. Knowledge and attitudes regarding pain management of oncology and non oncology nurses in Turkey. *Global Advanced Research Journal of Nursing and Midwifery*. 2013;2(1):001-8.
48. Gordon DB, Rees SM, McCausland MP, Pellino TA, SueSanford-Ring, Smith-Helmenstine J, et al. Improving reassessment and documentation of pain management. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2008;34(9):509-17.
49. Kuşuoğlu S. Çocuklarda Ağrı In: Aslan FE, editor. Ağrı Doğası ve Kontrolü İstanbul Avrupa Tıp Kitapçılık; 2006. p. 302-17.
50. Rieman MT, Gordon M. Pain management competency evidenced by a survey of pediatric nurses' knowledge and attitudes. *Pediatric Nursing*. 2007;33(4):307-12.

Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği

Elif GÜNAY İSMAİLOĞLU* Handan ÖZDEMİR** Ahmet EROL*** Ayten ZAYBAK****

Öz

Giriş: Sağlık bakım sisteminde bireylerin daha kolay ölçülebilen fiziksel gereksinimleri öncelikle ele alınmakta, buna karşılık spiritüel gereksinimler gözden kaçabilmektedir. Spiritüel gereksinimler daha soyut ve karmaşık olduğu için ölçümü güçtür. Literatür incelendiğinde ülkemizde hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleyecek herhangi bir ölçeğin olmadığı görülmektedir. **Amaç:** Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır. **Yöntem:** Metodolojik tipte olan araştırma, Nisan- Ağustos 2016 tarihlerinde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi dâhiliye ve cerrahi kliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini dâhiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, bu evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan 110 hasta oluşturmuştur. **Bulgular:** Çalışmada kapsam geçerliğini belirlemek için hesaplanan KGO değeri 3-4 puan ortalaması aralığındadır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda iki faktörden oluştuğu tespit edilen ölçeğin faktör yükleri, birinci faktör için 0.41 ile 0.88, ikinci faktör için 0.33 ile 0.90 arasındadır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .935$ 'dir. Ölçeğin tamamının ve alt gruplarının madde toplam puan korelasyonu ise $r = .30$ 'un üzerinde bulunmuştur. **Sonuç:** Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin Türkiye'de hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede geçerli ve güvenilir olduğu söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Spiritüel Bakım, Spiritüalite, Geçerlik, Güvenirlik.

Abstract

Health Risks in Nursing Students' Clinical Applications

Background: In the health care system, the more easily measurable physical needs of the individual are addressed first, whereas the spiritual requirements are overlooked. It is difficult to measure because spiritual needs are more abstract and complex. When the literature is examined, it is seen that in our country there is no scale to determine the spiritual care needs of the patients. **Objectives:** The aim of this study was to determine the validity and reliability of the Turkish version of the Spiritual Care Needs Inventory. **Methods:** This methodological study was carried out at the internal medicine and surgical clinics of Ege University Medical Faculty Hospital between April and August 2016. The study's universe consisted of patients in internal medicine and surgical clinics. The sample of the study included 110 patients who agreed to participate in the study and who met the inclusion criteria. **Results:** The KGO value calculated to determine the scope coverage in the study is in the range of 3-4 points' average. The factor loadings of the scale which is found to be composed of two factors as a result of explanatory factor analysis are between 0.41 and 0.88 for the first factor and between 0.33 and 0.90 for the second factor. The Cronbach alpha internal consistency coefficient of the scale is $\alpha = .935$. The item total score correlation of the complete scale and subgroups of the scale was found to be above $r = .30$. **Conclusion:** The Spiritual Care Need scale has been determined to be valid and reliable to determine the spiritual care needs of patients in Turkey.

Key Words: Spiritual Care, Spirituality, Validity, Reliability.

Geliş tarihi: 03.08.2018 **Kabul tarihi: 30.09.2019**

Din, inanç, maneviyat gibi kavramlarla karıştırılan spiritüalite çok çeşitli anlamlarda kullanılabilen subjektif bir kavramdır (1, 2). Merkezinde yaşamın anlam ve amacını araştırma olan spiritüalite (3-5), aynı zamanda bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini anlama çabasıdır (2,6,7). Varlığın bedenden bağımsız bir ruhsal yapı olduğu öncümü benimsemiş ve beden ve ruhu etkileyen ve etkilenen "birleştirici güç" olarak da tanımlanmıştır (6-8).

Tüm insanlar doğumdan itibaren var olan spiritüel bir boyuta sahiptir. İnsanların spiritüel yönü, fiziksel, duygusal ve sosyal yönü kadar önemlidir (2,4,9). Bu nedenle, her birey spiritüel boyutunu destekleyecek spiritüel gereksinimleri sahiptir (1,10). McSherry ve Jamieson (2011); umut ve güç kaynağı, kişisel inanç ve değerlerin ifadesi; manevi uygulamalar ve Tanrı ya da tanrıya bağlılık kavramının ifadesi olan en önemli manevi bakım ihtiyaçlarından bahsetmiştir (11). Spiritüel gereksinimler spiritüel uygulamalar yoluyla karşılanır (4,12). Spiritüel uygulamalar, bireyin pozitif yaşam biçimini destekleyerek kendi üstünlüğünün farkında olmasını, bireysel memnuniyetin artmasını, anksiyetenin azalmasını, umutlu, güçlü ve barış içerisinde olmasını sağladığından; sağlık ve hastalık üzerinde olumlu etkileri bulunduğu bildirilmektedir (4,12-16).

Uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklar ve yaşam kalitesini azaltan durumlarda, bireylerin fiziksel, emosyonel, ruhsal ve sosyal gereksinimleri yanında spiritüel gereksinimlerini de artırmaktadır. Spiritüel gereksinimler ve psikososyal gereksinimler, fiziksel gereksinimlere göre daha soyut ve karmaşık olup aynı zamanda ölçümü güçtür. Bu nedenle bireyin sağlık bakımında daha net ve kolaylıkla ölçülebilen fiziksel gereksinimler öncelikle ele alınmakta, buna karşılık spiritüel gereksinimler gözden kaçabilmektedir (17,18). Ancak bireylerin spiritüel gereksinimlerinin de tanımlanması ve gerekli bakımın sağlanması önemlidir (17). Bunun için, ilk önce spiritüalitenin doğası ve spiritüel gereksinimlerin nasıl ifade edildiği aydınlatılmalıdır (9,19).

Geçmişte, bireyin ruhsal boyutu yalnızca dinsel bağlantılarla sınırlı kalmıştır (20). Sağlık bakımında giderek önem kazanan spiritüel boyut; fiziksel, emosyonel, psikolojik ve sosyal boyut kadar iyi değerlendirilmelidir (21). Fiziksel ve psikososyal boyutun üstünde ve var olmanın daha ötesinde bir boyut olan spiritüel boyuta yönelik hemşirelik bakımının önemi

Bu çalışma, 11-12 Eylül 2017 tarihlerinde İzmir'de Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi'nde sunulmuştur. * Dr. Öğr. Üyesi, Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye. E-mail: gunayelif2011@hotmail.com, **ORCID No: 0000-0002-9152-3469**, ** Araştırma Görevlisi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Burdur, Türkiye. **ORCID No: 0000-0002-1364-4900**, *** Araştırma Görevlisi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye. **ORCID No: 0000-0001-7060-2101**, **** Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye. **ORCID No: 0000-0002-3158-2790**.

ve spiritüel bakımı içine alan bütüncül bakımın gerekliliği, günümüzde hemşireler tarafından artık kabul edilmektedir (18,19,22-24). Çünkü, hemşireler gece gündüz hasta bakımında bütüncül bakımı sürdürmekten sorumludurlar (25,26). Bütüncül hemşirelik yaklaşımı, spiritüel bakımın göz ardı edilmemesini vurgular. Kaliteli bakımın bir parçası olan spiritüel bakımın niteliği, hemşirelerin hastalarla iletişimlerinde bakım, şefkat, neşe ve nezaket gösterme, mahremiyet ve onuruna saygı duyma ve kültürel ve dini inançlarını destekleme ile ilgilidir (27). Spiritüel bakım, hastaların hayatın anlamını anlamalarına, iç huzura kavuşmalarına, hastalıklarının üstesinden gelmelerine, kriz durumlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olabilecek başatme stratejilerini geliştirmesine, gelecek için plan yapmalarına, iyileşme sürecinin hızlanmasına olanak sağlar (2,3,14). Literatürde bu ifadeyi destekleyen; spiritüel gereksinimlerin hasta gereksinimi olarak kabul edilmesi, hemşirelerin tedavi ve bakım uygulamaları kapsamında, hasta ve yakınlarının spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurması ve spiritüel yönden desteklenebilmesi için gerekli olan ortam ile koşulların önceden hazırlanmasının önemini belirten çalışmalar bulunmaktadır (2,5,12,13,20,28-33).

Ülkemizde yapılan spiritüel bakıma yönelik çalışmalar incelendiğinde; spiritüel bakımın önemini (10,12,32,34,35), hasta yakınlarının spiritüel bakım gereksinimlerini (33), hemşirelerin/öğrencilerin spiritüel bakıma ilişkin görüşlerini ve bilgilerini inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte (5,16,36-38) hastaların spiritüel bakım ihtiyaçlarını konu alan çalışmaların olmadığı görülmektedir. Hastaların spiritüel bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi bütüncül bakımın önemini algılanmasını ve bakımın kalitesinin artırılmasını sağlayacaktır. Ayrıca farklı inanç değerlerine sahip hastaların spiritüel ihtiyaçlarının ortaya çıkarılması, bakımın bireyselliğini ön plana çıkararak hastanın bakıma daha fazla katılmasını destekleyecektir. Bunun için de hastaların spiritüel bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde kullanılacak standart ölçüm araçlarına gereksinim vardır. Ancak ülkemizde hastaların spiritüel bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesine yönelik olarak geliştirilmiş herhangi bir standart form veya ölçeğe rastlanmamıştır. Bu anlamda geçerlik güvenilirlik çalışmalarının yapıldığı ölçüm araçlarının literatüre kazandırılması gerekmektedir. Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik ölçüm araçlarının literatüre kazandırılmasının, yeni değerlendirme araçları için kaynak oluşturması bakımından da gerekli olduğu düşünülmektedir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma, SBGÖ'nün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılmış metodolojik tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri

Araştırma 30 Nisan- 30 Ağustos 2016 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, üniversite hastanesinin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan, araştırmayı katılmayı kabul eden, 18-65 yaş aralığında olan, anket ve ölçek sorularını cevaplayabilecek bilinç düzeyinde olan ve iletişim kurmada herhangi bir sıkıntısı olmayan hastalar arasından olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilen bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem sayısının belirtilen ölçek madde sayısının en az beş katı olması gerektiği bilgisine dayanılarak (SBGÖ madde sayısı 21 x 5 = 105 olması hedeflenmiştir (39). Araştırma için ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 110 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; "Birey Tanıtım Formu" ve "Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği" kullanılmıştır.

Birey Tanıtım Formu: Hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için geliştirilen birey tanıtım formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, dini inanç tercihi (Bir dini inanca sahip değil, Müslüman, Hristiyan, Diğer), dini aktiviteleri yerine getirme sıklığına (Hiç, Nadiren, Düzenli) ilişkin sorulardan oluşmuştur.

Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (Spiritüel Care Needs Inventory): Wu ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilen ölçek, hastaların spiritüel bakım gereksinimleri hakkında bilgi vermektedir (40). Ölçeğin diğer ölçeklerden farkı, hastaların hastaneye yatış nedenlerine bakılmaksızın tüm hastalarda ve farklı dini inançlara sahip hastalarda kullanılabilmesidir. SBGÖ, 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki maddelerde, hastaların potansiyel spiritüel bakım gereksinimleri yer almaktadır. Hastalardan her bir maddedeki spiritüel bakım ihtiyacının kendileri için gereklilik durumlarını 5'li likert tipte derecelendirmeleri istenmektedir. Değerlendirme ise, 1 = "Hiç gerekli değil", 2 = "Gerekli değil", 3 = "Fark etmez", 4 = "Gerekli", 5 = "Kesinlikle gerekli" şeklindedir. Ölçek toplam puan ortalamasının artması, hastanın daha fazla spiritüel bakım gereksinimi olduğunu gösterir. Ölçek "anlam ve umut" ve "önemseme ve saygı" olmak üzere 2 bileşenden oluşmaktadır. Anlam ve umut bileşeni, ruhsal iyi olmanın kendine, doğaya ve çevresel faktörlere yönelik ifadeleri; önemseme ve saygı bileşeni ise diğer kişilerle ilişkiye yönelik ifadeleri içerir. Ölçeği geliştiren Wu ve ark çalışmasında (2016), genel ölçek iç tutarlık Cronbach Alfa değer $\alpha = .96$, "anlam ve umut" bileşeninin Cronbach Alfa değerleri $\alpha = .96$ ve "önemseme ve saygı" bileşeninin Cronbach Alfa değerleri $\alpha = .91$ olarak bulunmuştur (40). Bu çalışmada genel ölçek iç tutarlık Cronbach Alfa değeri ise $\alpha = .94$ 'dür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. SBGÖ'nün kapsam geçerliğini belirlemek için uzman görüşüne başvurulmuştur. Ölçeğin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için Keiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's küresellik testi yapılmıştır. Yapı

geçerliğini belirlemek için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin, güvenilirliğini belirlemek için iç tutarlılık Cronbach alpha güvenirlilik katsayısı ve madde toplam puan analizi için korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan (31.05.2016 tarih ve 194 sayı) gerekli izinler alınmıştır. Bununla beraber araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı ve araştırma kapsamına alınacak olan hastalardan yazılı ve sözlü izin alınmıştır. Türkçeye uyarlanacak olan SBGÖ'nü geliştiren yazarlardan elektronik ortamda yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 48.86 ± 17.14 olup, %55'i kadın, %45'i ilköğretim mezunudur. Hastaların tamamına yakını (%99) Müslüman olup, yarısı (%50) dini aktivitelerini nadiren yerine getirdiğini bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	n	%
Yaş (Ort±SS)	48.86 ± 17.14	
Cinsiyet		
Kadın	60	55
Erkek	50	45
Eğitim düzeyi		
Okur yazar değil	10	9.1
İlköğretim mezunu	49	44.5
Lise mezunu	30	27.3
Üniversite mezunu	18	16.4
Yüksek lisans/Doktora mezunu	3	2.7
Dini inancı		
Müslüman	109	99
Diğer	1	1
Dini aktivitelerini yerine getirme sıklığı		
Hiç	7	6.4
Nadiren	55	50
Düzenli	48	43.6

Geçerlik Çalışması

Araştırmada ölçeğin geçerliğini saptamak için dil eşdeğerliği, kapsam/içerik geçerliği ve yapı geçerliği incelenmiştir.

Dil Geçerliği

SBGÖ'nün, Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik geçerliliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Araştırmacı tarafından çevirisi yapılan ölçek daha sonra İngilizceyi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan dört kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, en uygun ifadeler seçildikten sonra oluşturulan ölçeğin son hali yeniden İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin İngilizce'ye çevirisi (back translation) İngiliz Dili ve Edebiyatı uzmanı ve uzun bir süre yurtdışında kalmış olan ve ölçeğin İngilizce halini görmeyen bir uzman tarafından yapılmıştır. İngilizce'ye çevrilmiş olan ölçek, bağımsız biri tarafından tekrar Türkçe'ye çevrilmiştir. Geri çevirinin orijinal ölçek ifadeleriyle karşılaştırılması yapıp, gerekli düzeltmelere gidildikten sonra Türkçeleştirilen form, içerik geçerliliği açısından 10 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Öneriler doğrultusunda daha anlaşılır hale getirilen ifadelerle ölçeğe son şekli verilmiştir.

Kapsam Geçerliği

Çalışmada, çevirisi ve geri çevirisi yapılmış form, konuyla ilgili 10 uzman hemşire akademisyen görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan ölçek maddelerini ayırt edicilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk açısından incelemeleri istenmiştir. Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanabilmesi için uzmanlara, 1 = uygun değil, 2 = maddenin uygun hale getirilmesi gerekir, 3 = oldukça uygun ancak ufak değişiklikler gerekiyor ve 4 = çok uygun biçiminde değerlendirme seçeneklerinin bulunduğu bir form verilmiştir. Uzmanlardan, formdaki her maddeye 1 ile 4 arasında puan vermeleri istenmiştir. Kapsam geçerliliğinde uzmanların maddelere verdikleri puanlar incelendiğinde maddelerin puan ortalamaları 3-4 arasında değişmektedir. SBGÖ'nün alt grupları için kapsam geçerlik oranı (KGO) değerleri; 3-4 puan ortalaması aralığındadır. Çalışmada her maddenin KGO pozitif (0'dan büyük) olması nedeniyle hiçbir madde ölçekten çıkartılmamıştır. Çalışmada ölçeğin alt boyutlarının kapsam geçerlik indeksi (KGI) değeri ise sırasıyla, 3.42 ve 3.71'dir. Uzman görüşleri doğrultusunda 3,5,12,13. maddelerde bazı ifadeler değiştirilmiştir. Anlam bütünlüğü ve dilde sadeliğin sağlanması için çeşitli ekleme/çıkarmalar yapılmıştır. Madde 3'te "doğa ile bağlantı kurmak" ifadesi anlaşılmadığından "doğa ile ilgilenme" olarak değiştirilmiştir. Madde 5'te "hayatın anlam ve amacını keşfetmek" ifadesi "hayatın anlam ve amacını bulmak" olarak değiştirilmiştir. Madde 12'de "bana cesaret kazandırılması" ifadesi anlaşılmadığından "cesaretlendirilmeye" olarak değiştirilmiştir. Madde 13'te "İbadet yeri" ifadesi "ibadethane" olarak değiştirilmiştir.

Yapı Geçerliliği

Faktör analizi öncesinde örneklemin faktör analizine uygunluğu KMO örnekleme yeterliliği ölçüsü ve SBGÖ puanlarının faktör analizi için uygunluğu ise Bartlett's küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın analiz sonuçlarında, KMO değeri 0.868 ve Bartlett's testi sonuçları ise $\chi^2 = 1355.065$, $p = .000$ 'dır.

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla öncelikle Açıklayıcı Faktör Analizi yapılmış, daha sonra elde edilen faktör yapısının Türk örneklemini için doğrulanıp doğrulanmadığını belirlemek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Çalışmada yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda SBGÖ'nün Türkçe formunun Faktör 1 (1-12, 14) ve Faktör 2 (13, 15-21) olmak üzere iki faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Bu faktörler sırasıyla "anlam/umut" ve "önemseme/saygı" olarak belirlenmiştir. Her faktörün öz değerlerinin birin üzerinde olduğu bulunmuştur (Faktör 1 = 9.45, Faktör 2 = 2.04). Çalışmada, birinci faktör toplam varyansın %45.02'sini, ikinci faktör toplam varyansın %9.74'ünü açıklamakta olup, her iki faktör toplam varyansın en çok %54.76'sını açıklamaktadır. Çalışmada, birinci faktör için maddelerin faktör yükleri 0.41 ile 0.88 arasında, ikinci faktör için 0.44 ile 0.90 arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. SBGÖ'nün alt gruplarının faktör analizi sonuçları

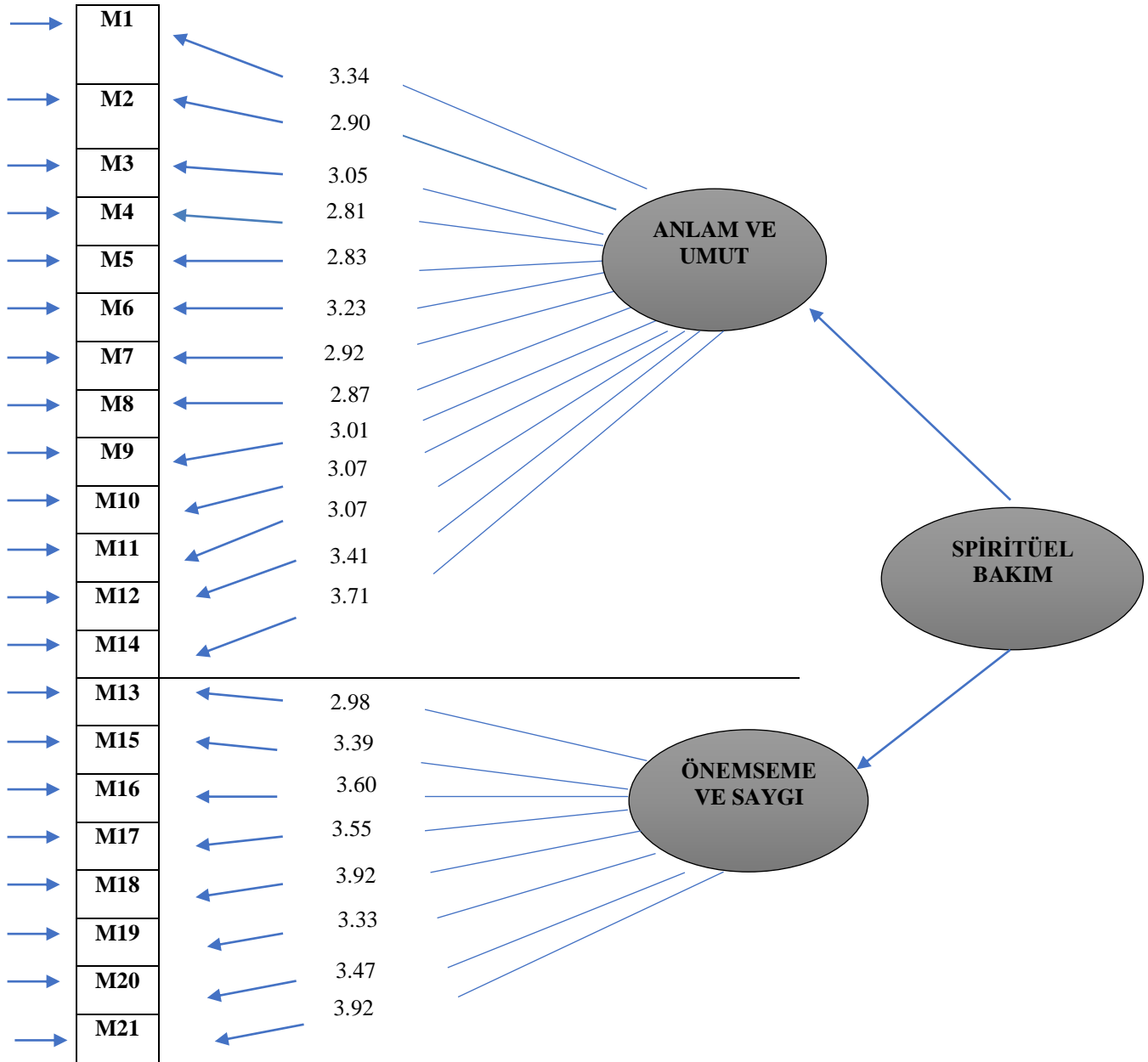
Maddeler	Faktörler	
	1.Anlam ve umut	2.Önemseme ve saygı
1. Dünya ile barış içinde olmak için rehberliğe	.570	
2. Kendimi ifade edebilmemde sanat ve yaratıcılığı kullanmak için rehberliğe	.802	
3. Doğa ile ilgilenmem rehberliğe	.885	
4. Suçluluk duygusunun ortadan kaldırılmasına	.678	
5. Hayatın anlam ve amacını bulmak için rehberliğe	.785	
6. Hayatta sıkıntılarla karşılaştığımda hayatın anlamını bulmak için rehberliğe	.436	
7. İçinde bulunulan anı yaşamak için rehberliğe	.471	
8. Güven duymak için rehberliğe	.569	
9. Manevi iletişime imkan sağlanması için rehberliğe	.601	
10. İç huzuru bulmak için rehberliğe	.505	
11. Hayatta umutlu olmak için rehberliğe	.511	
12. Cesaretlendirilmeye	.410	
14. Bana iyilik duygusu kazandırılmasına	.539	
13. Bir ibadethane bulmak için rehberliğe		.448
15. Bana destek ve güven verilmesine		.744
16. Benimle etkileşim kurulmasına (karşılıklı konuşma, sohbet etme gibi)		.858
17. Bana ilgi gösterilmesine		.879
18. Mahremiyetime ve onuruma saygı gösterilmesine		.906
19. Bana dostluk ve kişilerarası ilişki kazandırılmasına		.755
20. Korkularımı, endişelerimi ve sorunlarımı tartışmak ve keşfetmek için zaman tanınması ve dinlenilmesine		.808
21. Dini ve kültürel inançlarıma saygı duyulmasına		.897
Özdeğer varyans	9.455	2.046
Açıklanan varyans	%45.023	%9.741
Toplam varyans	%54.764	

Doğrulayıcı faktör analizinde modelin teori ile uyumlu olup olmadığını belirleyen uyum indeksi sonuçlarına göre, indekslerin uyum değerleri Tablo 3'de gösterilmektedir. Buna göre ki kare serbestlik derecesi oranının $\chi^2/df = 1.40$; Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) = 0.064; Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) = 0.944 olarak bulunmuştur. Modelin doğrulayıcı faktör analizi diagramı Şekil 1'de yer almaktadır.

Tablo 3. SBGÖ'nün genel uyum indeksi sonuçları

Genel uyum indeksi	DFA sonuçları
Ki kare değeri	245.235
Serbestlik derecesi	175
Ki kare değeri / serbestlik derecesi	1.40
RMSEA	.064
CFI	.944

RMSEA: yaklaşık hataların ortalama karekökü; CFI: karşılaştırmalı uyum indeksi



Şekil 1. SBGÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi Diagramı

Güvenirlilik

Araştırmada ölçek güvenirliği, iç tutarlılık ve madde toplam puan korelasyon katsayılarıyla belirlenmiştir.

İç Tutarlılık/Madde Toplam Puan Korelasyonu

Tablo 2'de görüldüğü gibi SBGÖ puanlama sisteminden elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .935$ 'dir. Ölçeğin anlam ve umut alt boyutunda Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .909$; önemseme ve saygı alt boyutunda Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .897$ 'dir. SBGÖ'nün her bir maddesinden elde edilen puanların madde-toplam korelasyon katsayıları $r = .31$ (madde 1) ile $r = .78$ (madde 11) arasında değişmektedir. Toplam ölçek ve alt ölçek madde puan ortalamalarına bakıldığında, toplam ölçek puan ortalaması 68.1 ± 16.92 , alt ölçeklerin puan ortalamaları sırasıyla 40 ± 11.1 ve 28.2 ± 7.25 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. SBGÖ'nün madde toplam puan korelasyonları ve cronbach alfa katsayısı

Ölçek boyutları	Madde Toplam Korelasyon Katsayıları	Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı	M±Ss
1. Alt boyut			
M1	.31		

M2	.38		
M3	.55		
M4	.43	.909	40±11.1
M5	.62		
M6	.69		
M7	.69		
M8	.76		
M9	.67		
M10	.72		
M11	.78		
M12	.67		
M14	.74		
2. Alt boyut			
M13	.61		
M15	.74	.897	28.2±7.25
M16	.57		
M17	.70		
M18	.61		
M19	.55		
M20	.69		
M21	.53		
Toplam Cronbach Alfa Değeri		.935	68.1±16.92

M= Ortalama, Ss= Standart sapma

Tartışma

SBGÖ'nin Geçerliliğinin İncelenmesi

Geçerlik, bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Bu bağlamda, bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenir (41).

Kapsam Geçerliliği

Kapsam (içerik) geçerliliği, ölçüm aracının, ölçümün amacıyla ilgili olmayan faktörlerin etkisinden arınmış olmasıdır (42). İçerik geçerliliği ölçeğin, ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır (43). Kapsam geçerliliğini test etmede uzman değerlendirmesi zorunludur ve bu değerlendirme ölçüm aracını geliştiren ile bu konuda daha önceden çalışmış olan uzman(lar)ın içerik üzerinde uzmanlaşması temeline dayanır (42). Bu süreçte, her uzmandan test maddelerinin ilgili alanı içerip içermediğini, ölçülecek özelliği temsil edip etmediğini, maddelerin yalın ve açık şekilde ifade edilip edilmediğini değerlendirmeleri istenir. Yapılan değerlendirme üçlü ya da dördü derecelendirme ile yapılır. Değerlendirme sonrasında maddelere ilişkin KGO ve KGİ hesaplanır. KGO negatif veya 0 olarak elde edilen maddeler madde havuzundan elenir. Ölçeğe ilişkin KGİ değeri ise KGO'dan elde edilen sonuçlar doğrultusunda havuzda kalan maddelerin KGO'larının ortalamasıdır ve 0.67'den büyük olması beklenir (41). Çalışmada, SBGÖ'nün Türkçeleştirilmiş şeklinin, konuyla ilgili 10 uzman tarafından anlaşılabilirlik, ayırt edicilik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk bakımından değerlendirilmesi sonucunda, ölçekteki her maddenin KGO pozitif (0'dan büyük) bulunmuştur ve bu nedenle hiçbir madde ölçekten çıkartılmamıştır. Benzer şekilde ölçeğin alt boyutlarının kapsam geçerlik indeksi (KGİ) değeri ise sırasıyla, 3.42 ve 3.71'dir. KGİ değerinin 0.67'den büyük olması, ölçekteki maddelerin ölçülmek istenen durumları iyi düzeyde ifade ettiğini göstermiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, SBGÖ'nün Türkçe formunun dil ve kapsam geçerliliği yönünden uygun bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği, doğrudan ölçülemeyen bir özelliği ölçen bir testin ölçme derecesidir (41). Hazırlanan ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir (39). Faktör analizi öncesinde örneklemin faktör analizine uygunluğu birkaç yöntemle yapılabilmektedir. KMO bunlardan bir tanesidir ve KMO değeri 0 ile 1 arasında değişir (41). KMO değeri 0.60 orta, 0.70 iyi, 0.80 çok iyi ve 0.90 mükemmel olarak kabul edilmekte, KMO değerinin 0.50'den küçük olması faktör analizine devam edilemeyeceğini gösterir (44). Bartlett's testi ise ölçeği puanlarının faktör analizi için uygunluğunu belirlemek için yapılmaktadır. Test istatistiğine (ki kare istatistiği) ilişkin $p = .05$ 'ten küçük ise korelasyon matrisinin faktör analizine uygun olduğu kabul edilir. Bu çalışmada, KMO değeri 0.868 ve Bartlett's testi sonuçları ise $\chi^2 = 1355.065$, $p = .000$ 'dır. Bu sonuçlar doğrultusunda, araştırma örnekleminin "iyi" düzeyde ve veri yapısının faktör analizine uygun olduğu görülmektedir.

Faktör analizi, birçok değişkenin bir ya da birden çok başlık altında toplanıp toplanmadığı hakkında bilgi verir (41). SBGÖ'nün yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde temel amaç; boyutlarda yer alan maddelerin (değişkenlerin) belirlenmesine yardımcı olacak faktör yükleri matrisine ulaşmaktır. Faktör yükleri yardımıyla verinin faktör yapısı belirlenir. Yapıyı açıklamak için, 0.30 - 0.40 arasındaki faktör yükleri kabul edilebilir en düşük düzeydeki yükler, 0.50 ve üzerindeki yükler uygulama anlamlılığı olan yükler ve 0.70 ve üzerinde olan yükler yapıyı iyi açıklayabilen yükler olarak tanımlanır (41). Bu çalışmada her bir maddenin faktör yükünün 0.33'ün üzerinde olması

nedeniyle ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır. İki faktörlü model 21 madde üzerinden incelenmiştir (Tablo 3). Sonuçta orijinal çalışmada olduğu gibi, maddelerin iki faktör altında toplandığı (40) ve her iki faktörün toplam varyansın en çok %54.76'sını açıkladığı bulunmuştur. Orijinal çalışmada iki faktör toplam varyansın %66.2'sini açıklamaktadır (40). Elde edilen bulgular, SBGÖ'nün yapı geçerliğinin uygun olduğunu ortaya koymuştur. Ölçeğin orijinalinde Faktör 1'de yer alan 13. Madde "İbadethane bulmak için rehberliğe" bu çalışmada Faktör 2 içerisinde yer almaktadır. 13.madde dışındaki maddelerin dağılımı ve faktör yapısı ölçeğin orijinaliyle benzerdir.

Doğrulamalı faktör analizinde, araştırmacı tarafından belirlenen kuramsal yapının veride var olup olmadığı test edilir. Açıklayıcı faktör analizi ile ortaya konulan boyutlanmanın dolayısıyla boyutlanmayı oluşturan maddelerin uyarlama yapılan ülkede de aynı şekilde olup olmadığı test edilmesinde doğrulamalı faktör analizinden yararlanır (41). Doğrulamalı faktör analizinde, uyum indeksi sonuçlarına göre modelin teori ile uyumlu olup olmadığı kararı verilir. Uyum indeksleri çok çeşitlidir fakat bu uyum indekslerinden hangilerinin standart kabul edileceği hakkında bir netlik yoktur. En çok verilen uyum indeksi olan ki-kare uyum indeksi, örneklem büyüklüğünden çok fazla etkilenir. Bu nedenle bunun yerine χ^2/df değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle (χ^2/sd) elde edilen değer dikkate alınabilir (45). Bu değer iki veya altında olması beklenir ancak beş ve daha az ise de kabul edilebilir bir değerdir (46). Diğer bir uyum indeksi değeri olan RMSEA, yaklaşık ortalamaların karekökü anlamına gelir. RMSEA'da 0.08'in altında ki değer kabul edilebilir değerdir. Değişkenler arasında ilişkinin olmadığını öngören uyum indeksi olan CFI'nin 0.90'dan büyük olması kabul edilebilir değerdir (45). SBGÖ'nün faktör yapısını inceleyen doğrulamalı faktör analizinde ortaya çıkan uyum indeks değerleri sonucunda, iki faktörlü modelin verilere iyi uyum gösterdiği bulunmuştur.

SBGÖ'nin Güvenirliğinin İncelenmesi

İç Tutarlılık

Likert tipi ölçeklerde Cronbach alpha değeri ölçekteki maddelerin iç tutarlılığını ve homojenliğini göstermektedir. Cronbach Alfa katsayısı 0-1 arasında değişen bir değer almaktadır. Değer 1'e yaklaştıkça ölçek maddelerinin birbiriyle tutarlı olduğunu ve ölçeğin aynı özelliği taşıyan maddelerden oluştuğunu göstermektedir (43). Çalışmada SBGÖ'nün Cronbach Alfa değeri $\alpha = .80$ 'in üzerinde olduğundan maddelerin birbiri içinde tutarlı olduğunu ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin geliştirilmesine yönelik çalışma bulgularında Cronbach alfa katsayısı .96 olarak belirtilmektedir (40) ve çalışmadaki değer ile benzerdir.

İç tutarlılık için her maddenin toplam madde puan korelasyonunun en az $r = .30$ olması beklenmektedir (41). Ölçeğin tamamının ve alt gruplarının madde toplam puan korelasyonunun $r = .30$ 'un üzerinde olması (Faktör 1= 0.91, Faktör 2=0.90) ölçeğin alt gruplarının ve tamamının aynı niteliği ölçtüğü anlamına gelmektedir Bu çalışmada, her bir madde için madde toplam puan korelasyonu $r = .30$ 'un üzerinde olduğundan ölçekten herhangi bir madde çıkartılmamıştır. Ölçeğin orijinalinde Faktör 1 ve 2'nin iç tutarlılık katsayısı 0.96 ve 0.91 olup (40) çalışmamızdaki değerler ile benzer bulunmuştur. Sonuç olarak, SBGÖ'nün ölçeğinin madde güvenilirliği analizi kabul edilebilir düzeyde güvenli bulunmuştur.

Sonuçlar

SBGÖ'nün Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik olan SBGÖ'nün ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ölçek, toplam 21 maddeden oluşmaktadır, "anlam ve umut" ve "önemseme ve saygı" olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı toplam ölçekte $\alpha = .935$, "anlam ve umut" alt boyutunda $\alpha = .909$ ve "önemseme ve saygı" alt boyutunda $\alpha = .897$ olan ölçeğin, Türkiye'de hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda kullanılması önerilir.

Kısıtlılıklar

Araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bunlardan ilki, çalışmanın katılımcı sayısının düşük olmasıdır. Bir diğer sınırlılık ise, belli bir sosyodemografik bölgede ve sadece bir üniversitesi hastanesinde yapılmış olmasıdır. İleride, toplumun farklı kesimleri üzerinde, farklı hastaneleri de kapsayan daha büyük örnekleme olan gruplarla başka çalışmalar yapılması önerilebilir. Ayrıca çalışmanın hem dahiliye hem cerrahi servisinde yatarak tedavi görmekte olan hastalar üzerinde yapılmış olması da sınırlılıklarından bir tanesidir. Çünkü SBGÖ ölçeği akut bakım gerektiren hastalar üzerinde geliştirilmiştir. Bu nedenle, sadece cerrahi hastalarını kapsayan örnekleme geçerlik güvenilirlik çalışmalarının yapılması önerilebilir. Ölçeğin holistik bakımı sağlayabilmek için; birinci basamakta, evde bakım ve yaşlı sağlığı merkezlerinde, hastanelerde akut ve kronik hastalığı olan bireylere sağlık bakım hizmeti sunan hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması önerilmektedir. Ayrıca SBGÖ spiritüel bakım gereksinimlerine yönelik olduğundan, spiritüalizite kavramıyla ilgili olan yalnızlık, depresyon, stres vb. değişkenler ile ölçeğin ilişkisi incelenebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Çalışma sonuçlarına göre, Spiritüel Bakım İhtiyaçları Ölçeğinin Türkiye'de hastaların spiritüel bakım ihtiyaçlarını belirlemede geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilmesi sonucuna varılmıştır. Literatüre bakıldığında, spiritüel gereksinimler ile ilgili geliştirilen ölçeklerin genelde uzun dönem hastalıkları olan bireylerde kullanıma uygun olduğu görülmektedir. Buna rağmen SBGÖ ölçeğinin akut hastalığa sahip bireylerde de kullanılması daha fazla hasta üzerinde kullanımı açısından bir avantajdır. Kliniklerde veri toplama aracı olarak SBGÖ ölçeğinin kullanılması, hastaların spiritüel gereksinimlerinin belirlenmesine ve

gereksinimlerine yönelik spiritüel uygulamalarına olanak sağlayacaktır. Böylece hemşirelikte holistik bakım yaklaşımı temel alınarak hastaların spiritüel boyutu desteklenebilir. Bu amaçla, ölçeğin hemşireler tarafından kullanımının yaygınlaştırılması için hastanelerle iş birliği sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Arslan H, Şener DK. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. Maltepe Üniv Hemş Bilim Sanatı Dergisi 2009; 2(1):51-58.
2. Seddigh R, Keshavarz-Akhlaghi AA, Azarnik S. Questionnaires measuring patients' spiritual needs: A narrative literature review. Iran J Psychiatry Behav Sci 2016;10(1):e4011.
3. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: A systematic review. J Pain Symptom Manage 2011; 41(4):728-753.
4. Como JM. Spiritual practice: A literature review related to spiritual health and health outcomes. Holis Nurs Pract 2007;21(5):224-236.
5. Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniv Sağlık Bilim Derg. 2014;5(1):48-53.
6. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. Adnan Menderes Üniv Tıp Fak Derg. 2007;8(1):47-50.
7. Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmet Derg. 2007;2(6):105-115.
8. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. Appl Nurs Res 2009;23(4):242-244.
9. Yousefi H, Abedi HA. Spiritual care in hospitalized patients. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011; 16(1): 125-132.
10. Çınar F, Aslan FE. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. JAREN 2017;1(1):37-42.
11. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs. 2011;20(11-12):1757-1767.
12. Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritüalite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. Anadolu Hemş Sağlık Bilim Derg. 2011;14(2):61-70.
13. Elham H, Hazrati M, Momennasab M, Sareh K. The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. Holis nurs pract 2015;29(3):136-143.
14. Lundberg PC, Kerdonfag P. Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. J Clin Nurs 2010;19(7-8):1121-1128.
15. Deal B, Grassley JS. The lived experience of giving spiritual care: A phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings. Nephrol Nurs J 2012;39(6):471-483.
16. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. Hemş Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;11(3):41-52.
17. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, Barbero, J. Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. J pain symptom manage 2014;47(6):1008-1018.
18. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. Nurse educ today 2013;33(6):574-579.
19. Baldacchino DR. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. Nurse Educat Pract 2011; 11(1):47-53.
20. Austin P, Macleod R, Siddall P, McSherry W, Egan R. Spiritual care training is needed for clinical and non-clinical staff to manage patients' spiritual needs. J Study Spirituality 2017;7(1):50-63.

21. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: A concept analysis. *Int Nurs Rev* 2014;61(2):211-219.
22. Timmins F, Murphy M, Neill F, Begley T, Sheaf G. An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. *Nurs educ today* 2015;35(1):277-282.
23. Daştan NB, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniv Hemş Bilim Sanatı Derg.* 2010;3(1):73-78.
24. Ergül Ş, Temel AB. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniv Hemş Y Derg.* 2007;23(1):75-87.
25. Attard J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurs Educ Today* 2014;34(12):1460-1466.
26. Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *J Clin Nurs* 2010;19(15-16):2128-2136.
27. Brennan F. Holistic Palliative Care approach—physical, spiritual, religious and psychological needs. *Nephrology* 2013.
28. DeKoninck B, Hawkins LA, Fyke JP, Neal T, Currier K. Spiritual care practices of advanced practice nurses: A multinational study. *J Nurse Pract* 2016;12(8):536-544.
29. Abedi HA. Spiritual care in hospitalized patients. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011;16:125-132
30. Erenoğlu, R, Başer M. Hemşirelik bakımında unutulmuş/ihmal edilen bütünlük bir alan: maneviyat (spiritüel). *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2017;3(2):147-150.
31. Wu LF, Tseng HC, Liao YC. Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Educ Today* 2016;38:36-41.
32. Uğurlu ES. Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniv Sağlık Bilim Derg* 2014;5(3):187-191.
33. Uğurlu ES, Başbakkal Z. Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Derg* 2013;11(1):17-24.
34. Kavas E, Kavas N. Manevi destek algısı ölçeği: geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Turkish Stud* 2014;9(2):905-915.
35. Şahin ZA, Özdemir FK. Spirituality and spiritual care: A descriptive survey of nursing practices in turkey. *Contemp Nurse.* 2016;52(4):454-461.
36. Gönenç İM, Akkuzu G, Altın RD, Möroy P. Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Gümüşhane Üniv Sağlık Bilim Derg* 2016;5(3):34-38.
37. Gürdoğan EP, Kurt D, Aksoy B, Kınıcı E, Şen A. Nurses' perceptions of spiritual care and attitudes toward the principles of dying with dignity: a sample from Turkey. *J Death Stud* 2017;41(3):180-187.
38. Özbaşaran F, Ergül S, Temel AB, Aslan GG, Çoban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs* 2011;20(21-22):3102-3110.
39. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *TED* 2014;40(40):39-49.
40. Wu LF, Koo M, Liao YC, Chen YM, Yeh DC. Development and validation of the spiritual care needs inventory for acute care hospital patients in Taiwan. *Clin Nurs Res* 2016;25(6):590-606.
41. Alpar, R. (2016), Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinde uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenilirlik. 4. baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.
42. Baydur H, Eser E. (2006) Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. *Sağlıkta Birikim.* 1(2): 99-123
43. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 11: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemş Araştırma Derg.* 2003;1(5):3-14.
44. Bryman, A. & Cramer, D. (1999). *Quantitative Data Analysis with SPSS Release 8 for Windows*, London and New York, Taylor & Francis e-Library, Routledge.
45. Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımını. *Anadolu Hemş Sağlık Bilim Derg* 2014;17(3):196-205.
46. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *EBJMR.* 2008;6(1):53-60.

Üniversitede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanıya Yönelik Sağlık İnançları ve Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler*

Ezgi ÖZÖĞÜL**, Gülten SUCU DAĞ***

Öz

Giriş: Kadınların meme kanserinin tanınmasında erken tanıya yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi önemlidir. **Amaç:** Araştırma, bir üniversitede çalışan kadınların meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlık inançları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini, üniversitede görev yapan 472 kadın, örneklemini araştırmaya katılma kriterlerine uyan 235 kadın oluşturmuştur. Veriler "Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" kullanılarak 28 Aralık 2016 ve 20 Mart 2017 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Araştırmada, etik kurul ve kurum izni alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler ve Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Kadınların yarısından fazlasının mamografi yaptırdığı ve klinik meme muayenesi yaptırdığı, çoğunluğunun kendi kendine meme muayenesi yaptığı bulunmuştur. Kadınların güven ve sağlık motivasyonu algılarının yüksek, duyarlılık ve engel algısının düşük, ciddiye ve yarar algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. İdari kadroda çalışan kadınların engel algısı alt boyuttan aldıkları puanların akademik kadrodaki kadınlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Kendi Kendine Meme Muayenesi yapan ve yapmayan kadınlar arasında yarar algısı, engel algısı, güven algısı ve sağlık motivasyonu alt boyutlarında, Klinik Meme Muayenesi yaptıran ve yaptırmayan kadınlar arasında duyarlılık ve ciddiye algısı alt boyutlarında, Mamografi yaptıran ve yaptırmayan kadınlar arasında yarar algısı ve güven algısı alt boyutlarında aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<.05$). **Sonuç:** Araştırmada, kadınların meme kanserinde erken tanı yöntemlerine ilişkin güven ve sağlık motivasyonu algılarının yüksek, ciddiye algısı ve yarar algısının iyi düzeyde, duyarlılık algısının orta düzeyde olduğu ve idari kadroda çalışan kadınların engel algılarının, akademik kadroda çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. **Anahtar Kelimeler:** Meme Kanseri, Erken Tanı, Sağlık İnanç, Hemşirelik.

Abstract

Health Beliefs of Women Working at University on the Early Diagnosis in Breast Cancer and the Factors Influencing Health Beliefs

Background: Women's health beliefs on early diagnosis is highly important for diagnosis of breast cancer. **Objectives:** This study aims to determine the health beliefs of women working at a university on the early diagnosis in breast cancer and the factors affecting their health beliefs. **Methods:** 472 women working at a university constituted the universe and 235 women that agreed to participate constituted the sample of this descriptive study. Data was collected between 28 January 2016 and 20 March 2017 by using "Descriptive Characteristics Form" and "Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS)". We obtained permission from the institution and the ethics board and used descriptive analysis, Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis test for data analysis. **Results:** More than half of the women had mammography and Clinical Breast Examination (CBE), and most of them performed the Breast Self-Examination (BSE). On average, the participants scored high from the confidence and the health motivation subscales, low from the susceptibility and the barriers to BSE subscales, and obtained medium scores from the seriousness and the benefits of BSE subscales of the CHBMS. Scores obtained from the barriers to BSE subscale was higher for the women working at the administrative departments, compared to the women working at academic departments. We found a statistically significant difference between the participants that performed and did not perform the BSE in terms of the subscales of susceptibility and seriousness ($p<.05$). Furthermore, the scores obtained by the participants that had and did not have mammography from the subscales of the benefits of BSE and the confidence subscales were statistically significantly different ($p<.05$). **Conclusion:** This study found that the confidence and health motivation perceptions of the participants on early diagnosis methods of breast cancer were high. Besides, their perceptions on seriousness and the benefits of the BSE were at adequate levels. Furthermore, their perception of susceptibility was at medium levels. Finally, perceptions of the women working at the administrative departments on the barriers to BSE were higher than the participant women working at academic departments. **Key Words:** Breast Cancer, Early Detection, Health Belief, Nursing.

Geliş tarihi: 15.05.2019

Kabul tarihi: 30.09.2019

Meme kanseri, kadınları etkileyen tüm kanserler arasında morbidite ve mortalite oranlarının giderek artmasıyla, küresel bir sağlık sorunu olarak önemini korumaktadır (1) Kadınlarda görülen kanserlerinin yüzde 33'ü ve kansere bağlı ölümlerin yüzde 20'sinin nedeni meme kanseridir (2). Dünyada Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı verilerine göre kadınlarda en fazla görülen beş kanser türünün dağılımında meme kanseri birinci sırada gelmektedir (3). Türkiye de ise diğer ülkelerde olduğu gibi bu durum değişim göstermemekte ve meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Kadınlarda 50-69 yaş grubunda meme kanseri görülme oranı %25.5, 70 yaş ve üstünde ise %15.2'dir (4). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılı kanser verilerine göre, meme kanseri tüm nüfusta en sık görülen kanserlerin başında gelmekte, kadınlarda görülen kanserlerin %37'ini meme kanseri oluşturmaktadır (5). Meme kanserinde erken tanı ve tedavi, mortalitenin azaltılması için en etkili yoldur. Meme kanserinin erken tanınmasında, kadınların meme kanseri ve erken tanının önemi, belirtileri, risk faktörleri ve tarama programları hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması oldukça önemlidir (6). Gelişmiş ülkelerde erken tanı ve tedaviyle meme kanseri tanısı konulan hastalarda 5 senelik sağ kalım oranı %90-95 arasındadır (7).

Kadınların tarama yöntemleri konusundaki farkındalıklarını artırmak, meme kanserinin erken teşhisinde önemli rol oynar (8). Meme kanserinde, kitlelerin mümkün olduğunca en erken evrede belirlenmesinde bilinen tanı yöntemleri; mamografi ve klinik meme muayenesi (KKM)'dir. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ise, meme kanseri tarama prog-

*Bu araştırma, 16-19 Mayıs 2019 tarihlerinde Hollanda'da gerçekleşen 9. Avrupa Ameliyathane Hemşireler Birliği Kongresi'nde e-poster olarak sunulmuştur. ** Uzman Hemşire, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Lefkoşa, K.K.T.C Mersin 10, Türkiye E-mail: ozogulezg@gmail.com, ORCID No: 0000-0002-2128-4554. ***Dr. Öğr. Üyesi, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Gazimağusa, K.K.T.C Mersin 10, Türkiye. E-mail: gulten.dag@emu.edu.tr, ORCID No: 0000-0003-4887-2214.

ramları arasında yer almasa da özellikle mamografi gibi tarama programlarının düzenli olarak yürütülmediği toplumlarda, meme kanserinin erken tanısında önemlidir (9,10). Amerikan Kanser Derneği tarafından KKMM ve KMM'i önerilmemekte, kadınların kendi meme dokusunu tanımaları ve herhangi bir değişiklikte bir uzmana bu değişiklikleri bildirmeleri önerilmektedir. Mamografi ise, 45- 55 yaş arasında her yıl, 55 yaş sonrası her iki yılda bir yapılması önerilmektedir (11). Türkiye'de Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları 40-49 yaş arası kadınlarda her iki yılda bir mamografi çekilmesi önerilmesine rağmen, mamografinin etkinliğini arttırmak için mamografi ile birlikte KMM ve meme kanseri farkındalığını artmak için 20 yaşından sonra her kadına kendi kendine meme muayenesi yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmesi belirtilmiştir (12).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlık ve sağlığın korunmasına ilişkin sağlık inançlarını değerlendirmek, davranış değişikliklerini açıklamak ve koruyucu sağlık davranışlarına yönelik girişimleri planlamak için yaygın olarak kullanılan modellerden biridir (13). SİM'nin kadınların meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinde yararlı olduğu belirtilmektedir (14). SİM'e göre kadınların meme kanseri ve taramalara yönelik sağlık inançlarının incelendiği bir çalışmada; ailede kanser olan, meme kanseri konusunda bilgi sahibi olan kadınların, meme kanseri ve tarama testlerine ilişkin duyarlı oldukları, sağlık motivasyonlarının yüksek olduğu, KKMM ve mamografinin yararlı ve etkili olduğunu düşündükleri fakat bu testlerin uygulanmasına yönelik engel algılarının yüksek olduğu saptanmıştır (15). Kadınların KKMM'ne yönelik sağlık inançlarının incelendiği bir başka çalışmada, KKMM yapan ve yapmayan kadınlar arasında algılanan yarar, öz yeterlilik engel algısında anlamlı farklılık olduğu saptanmış, algılanan öz yeterliliğin KKMM'ni uygulamayı pozitif yönde etkilediği, algılanan engellerin ise negatif yönde etkilediği saptanmıştır (16).

Kıssal ve ark. (17)'nin çalışmasında, kadınların meme kanseri erken tanılama testlerine yönelik duyarlılık ve ciddiyet algılarının orta düzeyde, sağlık algılarının, KKMM yarar algılarının, KKMM engel algılarının, KKMM öz yeterlikleri, mamografi yarar algılarının, mamografi engel algılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmalar, kadınların meme kanseri farkındalıkları ve sağlık inanç ve davranışlarının zayıf ve yetersiz olduğunu göstermektedir (8,18). Bunu etkileyen en önemli faktör eğitim ve farkındalık düzeyinin düşük olmasıdır. Meme kanserini önlemeye yönelik tarama davranışlarının, sağlık inancına dönüşmesinde önemli olan etkenin, kadınların sağlık eğitimi yoluyla bilgilendirilmesi olduğu belirtilmektedir (16). Bu nedenle, kadınların meme kanseri bilincini arttırmak, aralarında olumlu sağlık inançları ve tutumları geliştirmek ve meme kanserini erken tanılamak ve mortaliteyi azaltmak için tarama yöntemlerinin uygulanma sayısını arttırmak hayati önem taşımaktadır.

KKTC'de meme kanseri ve erken tanıya yönelik kadınların sağlık inançlarının değerlendirildiği çalışmalara rastlanamamıştır. Üniversitede akademisyen olarak çalışan, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların eğitimdeki önemli rolleri göz önüne alındığında gençleri ve toplumdaki bireyleri meme kanseri risk faktörleri ve tarama programları konusunda farkındalık oluşturma, uygulama ve davranışları etkileme oranının yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle üniversite ortamında eğitim düzeylerine göre akademik ve idari kadroda çalışan kadınların meme kanseri ve erken tanıya yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi, farkındalıklarının belirlenmesi, gelecekte konu ile ilgili girişimlerin planlanmasına, kadınların meme kanseri ve erken tanıya yönelik farkındalıklarının artırılmasına yön vereceği düşünülmektedir.

Araştırma Amacı

Bu çalışma, KKTC'de bir üniversitede tam zamanlı olarak akademik ve idari kadroda görev yapan kadınların meme kanserinde erken tarama yöntemlerine ilişkin sağlık inançlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin tanımlanması amacı ile yapılmıştır.

Araştırma Soruları

- Üniversitede görev yapan kadınların meme kanserinde erken tarama yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamaları nelerdir?
- Üniversitede akademik ve idari kadroda görev yapan kadınların meme kanserinde erken tarama yöntemlerine ilişkin sağlık inançları nedir?
- Üniversitede görev yapan kadınların kanserinde erken tarama yöntemlerine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörler nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı, karşılaştırmalı araştırma tasarımına uygun olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde bir üniversitenin Tıp ve Sağlık Bilimleri alanı dışındaki tüm Fakülte, Yüksekokul ve Meslek Yüksekokulu'nda akademik ve idari birimlerde tam zamanlı olarak görev yapan kadınlarla yürütülmüştür. Araştırmanın verileri 28 Aralık 2016-20 Mart 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, üniversitenin Tıp ve Sağlık Bilimleri alanı dışındaki tüm Fakülte, Yüksekokul ve Meslek Yüksekokulu'nda akademik kadroda (280 kadın akademisyen) ve Üniversitenin idari birimlerinde tam zamanlı olarak idari kadroda görev yapan (192 idari kadroda çalışan kadın) toplam 472 kadın oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evren üzerinden çalışılmıştır. Araştırmada gönüllü olarak katılmayı kabul eden, meme kanseri tanısı almamış, iyi huylu meme hastalığı olan ve olmayan 235 kadın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmada, evrene ulaşma oranı %50'dir. Araştırmanın veri toplama sürecinde, akademik personele ulaşma oranı %35, idari personele ulaşma oranı %71'dir. Araştırmada G.Power-3.1.9.2 programı kullanılarak veri toplama süreci bittikten sonra örneklem için güç hesaplanmıştır. Araştırmada, örneklemi oluşturan akademik (n=99) ve idari kadroda (n=136) görev yapan kadınların CSİMÖ'nin alt boyut puanlarına göre elde edilen güç 0.55 ile 0.91 arasındadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan “Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu” ve Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara veri toplama formları verilmiş ve aynı gün içerisinde formlar araştırmacılar tarafından geri alınarak toplanmıştır.

Araştırma örnekleme alınan tam zamanlı olarak akademik ve idari kadroda görev yapan kadınların sosyo-demografik özellikleri, meme kanseri risk faktörleri ile kadınların meme kanserin de erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamalarını içeren toplam 29 sorudan oluşan, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan formdur (10,15,19). Kadınların KKMM yapmayı bilme durumları kendi bildirimlerine göre değerlendirilmiştir.

Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, kadınların meme kanserinde erken tarama yöntemlerine ilişkin sağlık inançlarını değerlendirmek amacıyla Champion V. tarafından 1984 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Karayurt ve Dramalı (19) tarafından 2007 yılında değerlendirilmiştir. CSİMÖ 42 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek; Duyarlılık Algısı (3 madde), Ciddiyet Algısı (7 madde), Yarar Algısı (4 madde), Engel Algısı (11 madde), Güven/Öz-etkinlik Algısı (10 madde), Sağlık Motivasyonu (7 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1’den 5’e kadar değişen 5’li likert tipi ölçekleme (kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5) ifadeleri kullanıldı. Ölçeğin her alt boyutu için 6 ayrı puan elde edilmekte, ölçek alt boyut puanları tek bir toplam puanda birleştirilmemektedir. Ölçeğin duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, güven/öz-etkinlik algısı, sağlık motivasyonu alt boyutunda yüksek puanlar o alt boyut için olumlu sağlık inancını gösterirken; engel algısı alt boyut puanının yükselmesi engel algısının yüksek olduğunu işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı alt boyutları için sırasıyla 0.89 ile 0.99 arasında bulunmuştur (19). Bu çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.78 ile 0.91 arasında bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizinde bir istatistik programından yararlanılmıştır. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklerden sayı ve yüzde kullanılmıştır. Kadınların bazı özelliklerine göre CSİMÖ’nde yer alan alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasında, verilerin normal dağılımları incelenmiş ve normal dağılım göstermediğinden parametrik olmayan (nonparametrik) hipotez testleri kullanılmıştır. Bağımsız değişkeninin iki kategoriden oluşması durumunda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategoriden oluşması halinde ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılacak CSİMÖ’ni Türkçe’ye uyarlayan ölçek sahibinden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için üniversitenin Rektörlüğü’nden (SBF00-2016-0428) ve Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan izin alınmıştır (ETK-000-2016-0173). Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Kadınların yaş ortalamasının 43.34 ± 7.17 (minumum:26, maksimum 64) olduğu, %37.9’nun 40-45 yaş grubunda yer aldığı, %25.5’nin lisans düzeyinde eğitim aldığı, %67.7’nin evli olduğu, evlilik yapmış kadınların %82.7’nin 30 ve öncesi yaşta evlendiği, evlilik yapmış kadınların %92.0’nin çocuğunun olduğu, doğum yapmış kadınların %81.2’nin 30 ve altı yaş da doğum yaptığı saptanmıştır. Doğum yapmış kadınların %93.5’inin çocuğunu emzirdiği, %50.6’sının 7-12 ay çocuğunu emzirdiği tespit edilmiştir. Kadınların %61.7’sinin ilk adet yaşı 13 ve üstü yaştır. Araştırmaya katılan kadınların %78.7’sinin menapoza girmediği ve menapoza giren kadınların %94.0’ünün 55 yaş ve altında menapoza girdiği saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların %87.7’sinde iyi huylu meme hastalığı olmadığı, %77.9’unun akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunmadığı, %68.9’unun oral kontraseptif kullanmadığı ve %85.1’inin östrojen tedavisi almadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

	Akademik		İdari		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş grubu						
39 yaş ve altı	33	33.33	31	22.79	64	27.23
40-45 yaş	31	31.31	58	42.65	89	37.87
46 ve üzeri yaş	35	35.35	47	34.56	82	34.89
Eğitim düzeyi						
İlköğretim	0	0.00	27	19.85	27	11.49
Lise/Ön lisans	0	0.00	46	33.82	46	19.57
Lisans	15	15.15	45	33.09	60	25.53
Yüksek Lisans	32	32.32	17	12.50	49	20.85
Doktora	52	52.53	1	0.74	53	22.55
Medeni durum						
Evli	60	60.61	99	72.79	159	67.66
Bekar	39	39.39	37	27.21	76	32.34
Evlilik yaşı						
30 ve öncesi yaş	49	69.01	104	91.23	153	82.70
31 ve sonrası yaş	22	30.99	10	8.77	32	17.30

Çocuk sahibi olma durumu						
Var	61	84.93	109	95.61	170	91.98
Yok	12	15.07	5	3.51	17	8.02
İlk doğum yapma yaşı						
30 ve altı yaş	40	65.57	98	89.91	138	81.18
31 ve üstü yaş	21	34.43	11	10.09	32	18.82
Çocuğu emzirme durumu						
Emziren	58	95.08	101	92.66	159	93.53
Emzirmeyen	3	4.92	8	7.34	11	6.47
Emzirme süresi						
6 aydan az	19	34.55	28	27.72	47	30.13
7-12 ay	28	50.91	51	50.50	79	50.64
13 ay üzeri	8	14.55	22	21.78	30	19.23
İlk adet yaşı						
12 ve altı yaş	36	36.36	35	25.74	71	30.21
13 ve üstü yaş	57	57.58	88	64.71	145	61.70
Hatırlayamadım	6	6.06	13	9.56	19	8.09
Menapoza girme durumu						
Giren	20	20.20	30	22.06	50	21.28
Girmeyen	79	79.80	106	77.94	185	78.72
Menapoza girme yaşı						
55 ve altı yaş	17	85.00	30	100.00	47	94.00
56 ve üstü yaş	3	15.00	0	0.00	3	6.00
İyi huylu meme hastalığı						
Var	16	16.16	13	9.56	29	12.34
Yok	83	83.84	123	90.44	206	87.66
Akrabalarında meme kanseri öyküsü						
Var	22	22.22	30	22.06	52	22.13
Yok	77	77.78	106	77.94	183	77.87
Oral kontraseptif kullanma durumu						
Kullanan	35	35.35	38	27.94	73	31.06
Kullanmayan	64	64.65	98	72.06	162	68.94
Östrojen tedavisi alma durumu						
Alan	14	14.14	21	15.44	35	14.89
Almayan	85	85.86	115	84.56	200	85.11

Kadınların meme kanserinden korunmaya ilişkin bilgi ve uygulamalarının dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Kadınların %78.3’ünün KKMM yapmayı bildiği, %74.0’ünün KKMM yaptığı, %68.5’inin KKMM hakkında bilgi aldığı ve bilgi alan kadınların %40.4’ünün bu bilgiyi kitap, dergi, broşür, TV ve radyodan, %39.8’inin ise sağlık ekibinden aldığı belirlenmiştir. Kadınların %59.2’nin KKMM ile ilgili eğitim almak istemediği, %57.9’nun mamografi çektiği, %63.8’nin bir uzmana KMM yaptırdığı saptanmıştır.

Tablo 2. Kadınların Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Dağılımı

	Akademik		İdari		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
KKMM						
Yapan	74	74.75	100	73.53	174	74.04
Yapmayan	25	25.25	36	26.47	61	25.96
KKMM yapmayı						
Bilen	83	83.84	101	74.26	184	78.30
Bilmeyen	16	16.16	35	25.74	51	21.70
KKMM hakkında bilgi						
Alan	78	78.79	83	61.03	161	68.51
Almayan	21	21.21	53	38.97	74	31.49
KMMM bilgi kaynakları (n=161)						
Kitap, dergi, broşür / televizyon, radyo	34	43.59	31	37.35	65	40.37
Sağlık ekibi	28	35.90	36	43.37	64	39.75
Eğitim programları	7	8.97	9	10.84	16	9.94
Arkadaş, akraba	6	7.69	3	3.61	9	5.59
Diğer	3	3.85	4	4.82	7	4.35

KKMM ile ilgili eğitime katılmak						
İsteyen	37	37.37	59	43.38	96	40.85
İstemeyen	62	62.63	77	56.62	139	59.15
Mamografi (n=171)*						
Çektiren	40	60.60	59	56.19	99	57.89
Çektirmeyen	26	39.40	46	43.81	72	42.11
Bir uzmana KMM (n=171)*						
Yaptıran	44	66.67	65	61.90	109	63.75
Yaptırmayan	22	33.33	40	38.10	62	36.25

*40 yaş altı grup dışarıda bırakılmıştır.

Üniversitede akademik ve idari kadroda çalışan kadınların CSİMÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3’de verilmiştir. Kadınların CSİMÖ’nde yer alan duyarlılık algısı (7.38 ± 2.33), ciddiyet algısı (20.86 ± 6.33), yarar algısı (15.79 ± 3.13), engel algısı (24.00 ± 6.18), güven algısı (33.40 ± 6.99), sağlık motivasyonu (26.95 ± 5.29) alt boyutlarından puan aldıkları saptanmıştır. Akademik ve idari kadroda çalışan kadınların CSİMÖ’nde yer alan engel algısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, idari kadroda çalışan kadınların engel algısının (24.70 ± 6.24) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = .023$).

Tablo 3: Akademik ve İdari Kadroda Çalışan Kadınların Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puanlar	Kadro	n	X ± S.S	Z	P
Duyarlılık Algısı	3-15	Akademik	99	7.48±2.29	-0.366	.715
		İdari	136	7.31±2.37		
		Toplam	235	7.38±2.33		
Ciddiyet Algısı	7-35	Akademik	99	21.66±5.87	-1.642	.101
		İdari	136	20.28±6.61		
		Toplam	235	20.86±6.33		
Yarar Algısı	4-20	Akademik	99	15.87±2.95	-0.237	.813
		İdari	136	15.74±3.27		
		Toplam	235	15.79±3.13		
Engel Algısı	11-55	Akademik	99	23.05±6.00	-2.267	.023
		İdari	136	24.70±6.24		
		Toplam	235	24.00±6.18		
Güven Algısı	10-50	Akademik	99	34.06±6.52	-1.377	.168
		İdari	136	32.93±7.30		
		Toplam	235	33.40±6.99		
Sağlık Motivasyonu	7-35	Akademik	99	27.68±4.79	-1.668	.095
		İdari	136	26.42±5.58		
		Toplam	235	26.95±5.29		

Araştırmada, kadınların CSİMÖ alt boyut puan ortalamalarının bazı meme kanseri risk faktörleri ile karşılaştırmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4’de sunulmuştur. Araştırmaya alınan kadınların iyi huylu meme hastalığı tanısı olanların CSİMÖ’nde güven algısı ($p = .028$), akrabalarında kanser öyküsü olanların duyarlılık algısı ($p = .004$), östrojen tedavisi alanların ciddiyet ($p = .007$) ve güven algısı ($p = .010$), KKMM yapanların yarar ($p = .013$), güven ($p = .000$), engel ($p = .000$) ve sağlık motivasyonu ($p = .001$), KKMM’i yapmayı bilme durumları ile engel ($p = .000$), güven algısı ($p = .000$) ve sağlık motivasyonu ($p = .000$), KKMM hakkında bilgi alanların güven algısı ($p = .000$) ve sağlık motivasyonu ($p = .000$), bilgi almayanlar ile engel algısı ($p = .015$), mamografi çektiren kadınların yarar algısı ($p = .029$) ve güven algısı ($p = .001$), sağlık motivasyonu ($p = .018$), bir uzmana KKMM yaptıran kadınların yarar algısı ($p = .001$), güven algısı ($p = .000$) ve sağlık motivasyonu ($p = .022$), engel algısı ($p = .004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Tablo 4: Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Alt Boyutlar	n	Duyarlılık Algısı	Ciddiyet Algısı	Yarar Algısı	Engel Algısı	Güven Algısı	Sağlık Motivasyonu
İyi huylu meme hastalığı							
Var	29	7.21±2.40	20.48±6.39	15.83±3.46	23.83±5.41	35.79±7.71	27.10±6.20
Yok	206	7.41±2.33	20.91±5.99	15.79±3.09	24.03±6.29	33.07±6.83	26.93±5.16
Test Değeri	Z	-0.683	-0.009	-0.187	-0.307	-2.195	-0.594
Önemlilik	p	.495	.993	.852	.759	.028	.553
Kanser öyküsü							
Var	52	8.25±2.76	20.21±5.81	15.27± 3.43	23.35±5.79	34.69±6.49	26.62±5.57
Yok	183	7.14±2.15	21.04±6.48	15.94± 3.04	24.19±6.28	33.04±7.10	27.04±5.21
Test Değeri	Z	-2.876	-0.852	-1.058	-1.036	-1.271	-0.518
Önemlilik	p	.004	.394	.290	.300	.204	.604
Östrojen tedavisi alma							
Alan	35	7.34±2.54	18.26±6.28	15.80±3.56	22.91±5.17	35.71±6.51	27.26±5.73
Almayan	200	7.39±2.30	21.32±6.25	15.79±3.06	24.20±6.33	33.00±7.01	26.90±5.22
Test Değeri	Z	-0.410	-2.719	-0.810	-1.096	-2.588	-0.877
Önemlilik	p	.682	.007	.418	.273	.010	.381
KKMM yapma							
Yapan	174	7.40±2.30	20.49±6.25	16.13± 2.86	23.17±6.01	34.95±5.66	27.39±5.37
Yapmayan	61	7.33±2.45	21.90±6.50	14.84± 3.68	26.38±6.07	28.98±8.44	25.70±4.86
Test Değeri	Z	-0.273	-1.534	-2.494	-4.108	-5.527	-2.975
Önemlilik	p	.785	.125	.013	.000	.000	.003
KKMM yapmayı bilme							
Bilen	184	7.34±2.40	20.48±6.34	16.05± 2.73	23.14±5.63	35.47±5.23	27.48±5.09
Bilmeyen	51	7.53±2.08	22.22±6.20	14.86± 4.19	27.12±7.05	25.94±7.48	25.04±5.58
Test Değeri	Z	-0.682	-1.362	-1.417	-4.206	-8.037	-3.391
Önemlilik	p	.496	.173	.156	.000	.000	.001
KKMM hakkında bilgi alma							
Alan	161	7.42±2.38	20.57±6.33	16.14±2.61	22.91±5.40	35.65±5.52	27.51±4.95
Almayan	74	7.30±2.26	21.50±6.33	15.03±3.97	26.39±7.07	28.51±7.37	25.73±5.81
Test Değeri	Z	-0.412	-0.818	-1.685	-4.115	-7.394	-2.435
Önemlilik	p	.681	.414	.092	.000	.000	.015
Mamografi çekirme*							
Çektiren	99	7.02±2.30	20.52±7.03	16.04±3.25	24.07±6.08	34.61±7.61	27.64±5.31
Çektirmeyen	72	7.76±2.67	20.97±6.03	15.93±2.94	23.93±5.87	32.89±5.49	25.76±5.44
Test Değeri	Z	-1.875	-0.177	-0.574	-0.002	-2.674	-2.719
Önemlilik	p	.061	.859	.566	.999	.007	.007
Bir uzmana KMM yaptırma*							
Yaptıran	109	7.28±2.39	20.92±6.88	16.25±3.10	23.25±5.91	34.74±7.26	27.41±5.59
Yaptırmayan	62	7.42±2.66	20.34±6.16	15.55±3.11	25.35±5.89	32.37±5.74	25.85±5.06
Test Değeri	Z	-0.028	-1.030	-1.916	-2.534	-3.034	-2.541
Önemlilik	p	.978	.303	.055	.011	.002	.011

* Mamografi çekirme ve bir uzmana KMM yaptırma durumuna 40 yaş üstü bireyler dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınan kadınların yaş, medeni durumu, oral kontraseptif kullanma, KKMM ile ilgili eğitim almak isteme durumlarına göre CSİMÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > .05$).

Tartışma

Meme kanseri tüm Dünya' da olduğu gibi, Türkiye'de ve KKTC'de kadınlar arasında en sık görülen kanserdir. Meme kanserinin erken tanısında KKMM, KMM ve mamografi oldukça önemlidir (9,10). Kadınların meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması, meme kanserinin erken tanısında önemlidir.

Araştırmaya katılan kadınların yarısından fazlasının KKMM yapmayı bildiği ve KKMM uyguladığı saptanmıştır (Tablo 2). Literatürde KKMM'sini yapmayı bilme durumları %61.7 ile %68.4, uygulama durumları ise %23.7 ile %81.3 arasında değişmektedir (9,20-22). Pakistan'da yapılan bir çalışmada kadınların %71.4'ünün KKMM'ni bildiği, %33.1'in uyguladığı (23), Nijerya'da %19 ile %43.2 arasında, Hindistan'da %0-%52 oranında KKMM'in uygulandığı belirtilmektedir (24). Çalışmada üniversitede çalışan kadınların KKMM yapmayı bildikleri ve KKMM'ni uyguladıkları saptanmıştır. Akademik kadrodaki kadınların KKMM'yi bilme ve yapma oranı idari kadrodaki kadınlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Eğitim düzeyine göre KKMM yapma oranının yükseldiği, eğitim düzeyinin KKMM'yi bilme durumunu etkilediği düşünülmüştür.

Bu çalışmada, kadınların yarısından fazlasının, KKMM hakkında bilgi aldığı ve bilgi alan kadınların en çok bu bilgiyi kitap, dergi, broşür, TV ve radyodan aldıkları görülmektedir. Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi alanlarda bilgiyi edinme yolları incelendiğinde %63.7 ile görsel ve yazılı basın ilk sırada olduğu görülmektedir (Tablo 3). Kartal ve ark. (25)' nin çalışmasında kadınların %19'unun KKMM hakkında bilgi aldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda kadınların KKMM hakkında bilgiyi alma kaynaklarının oranları %7.4 ile %64.3 arasında görsel ve yazılı basın, %8.1 ile %47.7 arasında sağlık ekibi, %12.7 ile %26.9 arasında arkadaş; akraba; %14.1 eğitim programı ve %16.3 diğer kaynaklardan aldıkları saptanmıştır (10, 25-27). Toplumda bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında daha çok basın, TV, sosyal medya ve internetin yer aldığı görülmektedir. Bu nedenle, bu bilgi kaynaklarında geçerli, kanıtı dayalı, güncel, bilimsel bilgiye dayalı bilgilerin sunulması önemlidir.

Araştırmaya katılan 40 yaş üstü kadınların (n=171) yarısından fazlasının mamografi yaptırdığı ve KMM yaptırdığı saptanmıştır. Mamografi çektiren (n=99) ve KMM yaptıran (n=109) kadınların yarısından fazlasının idari kadroda çalışan kadınlar olduğu görülmüştür (Tablo 2). Üniversite de akademisyenlerle yürütülen bir çalışmada %17.92'nin mamografi yaptırdığı, %30.3'nün KMM yaptırdığı bulunmuştur (28). Parsa ve ark. (29)'nin çalışmasında kadın eğitimcilerin %13.6'nın mamografi yaptırdığı, %25'nin KMM yaptırdığı saptanmıştır. Araştırma bulgularının literatürle uyumlu olmasıyla birlikte, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerini uygulama oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Meme kanserinden korunmada erken tanı için önerilen tüm tarama yöntemleri konusunda eğitimler oldukça önemlidir. Bunun için üniversitede çalışan kadınların, erken tanı yöntemlerinin meme kanserini erken tanılamada önemli yöntemler olduğu, kendi meme dokusunu tanımaları ve herhangi bir farklılık olduğunda hekime iletmeleri, meme kanseri farkındalıklarını artırmak amacı ile KKMM ve 45 yaş sonrası her yıl KMM ve mamografinin çektirilmesine yönelik eğitimlere gereksinimleri olduğu düşünülmektedir.

Kadınların CSİMÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde en yüksek güven ve sağlık motivasyonu algılarının, en düşük duyarlılık ve engel algısının olduğu, ciddiyet ve yarar algılarının ortalamasının biraz üstünde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte akademik kadroda çalışan kadınların güven, sağlık motivasyonu, duyarlılık, ciddiyet algılarının idari kadroda çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu, yarar algılarının benzer olduğu, idari kadroda çalışan kadınların engel algılarının akademik kadroda çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3). SİM'in temelinde, tarama davranışları ile güven, sağlık motivasyonu, duyarlılık, ciddiyet ve yarar algıları ile pozitif, engel algıları ile negatif ilişki vardır (30). Akademisyenlerin meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlık inançlarının değerlendirildiği bir çalışmada bu araştırmanın bulgularına benzer şekilde güven ve sağlık motivasyonu algılarının yüksek olduğu, duyarlılık ve engel algılarının düşük olduğu saptanmıştır (31). Araştırmaya dahil edilen kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin sağlık motivasyonlarının ve güvenlerinin yüksek, engel algılarının düşük olmasına rağmen, erken tanı yöntemlerine ilişkin duyarlılıklarının düşük olduğu belirlenmiştir. Buna yönelik hem akademik hem idari kadroda çalışan kadınların duyarlılık algılarını artırmaya yönelik girişimlerin planlanmasına, duyarlılıklarını etkileyen faktörlerin nitel çalışmalarla belirlenmesine gereksinim olduğu düşünülmektedir. Araştırmada, akademik ve idari kadroda çalışma durumunun CSİMÖ'nin alt boyutlarıyla karşılaştırılmasında engel algısı dışında diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığı görülmüştür. İdari kadroda çalışan kadınların engel algısının akademik kadroda çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3). İdari personelin meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin olumsuz yönleri (engelleri) yüksek olarak algıladığı düşünülebilir.

İyi huylu meme hastalığı, meme kanseri risk faktörlerinden biridir (32). Araştırmada, kadınların iyi huylu meme hastalığı olma durumlarına göre sağlık inançları incelendiğinde güven algısı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p < .05). İyi huylu meme hastalığı olan kadınların güven algısının yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Sağlık inanç modeline göre güven algısı, anormal meme kitlelerini saptamada KKMM uygulama becerisinde algılanan bireysel yeterliliği ifade etmektedir. İyi huylu meme hastalığı olan kadınların meme kanseri riskinin farkında olmaları nedeniyle erken tanı yöntemlerine daha duyarlı oldukları ve tarama yöntemlerinde bireysel yeterliliklerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

SİM'in en temel bileşenlerinin duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algısının olduğu belirtilmiştir. Duyarlılık algısı, bireyin meme kanserine yönelik algıladığı tehdidi ve sağlık davranışını yapma olasılığını yansıtmaktadır. Meme kanseri riski olan kadınların, meme kanseri tarama programlarına katılma oranları daha yüksektir (33). Bu çalışmada da ailelerinde kanser öyküsü olan kadınların duyarlılık alt boyutundan aldıkları puanlar olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Ailede kanser öyküsü olanların meme kanseri tarama programlarına daha duyarlı olduğu görülmüştür (26). Bu çalışmada duyarlılık algısı yüksek olan kadınların, ailesinde kanser öyküsü olanlara tanıklık etmiş olmaları, kendilerine ilişkin sağlık algılarında duyarlı olmalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Kadınların östrojen tedavisi alma durumları ile CSİMÖ'nin alt boyutlarıyla karşılaştırılmasında, ciddiyet algısı ve güven algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4). Araştırma bulgularında kadınların %31.06'sının oral kontraseptif kullandığı, %14.89'unun östrojen tedavisi aldığı saptanmıştır (Tablo 2). Östrojen tedavisi almayan kadınların alanlara göre meme kanserini bireysel tehdit olarak algıladığı fakat östrojen tedavisi alanların erken tanı yöntemlerini uygulama becerisine sahip olduklarını düşündükleri söylenebilir. Östrojen tedavisi alan kadınların, ciddiyet algısını arttırmaya yönelik bilgilendirilmesi, farkındalıklarının artırılmasına gereksinim vardır.

Araştırmada KKMM yapan kadınların yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bu bulgu literatürdeki araştırmalarla uyumlu olup, KKMM yapanların yarar, sağlık motivasyonu ve güven algısının yüksek olduğu belirlenmiştir (10,19). Kadınların meme muayenesinin olumlu yönlerini yüksek olarak algıladıkları (yarar algısı), KKMM uygulayanların, uygulama becerilerinde algılanan yeterliliğin yüksek olduğu (güven algısı) ve sağlığın geliştirilmesinde önemli olan sağlık motivasyonlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. KKMM'ni yapmada önemli rol oynayan engel algısı, bireyin yeni davranışı sergilemede ve bu duruma uyum sağlamada bireysel olarak algılanan engeller olarak tanımlanmaktadır. Algılanan engellerin davranış sergilemede en önemli faktör olduğu belirtilmektedir (33). Bu çalışmada da KKMM yapmayan kadınların engel algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kendi kendine meme muayenesi yapmayan kadınların, KKMM uygulama ile ilgili engellerinin belirlenmesi ve bunlara yönelik girişimlerin planlanmasına gereksinim vardır.

Kendi kendine meme muayenesi uygulamasını etkileyen faktörlerden biri kadınların KKMM ve uygulaması hakkında yeterince bilgi sahibi olmamasıdır. Kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi düzeyinin düşük olması KKMM uygulama oranlarını düşürmektedir (18,34). Araştırmada KKMM hakkında bilgi alan kadınların engel algılarının düşük, güven algıları ve sağlık motivasyonlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Araştırma bulgularına göre, bilgi alan kadınların güven algısının daha yüksek olması, algılanan yeterliliğin daha yüksek olduğunu, sağlık motivasyonlarının daha yüksek olmasının, koruyucu sağlık davranışlarının daha yüksek ve sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülme çabalarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi almayanların engel algılarının yüksek olması KKMM'nin nasıl uygulandığını bilmemelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Buna ilişkin meme sağlığı konusunda sağlık eğitim programlarının geliştirilmesine ve bu eğitim programlarına katılımlarının sağlanmasına gereksinim vardır.

Mamografi, meme kanseri tarama programlarında, mortaliteyi azaltmak için önerilen en önemli testlerden biridir (35). Mamografi çektiren ve çekirmeyen kadınlar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde, kadınların yarar, engel, duyarlılık algısı, öz etkililiği ve eyleme geçmek için tetikleyici faktörlerin belirlenmesi en önemli değişkenler arasındadır. Literatürde, mamografinin çekirilmemesinde en güçlü belirleyicinin mamografi çekirmeye yönelik engel algıları olduğu belirtilmiştir (36, 37). Bu araştırmada, mamografi çektiren kadınların güven ve sağlık motivasyonu alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4). Araştırmada, mamografi çektiren kadınların, sağlık motivasyonlarının ve mamografinin memedeki kitleyi saptamaya yönelik güven algılarının yüksek olduğu söylenebilir.

Meme kanseri erken tanılama yöntemlerinden biri olan KMM'nin 40-49 yaş arası kadınlarda, mamografinin etkinliğini arttırmak için mamografi ile birlikte yapılması önerilmektedir (4). Akademisyen Türk kadınları üzerinde yapılan bir araştırmada, kadınların %30'unun (38), benzer şekilde 50- 70 arasında 106 kadınla yapılan bir çalışmada da %49'unun (39), 1342 kadınla yürütülen bir araştırmada kadınların %19.8'nin KMM'i yaptırdığı saptanmıştır (30). Bu araştırmada ise kadınların yarısından fazlasının KMM'i yaptırdığı ve KMM'i yaptıran kadınların güven algısı ve sağlık motivasyonu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, KMM'i yaptırmayanların engel algısı puan ortalamalarının yaptıranlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Klinik meme muayenesi yaptıran kadınların, KKM'in yararlarının, avantajlarının farkında oldukları, bu tanılamının memedeki kitleyi belirlemede yeterli, etkili olduğunu, kendilerini güvende hissettikleri ve bireylerin sağlığını sürdürülmesi ve geliştirilmesinde isteklerinin yüksek olduğu söylenebilir. Kadınların sağlık inançlarına yönelik uygulanan girişimlerin sağlık motivasyonunu ve KMM'i yaptırma oranlarını artırdığı belirtilmektedir (40).

Kısıtlılıklar

Bu araştırma KKTC'de bir üniversitede akademik ve idari kadroda çalışan kadınlarla yürütülmüştür, bu nedenle sonuçlar sadece bu kadınlara genellenebilir. Bunun yanında, kadınların KKMM yapma, uygulama, bilme durumları kendi bildirimlerine göre değerlendirilmiştir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu araştırmada, kadınların yarısının KKMM yaptıkları, araştırma örneklemine dahil olan 40 yaş üstü kadınların yarısından fazlasının mamografi çektiği, klinik meme muayenesi yaptırdığı, kadınların güven ve sağlık motivasyonu algılarının yüksek, duyarlılık ve engel algısının düşük, ciddiyet ve yarar algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, idari kadroda çalışan kadınların, akademik kadroda çalışanlara göre CSİMÖ alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Kadınların meme kanserinde erken tanı yöntemlerine yönelik sağlık inançlarını; iyi huylu meme hastalığı ve ailesinde kanser öyküsü olma, östrojen tedavisi alma, KKMM yapma, yapmayı bilme, KKMM hakkında bilgi alma, mamografi çekirme, bir uzmana KMM yaptırma durumunun etkilediği saptanmıştır.

Araştırma bulgularına göre, kadınlar sağlık profesyonelleri özellikle de hemşireler tarafından meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgilendirilmeli, toplumda farkındalık çalışmaları ve eğitimler planlanmalıdır. Bu eğitimlerde basın-yayın, sosyal medya gibi iletişim araçlarından yararlanılması, özellikle TV, dergi broşür gibi bilgi kaynaklarının sağlık profesyonellerinin denetiminde hazırlanarak, topluma güncel, bilimsel bilginin sunulması önemlidir. Kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin sağlık davranışlarının geliştirilmesinde sağlık inançlarının belirlenerek, erken tanı yöntemlerine ilişkin engellerin tanımlanması ve eğitimlerin bu doğrultuda planlanmasına gereksinim vardır. İdari kadroda çalışan kadınların

meme kanserinde erken tanı yöntemlerine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörler belirlenerek gerekli girişimlerin planlanması önerilir.

Çıkar Çatışması

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. Shrivastava S, Shrivastava P, Ramasamy J. Self breast examination: A tool for early diagnosis of breast cancer. *Am J Public Health Res* 2013;1(6): 135-9.
2. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak S, Tükün A, Yalcın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi* 2011;7(2):47-67.
3. Ferley J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2013; 136(5):359-386. Erişim Adresi: <http://globocan.iarc.fr> Erişim Tarihi:16.10.2018.
4. T.C. Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara, 2014. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR_uzuuun.pdf Erişim Tarihi:16.10.2018.
5. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi, Sağlık İstatistikleri. Lefkoşa, 2012. Erişim Adresi: http://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistikler/2012_iSTATiSTiKLERi/istatistik2012.html Erişim Tarihi:10.01.2019.
6. Koçyiğit O, Erel S, Kısmet K, Kılıçoğlu B, Sabuncuoğlu M, Akkuş M. Polikliniğe başvuran kadınların meme kanseri, meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi düzeyi: il merkezinde yapılan bir çalışma. *Nobel Med* 2011;7(2):19-25.
7. Amerikan Kanser Birliği Cancer Facts and Figures. 2012. Erişim adresi: <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2012> Erişim Tarihi:16.10.2018.
8. Majidi A, Majidi S, Salimzadeh S, Khazae-Pool M, Sadjadi A, Salimzadeh H, et al. Cancer screening awareness and practice in a middle income country: A systematic review from Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 2017; 18(12): 3187-3194.
9. Kabatas M, Kızıl H, Duman D. Bayan öğretmenlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2010;6(4):150-155.
10. Şahin Z, Özdemir F. Kars'ta yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2015;13(2):54-61.
11. American Cancer Society Recommendations for the Early Detection of Breast Cancer 2017. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer>.Erişim Tarihi:05.08.2019.
12. TC Sağlık Bakanlığı, Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> Erişim Tarihi:05.08.2019.
13. Akhtari-Zavare M, Juni M, Said S, Ismail I. Beliefs and behavior of malaysia undergraduate female students in a public university toward breast self-examination practice. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(1):57-61.
14. Al-Battawi J, Sofar S. Utilization of health belief model as a guide for prediction of breast self-examination. *International Journal for Research In Health Sciences and Nursing* 2018;4(1):46-63.
15. Duman N, Algier L, Pınar G. Health beliefs of the female academicians about breast cancer, screening tests and the affecting factors. *International Journal of Hematology and Oncology* 2013;27(1):233-241.
16. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4(1):15-20.
17. Kissal A, Ersin F, Koç M, Vural B, Çetin Ö. Determination of Women's Health Beliefs, Breast Cancer Fears, and Fatalism Associated with Behaviors Regarding the Early Diagnosis of Breast Cancer. *International Journal of Cancer Management*, 2018;11(12): e80223.
18. Diab S, Wahdan I, Gawwad E, Sallam S. Mammography screening utilization behavior among Egyptian female employees in Alexandria. *Journal of High Institute of Public Health* 2018;48(2):114-124.
19. Karayurt Ö, Dramalı A. Adaptation of Champion's health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nurs* 2007;30(1):69-77.

20. Aker S, Öz H, Tunçel E. Samsun'da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2015;11:115-122.
21. Arslan M, Şahin D. Kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi durumlarına eğitimin etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi* 2013;1(1):8-16.
22. Ketten H, Yıldırım F, Ölmez S, Üçer H, Çelik M. Kahramanmaraş kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi'ne başvuran kadınların meme kanseri konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Gaziantep Medical Journal* 2014;20(3):212-216.
23. Ahmed A, Zahid I, Ladiwala ZR, Sheikh R, Memon AS. Breast self-examination awareness and practices in young women in developing countries: A survey of female students in Karachi, Pakistan. *J Edu Health Promot* 2018;7:90
24. Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: A cross-sectional study. *World J Surg Oncol* 2006;4:11
25. Kartal A, İnci F, Koştu N, Çınar İ. Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2017;10(1):7-13.
26. Şen S, Başar, F. Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi* 2012;8(4):185-19.
27. Sohbet R., Karasu, F. Kadınların Meme Kanseri Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(4):113-121.
28. Duman N, Algier L, Pınar G. Health beliefs of the female academicians about breast cancer, screening tests and the affecting factors. *International Journal of Hematology and Oncology* 2013;27(1):233-241.
29. Parsa P, Kandiah M, Zulkefli NM, Rahman HA. Knowledge and behavior regarding breast cancer screening among female teachers in Selangor, Malaysia. *Asian Pacific journal of cancer prevention* 2008;9(2):221-228.
30. Gürsoy AA, Mumcu HK, Çalık KY, Bulut HK, Nural N, Kahrıman, et.al. Attitudes and health beliefs associated with breast cancer screening behaviors among Turkish women. *Journal of Transcultural Nursing* 2011;22(4):368-375.
31. Ceber E, Yücel U, Mermer G, Ozentürk G. Health beliefs and breast self-examination in a sample of Turkish women academicians in a university. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009;10(2):213-8.
32. Dikmen BT, Bayraktar N. Meme Kanseri Risk Faktörleri, Erken Tanı ve Tarama Programları. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics* 2019;5(1):1-7.
33. Abolfotouh M, Ala'a A, Mahfouz A, Al-Assiri M, Al-Juhani A, Alaskar A. Using the health belief model to predict breast self examination among Saudi women. *BMC Public Health* 2015;15(1):1163.
34. Jumah J. Knowledge & practice of Saudi women about the prevention of breast cancer. *International Journal of Applied* 2013;3(2):8-13.
35. Marmarà D, Marmarà V, Hubbard G. Lifetime utilization of mammography among Maltese women: A cross-sectional survey. *BMC public health* 2018;18(1):182.
36. Darvishpour A, Vajari SM, Noroozi S. Can health belief model predict breast cancer screening behaviors?. *Open access Macedonian journal of medical sciences* 2018;6(5):949-953.
37. Wilt TJ, Harris RP, Qaseem A. Screening for cancer: Advice for high-value care from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine* 2015;162(10): 718-725.
38. Avci I, Kumcagiz H, Altinel B, Caloglu, A. Turkish female academician self-esteem and health beliefs for breast cancer screening. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(1):155-60.
39. Mermer G, Turk M. Assessment of the effects of breast cancer training on women between the ages of 50 and 70 in Kemalpaşa, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;14(24):10749-55.
40. Tuzcu A, Bahar Z, Gözüm S. Effects of interventions based on health behavior models on breast cancer screening behaviors of migrant women in Turkey. *Cancer nursing* 2016;39(2), E40-E50.

Doğum Destekçilerinin Doğum Eylemine Destek Konusundaki Görüşleri ve Gereksinimleri

Ayşe ŞENOĞLU* Zekiye KARAÇAM**

Öz

Giriş: Doğum süreci, kadının anneliğe uyumunun sağlanmasında birçok değişimlerin yaşandığı son derece önemli bir dönemdir. Bu karmaşık süreçte kadınların tanıdığı, bildiği ve güvendiği biriyle birlikte olması, sürecin daha olumlu ve başarılı tamamlanmasını sağlayabilir. **Amaç:** Araştırma doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüş ve gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma niteliksel olarak, 15 Mayıs – 31 Aralık 2018 tarihleri arasında, Aydın Kadın, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenen doğum eyleminin birinci ve dördüncü devreleri süresince en az iki saat süre ile doğum yapan kadının yanında bulunan 17 kişi dâhil edilmiştir. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Verileri içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Doğum destekçilerinin doğum yapan yakınlarına destek olma konusunda eğitimin özellikle tecrübesiz olanlar için gerektiği, doğum yapan kadınların fiziksel ve duygusal desteğe ihtiyaçları olduğu, destek olmada doğum tecrübesi olanların yeterli oldukları ancak tecrübesiz olanların kendilerini yetersiz hissettikleri ve doğum yapan kadına doğum desteğinin fiziksel, duygusal ve sosyal yönden yararları olduğuna ilişkin önemli görüşlere sahip oldukları; sağlık personelinde/kurumdan olumlu iletişim, temiz ortam, bilgilendirme, kararlarına saygı ve ebelik bakımı ile anneye doğumda yardımcı/destek olabilmek için bilgilendirme ve eğitim gereksinimleri olduğuna yönelik bulgular elde edilmiştir. **Sonuç:** Sonuç olarak, doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüşlerinin “doğum yapan kadının eğitim alma, destek olmada yeterlilik hissetme ve desteğin anneye yararları”, gereksinimlerinin ise “sağlık personelinde/kurumdan beklentiler, bilgilendirme ve eğitim ihtiyaçları” temaları altında toplandığı bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Doğum Eylemi, Doğum Destekçisi, Doğum Eyleminde Gereksinim.

Abstract

Opinions and Requirements of Companionship to Support on Labour

Background: The birth process is an extremely important period in which many changes are experienced in ensuring the harmony of women to motherhood. The fact that women are familiar with someone they know and trust in this complex process can lead to a more positive and successful completion of the process. **Objectives:** The research was conducted to determine the opinions and requirements of the companionship about supporting in labour. **Methods:** The study was carried out qualitatively between 15 May and 31 December 2018 at Aydın Women's Maternity and Children's Hospital. The sample of the study with purpose sampling method is included 17 people who were stay with the women who childbirth for at least two hours during the first stage and fourth stage of labour. The research data were collected by a structured and semi-structured interview form which was prepared by the researchers based on the relevant literature. Data were analyzed using the content analysis method. **Results:** The necessity of education about supporting the women who give birth for -especially for the inexperienced-companionship was stated. It is stated that women who give birth need physical and emotional support and those who have birth experience are sufficient to support them. However, it was stated that the inexperienced people felt insufficient and had important views on the physical, emotional and social benefits of birth support to women who gave birth. It was determined that companionship needed to be respected for their decisions and informed and educated about positive communication, clean environment, midwifery care and help/support for the mother at birth from health personnel/ institution. **Conclusion:** As a result, the opinions of companionship about support for labor were gathered under the themes of, “education, support needs of the woman giving birth, sufficiency in support and the benefits of support for the mother”. Also birth companionship's requirements for the support for birth were collected under themes of “information, educational needs and expectations from health personnel/ institution”.

Key Words: Labour, Birth Companionship, Requirement in Labour.

Geliş tarihi: 13.02.2019

Kabul tarihi: 07.10.2019

Doğum süreci, kadının anneliğe uyumunun sağlanmasında birçok değişimlerin yaşandığı son derece önemli bir dönemdir. Bu süreçte, kadın hem kendisinin hem de bebeğinin sağlığına ilişkin yoğun kaygı yaşayabilir (1). Diğer yandan, bazı durumlarda doğum eylemi sürecinde gelişebilecek komplikasyonlar öngörülemez. Bu durum da doğum sürecinin daha yakın izlemine zorunlu hale getirmektedir (2). Ayrıca kadınların yaklaşık %20'si doğuma ilişkin korku yaşamaktadırlar (3). Bu karmaşık süreçte kadınların tanıdığı, bildiği ve güvendiği biriyle birlikte olması, sürecin daha olumlu ve başarılı tamamlanmasını sağlayabilir (2,4-6). Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Ebeler Federasyonu gibi ulusal ve uluslararası kuruluşlar doğum eylemi süresince, kadının yanında sağlık çalışanlarından başka bir destekleyicinin olmasını önermektedirler (5,7,8). Ülkemizde Anne Dostu Hastane Programı'nın uygulamaya konulması ile birlikte doğumda destekçilere yer vermeye başlanmıştır. Doğum destekçileri ya da sürekli doğum desteği uygulamalarının ülkemizde yeni başlaması ve yaygınlaştırılmasının öngörülmesi nedenlerinden dolayı üzerinde çalışılması gereken önemli bir konudur.

Doğum desteğinin amacı, kadının doğum süreciyle baş etmesine yardımcı olmak, olumlu doğum deneyimi yaşamalarını ve anneliğe uyumunu sağlamaktır (2,9-12). Doğum desteği gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde bu konuda eğitilmiş profesyoneller (ebe ve hemşire) tarafından sağlanabileceği gibi, eş, arkadaş ya da akrabalar, bu konuda özel eğitimi olan kişiler (doula ya da doğum koçları), hastanelerin ya da sivil toplum kuruluşlarının görevlendirebileceği biri tarafından da sağlanabilir (13,14). Kadının doğum destekçisini kendisinin seçmesi daha yararlı olabilir. Bu konuda yapılan çalışmalarda kadınların doğum

*Uzman Ebe, Sağlık Bakanlığı Adana İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, Adana. E-mail: aysenoglu@gmail.com, ORCID No: 0000-0003-0580-1758 **Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebeler Bölümü, Aydın. E-mail: zkaracam@adu.edu.tr, ORCID No: 0000-0002-0419-8961

eylemi sırasındaki destekçisini kendisinin seçmesi, doğum deneyiminden memnuniyetini daha olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (2).

Doğum destekçileri, doğum sürecinde kadınlara fiziksel, duygusal, sosyal ve bilgi desteği sağlayabilirler (1, 10). Ayrıca bu kişiler, uygun eğitim verildiğinde, sağlık çalışanlarının gebenin yanında bulunmadığı zamanlarda bazı tehlike işaretlerini fark edebilir ve sağlık çalışanlarını uyabilir. Yine doğum destekçileri sadece doğum sürecinde değil, doğum sonrası dönemde de anne ve bebek açısından gelişebilecek komplikasyonların erken tespiti ve önlem alınmasına katkı sağlayabilir (2).

DSÖ, doğum sürecinde sağlanan desteğin doğum eylemine, anne sağlığına ve bebek sağlığına olumlu katkılarının olduğunu belirtmektedir (2). Yapılan çalışmalar da doğum desteğinin anne ve bebeğin sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (2,13-15). Doğum destekçileri, sezaryen doğum oranlarının, müdahaleli doğumların ve analjezi kullanımının azalmasına, doğum eylemi süresinin kısalmasına, daha olumlu doğum deneyimi yaşanmasına, anne bebek bağlanmasının iyileşmesine ve yenidoğanın beşinci dakikadaki APGAR skorunun daha iyi olmasına katkı sağlayabilir (1,2). Doğum desteğinin etkinliğine ilişkin nicel kanıtlar, sezaryen oranını %25, müdahaleli vajinal doğum ve doğum ağrısını %10 oranında azaltabileceğini göstermektedir. Ayrıca bu destek, kadınların doğum süreciyle baş etmesini de kolaylaştırabilir (2).

DSÖ, güvenli annelik kapsamında, sağlık personelinin doğum eylemi sırasında gelişebilecek risklerin öngörülmesi ve önlem alınabilmesi için Güvenli Doğum Kontrol Listesini kullanmalarını önermektedir. Bu listede, ailelerin doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne için doğum destekçisinin bulundurulması yönünde teşvik edilmesi gerekliliği de belirtilmektedir (7). Ebelerin doğumda sürekli destekleyici bakım veren sağlık profesyoneli ve diğer doğum destekçilerinin eğitimcisi olarak önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ebeler, doğum öncesi izlem sırasında gebelere doğum destekçisi seçmeleri, onlardan yardım almaları ve hangi yardımları alabilecekleri konusunda danışmanlık yapabilirler. Ayrıca, ebelerin doğuma katılan destekçi bireylere anneye sağlayabilecekleri destekler konusunda yardımcı olmaları gerekmektedir (2,16-19).

Ülkemizde, son yıllarda uygulanmaya başlayan Anne Dostu Hastane Uygulamaları kapsamında doğum sırasında kadınların yanında refakatçi bulundurulması uygulamaları başlatılmıştır (20). Ancak literatür incelendiğinde; ülkemizde doğuma katılacak kişiler ile ilgili herhangi bir çalışma bulunmadığı gözlenmektedir. Ayrıca, bu kişilerin doğuma destek ile ilgili bilgileri, görüşleri ve deneyimleri bilinmemektedir. Bu nedenle doğum destekçisi olarak doğuma katılan kişilerin doğuma destek konusundaki görüşleri ve gereksinimlerinin kültürel özelliklerimizi de yansıtacak biçimde açığa çıkarılmasına gereksinim bulunmaktadır. Elde edilen bilgiler doğum destekçisi bulundurma uygulamalarının geliştirilmesine ve anne-bebek için doğum sürecinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüş ve gereksinimlerini belirlemektir.

Araştırma Soruları

S1: Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüşleri nasıldır?

S2: Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki gereksinimleri nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüş ve gereksinimlerini belirlemek amacıyla niteliksel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, 15 Mayıs – 31 Aralık 2018 tarihleri arasında, Aydın Kadın, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu hastanede doğum hizmetleri anne dostu hastane kriterlerine uygun olarak verilmektedir.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın örnekleme amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenen doğum eyleminin birinci ve dördüncü devreleri süresince en az iki saat süre ile doğum yapan kadının yanında bulunan 17 kişi dahil edilmiştir. Literatürde, niteliksel araştırmaların örnekleme hacminin, araştırma sorularına verilen yanıtların doygunluk noktasına ulaşmasına (tekrarlaması) göre belirlenebileceği ve genellikle 5–25 kişinin yeterli olduğu bildirilmektedir (21,22). Araştırmanın dâhil edilme kriteri 18 yaş ve üzerinde olma idi. Araştırmanın dışlanma kriterini ise Türkçe bilmeme ve konuşamama oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Görüşme formunda katılımcıların tanıtıcı özelliklerini sorgulayan 14, doğum öncesi eğitim sınıflarına katılma ve doğum sonrası dönemde de desteği sürmeye yönelik yedi, deneyimlerini ve gereksinimlerini sorgulayan yedi olmak üzere toplam 28 soru yer almaktadır. Görüşme formunun kapsam geçerliğini sağlamak için nitel araştırma konusunda deneyimli uzmanların görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Daha sonra bu formun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek ve görüşmenin standardizasyonunu sağlamak için doğumun birinci ve dördüncü devresinde bulunan beş kişi ile ön uygulama yapılmış ve görüşme formuna son şekli verilmiştir. Formda herhangi bir değişikliğe gereksinim olmadığından, ön uygulamada elde edilen veriler analize dâhil edilmiştir.

Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri, niteliksel araştırma deneyimi olan ikinci araştırmacının süpervizörlüğünde, ebelerde doktora öğrencisi olan birinci araştırmacı tarafından toplanmıştır. Görüşme sırasında doğuma katılan kişilerin mahremiyetleri dikkate alınmış, görüşmeler hastane içerisinde uygun ve boş olan bir odada toplanmıştır. Soru formunun ilk 21 sorusundan oluşan yapılandırılmış bölümü yüz-yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Kalitatif veriler, soru formundaki yarı-yapılandırılmış sorulara ile derinlemesine görüşme yapılarak elde edilmiş ve araştırmacı tarafından yazılarak kayıt edilmiştir. Alınan notlar, kişilere geri

okunarak verdikleri ya da vermek istedikleri yanıtlar doğrulanmış ve eksik veriler tamamlanmıştır. Her bir katılımcı ile yapılan görüşme süresi yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların tanıtıcı ve obstetrik özellikler ile doğum öncesi eğitim sınıflarına katılma ile ilgili verileri sayı ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın kalitatif verileri ise; içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Doğum destekçilerinin deneyim ve gereksinimlerinin dökümleri sorulara göre yapılmıştır. Önce görüşme sorularına verilen yanıtlar kelime kelime Microsoft Word belgesine yazılmıştır. Tüm görüşmelerden 14 word sayfası (12 punto, Times New Roman) ham veri elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizi tümevarım içerik analizi ve betimsel analiz yoluyla çözümlenmiştir. Katılımcıların sorulara verdiği yanıtlar tek tek okunarak kodlar oluşturulmuştur. Ortak yönleri olan başlangıç kodları alt tema ve temalar biçimde bir üst temada birleştirilmiştir. Elde edilen tema çeşitliliği ve yoğunluğu yorumlanarak örnekleri ile birlikte sunulmuştur. Başlangıç kodlarını birinci araştırmacı oluşturmuş ve ikinci araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir. Beş adet nitel soru ile birinci ve ikinci araştırmacının başlangıç kodlarını belirlemedeki uyumu incelenmiş ve uyum oranı %93.8 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Protokol numarası: 2018/33) Araştırma verilerinin Aydın Kadın, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde toplanabilmesi için hastaneden resmi izin alınmıştır (Tarih ve Sayısı: 07.06.2018 ve 69836136-605.1). Verilerin toplanmasında öncelikle doğuma katılan kişiler ile tanışılmış ve onlara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamları alındıktan sonra birinci araştırmacı tarafından görüşme yapılarak veriler toplanmıştır. Araştırmaya davet edilen kişilerin tamamı gönüllü katılım sağlamıştır.

Bulgular

Doğum destekçilerinin sosyo-demografik, obstetrik ve doğum desteğine yönelik bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Doğum Destekçilerinin Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Doğum Desteğine Yönelik Verileri (N = 17)

Veriler	N
Yaş ortanca: 30 (Min = 18-Max = 60)	
Eğitim durumu	
Okur-yazar değil	3
Okur-yazar	1
İlkokul	8
Lise	2
Lisans	3
İkamet yeri	
İl merkezi	3
İlçe merkezi	11
Kasaba	1
Köy	2
Gelir getiren bir işte çalışan	4
Gelir durumu	
Gelir gidere göre düşük	2
Gelir gidere denk	14
Gelir giderden fazla	1
Sağlık güvencesi olmayan	7
Evli olan	11
Evlilik süresi ortanca: 17.5 (Min = 4 Max = 45 yıl)	
Gebelik deneyimi olan	11
Gebelik sayısı ortanca: 2 (Min = 1 Max = 11)	
Vajinal doğum deneyimi olan	10
Sezaryen doğum deneyimi olan	1
Yaşayan çocuk sayısı ortanca: 2 (Min = 1 Max = 7)	
Gebeye yakınlık derecesi	
Anne	1
Kayınvalide	3
Kız kardeş	3
Teyze	1
Yenge	3
Kızı	1
Hala	1
Görümce	4
İzlemlerde gebenin yanında bulunma	7

Gebe bilgilendirme sınıflarına katılma	-
Doğum sonrası dönemde desteği sürdürme planı olan	9
Kendi doğumunda yanında destekçi bulunan	11

Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüşleri “*eğitim alma konusundaki görüşler, doğum yapan kadının destek ihtiyaçları konusundaki görüşler, destek olmada yeterlilik hissetme konusundaki görüşler ve desteğin anneye yararları konusundaki görüşler*” olarak dört tema altında toplanmıştır. Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki gereksinimleri ise “*sağlık personelinden/kurumdan beklentiler, anneye doğumda yardımcı/destek olabilmemiz için ihtiyaçlar ve eğitim ihtiyaçları*” olarak üç adet olmak üzere toplam yedi tema altında toplanmıştır. Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüşleri ve gereksinimleri doğrultusunda çıkarılan başlangıç kodları Tablo 2 ve Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 2. Doğum Destekçilerinin Doğum Eylemine Destek Konusundaki Görüşleri (N = 17)

Temalar	Alt Temalar	Başlangıç Kodlar	N
Eğitim alma konusundaki görüşler			
Eğitim	Gerekli	Eğitime katılmalı (n = 1), etkili olacağını düşünme (n = 2) eğitim gerekli (n = 10)	13
	Gerektiren durumlar	Doğum tecrübesi olanlar için de gerekli (n = 1), doğum tecrübesi olmayanlar için gerekli (n = 3), eğitim ağı yönetimine yardımcı olabilmek için gerekli (n = 2), ağı yönetimine yardımcı olamadım (n = 1), bakımın nasıl yapılacağı ile ilgili eğitim gerekli (n = 4), ben kıvrandım o kıvrandı (n = 1)	12
	Gerekli değil	Doğum tecrübesi olanlar için gerekli değil (n = 3), eğitime gerek yok (n = 2), eğitimin alınması gerektiği konusunda fikri yok (n = 1)	6

Doğum yapan kadının destek ihtiyaçları konusundaki görüşleri

İhtiyaçlar	Fiziksel destek	Anne ve bebek bakımı için gerekli (n = 1), ilk gebelik ve ilk kez anne olanlar için gerekli (n = 1), sezaryen olduğunda ihtiyaç (n = 2), pozisyon için destek (n = 1), emzirmeye yardım (n = 2), tuvalet ihtiyacı (n = 1), doğum sonu bebek bakımı (n = 1), fiziksel destek (n = 1), giysi temini (n = 1)	11
	Duygusal destek	Elini tutma (n = 2), yardımcı olma (n = 5), acılarını hissetme (empati) (n = 1), güven (n = 1), ikinmayı öğrenme (n = 1), psikolojik destek (n = 2), yalnız kalmama (n = 3), bilmediklerine yardımcı olma (n = 2), konuşma (n = 2), dikkati dağıtma (n = 1), teselli (n = 1)	21

Destek olmada yeterlilik hissetme konusundaki görüşler

Yeterlilik	yeterli	Destek konusunda yeterliydim (n = 10), tecrübeli olduğum için yeterliydim (n = 1), yardımcı oldum (n = 2), sırtına masaj yaptım (n = 1)	14
	Yetersiz	Bazı konularda yeterli değildim (n = 2), yetersizdim (n = 3), tecrübesiz olduğum için yetersizdim (n = 2), kısmen yeterliydim (n = 1)	8

Desteğin anneye yararları konusundaki görüşler

Yararlar	Duygusal destek	Yalnız hissetmeme (n = 2), güven, sevgi, ilgi, alaka (n = 2), sakin olması (n = 2), rahatlama (n = 2), destek (n = 1), akıl verme (n = 1), sabır (n = 1), umut (n = 1), yarar sağlama (n = 2), mutluluk (n = 1), moral sağlama (n = 1), cesaret (n = 1), iyi geliyordu (n = 1), güzel şeylere yönlendirme (n = 1)	19
	Fiziksel destek	Yardım (n = 5), pozisyonuna yardım (n = 3), ebe ve doktorla iletişim kurmasında yardım (n = 3), emzirmeye yardım (n = 1), bebek bakımı için yardım (n = 2), anneye yardım (n = 1)	15
	Sosyal destek	Aileden biri (n = 1), tanıdık kişi (n = 1)	2

Tablo 3. Doğum Destekçilerinin Doğum Eylemine Destek Konusundaki Gereksinimleri (N = 17)

Temalar	Alt Temalar	Başlangıç Kodlar
Sağlık personelinden / kurumdan beklentiler		

Beklentiler	Olumlu iletişim	Ebeler çok iyiydi (n = 4), doktorun ilgilenmesi (n = 1), sorularımıza yanıt vermeleri (n = 1), İlgi, alaka (n = 5), güler yüz (n = 2), sık bakmaları (n = 1), doğumunu yaptırılmaları (n = 1), terslememe (n = 1),	16
	Temiz ortam	Temizlik (n = 1), çarşaf değişimi (n = 1)	2
	Bilgilendirme	Eğitim vermeliler (n = 2)	2
	Karara saygı	Doğum tercihinin dilkkate alınması (n = 1)	1
	Sosyal destek	Rahat edebileceği kişinin alınması (n = 1)	1
	Ebelik bakımı	Ebenin yardımını (n = 2), birinin yanında olması (n = 1), bizleri yönetseler (n = 1), hemen koşup gelmeleri (n = 1)	5

Anneye doğumda yardımcı / destek olabilmemiz için ihtiyaçları

İhtiyaçlar	Bilgilendirilme	Daha iyi bilgi sahibi olmak (n = 3), kursa katılmak / eğitim almak (n = 4)	7
	İkinci evrede de yanında olma	Doğum anında da yanında olmak (n = 1)	1

Eğitim ihtiyaçları

Eğitim gereksinimi	Gereksinim var	Eğitim almak isterdim (n = 10), bebek bakımı için eğitim almak isterdim (n = 1), daha faydalı olurduk (n = 1), bilgimiz artardı (n = 1), eğitim alabileceğimi bilmiyordum (n = 1), eğitim almam gerekliliği konusunda emin değilim (n = 2), eğitimler okullarda verilmeli (n = 1), bizim ülkede eğitim şart (n = 1), eğitim iyi bir şey (n = 2)	20
	Gereksinim yok	Doğum öncesi tecrübeli olduğum için almak istemezdim (n = 1), eğitim almak istemem (n = 2), benim bilgim yeterli (n = 2)	5
	Eğitime ulaşmada zorluk	Ulaşım sorunu yüzünden eğitime katılamıyoruz (n = 1), İstesem de eğitime şartlarım nedeniyle katılamam (n = 2)	3

Doğum destekçilerinin eğitim alma konusundaki görüşlerine yönelik eğitim teması altında “gerekli”, “gerekli olmayan durumlar” ve “gerekli değil” alt temaları saptanmıştır (Tablo 2). Doğum destekçilerinin eğitim alma konusundaki görüşleri ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Ben kendim anne olduğum için ikinci bir eğitimi gerekli bulmadım. Ama bekarlarsa, tecrübesizlerse girsinler mutlaka yani en azından bilgi sahibi olurlar. Ben doğum yaptığım için ihtiyaç hissetmedim. Çünkü üç doğumdan sonra bazı şeyler yerine oturuyor” (D2).

“Bence gerekiyor. Çünkü nasıl bakacaklarını daha da iyi bilmeleri gerekiyor. Mesela ağırları falan. Neresi ağrıyor bilmiyorum. Nasıl müdahale etceğimi bilmiyorum. Bunları öğrenmem lazımdı bence” (D8).

“Kesinlikle katılıyorum. Daha bilinçli hani, hangi konuda ne zaman ne yapılması gerektiğinin eğitimini alırlarsa daha da yardımcı olurlar. Baktıkları gelini olur, kızı olur vs. daha çok bilinçlenirlerse daha iyi destek sağlarlar diye düşünüyorum” (D15).

Doğum destekçilerinin, doğum yapan kadının destek ihtiyaçları konusundaki görüşlerine yönelik ihtiyaçlar teması altında “fiziksel destek” ve “duygusal destek” alt temaları saptanmıştır (Tablo 2). Doğum destekçilerinin, doğum yapan kadının destek ihtiyaçları konusundaki görüşleri ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Doğum destekçisi her kadın için olmalı. Ağrısı sızısı olduğunda en azından elini tutabiliyorsun. Yardımcı olabiliyorsun. Çektiği acıları bir nebze olsun hissedebiliyorsun” (D1).

“Kesinlikle olmalı. Çünkü kendini güvende hissediyor. En azından elimi tuttu. Elimden o güveni hissedebiliyor. Yenge ne yapcam dediğinde en azından yardımcı oldum. En basitinden nasıl ıkıncam dediğinde ne yapması gerektiğini biliyor bu sefer yanında görebildiği zaman o güveni alabiliyor ki aldı da. Bu gözle görülebilir” (D2).

“Evet olmalı. Bence olmalı. Çünkü ben hiçbir şey yapamadım yani. Bu konuda eğitilmiş birileri olmalı kesinlikle” (D7).

Doğum destekçilerinin, destek olmada yeterlilik hissetme konusundaki görüşlerine yönelik yeterlilik teması altında “yeterli” ve “yetersiz” alt temaları saptanmıştır (Tablo 2). Doğum destekçilerinin, destek olmada yeterlilik hissetme konusundaki görüşleri ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Yetersizdim çünkü hiçbir şey bilmiyordum” (D7).

“Yok yetersizim. Tam donanımlı değilim açıkçası. İlk deneyimim olacak” (D9).

“Ben kesinlikle yeterli değilim çünkü hiç bişey bilmiyorum sadece ebeyi falan çağırmam gerektiğinde yardımcı olurum” (D13).

“Tabiki şöyle hani, benim de bir yere kadar yeterli olduğum noktalar vardır ama yetersiz olduğum yerler de olabilir. Bence psikolojik bi desteğe de ihtiyaçları olabilir diye düşünüyorum yani. Eğitim, bunun özel hani eğitimciler tarafından diye düşünüyorum. Gebe okulları, doğum öncesi eğitim, kurslar oluyor hamilelik döneminde. Bence kesinlikle bunlara ihtiyaç var. Bu çalışmaların devam edilmesini mantıklı buluyorum” (D15).

Doğum destekçilerinin desteğin anneye yararları konusundaki görüşlerine yönelik yararlar teması altında “duygusal destek”, “fiziksel destek” ve “sosyal destek” alt temalı saptanmıştır (Tablo 2). Doğum destekçilerinin desteğin anneye yararları konusundaki görüşleri ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Dinleniyo tabi arkası, rahatlıyor tabi. Benimde işte doğum yaptığım zaman yengem vardı. Köyde ilk doğumda, sancım girdi mi arkamı sıvazlardı, ben rahatlardım, çok hissederdim. O yüzden bende ona birkaç şey yapıverdim. Bilmiyom, o da rahatladı mı” (D4).

“Destek verdik. Sancuları çoktu bayağa. Şöyle böyle diye bayağa akıl verdik. Geçer diye. Sabret. Sonu selamet baksana, kucağına alacaksın dedik” (D5).

“Anne en azından kendisini yalnız hissetmedi. Sancıyı çekerken yanında ben vardım. Kusarken ben vardım. Bu ona iyi geliyordu” (D6).

“Kızıma güven ve de huzur, mutluluk sağlıyor” (D10).

“Onunda morali daha iyi olur, yanında bi tanıdık bikişi olduğu için” (D12).

Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki gereksinimleri doğrultusunda sağlık personelinden/kurumdan beklentilerine yönelik beklentiler teması altında “olumlu iletişim”, “temiz ortam”, “bilgilendirme”, “karara saygı”, “sosyal destek” ve “ebelik bakımı” alt temaları saptanmıştır (Tablo 3). Doğum destekçilerinin sağlık personelinden/kurumdan beklentilerine yönelik gereksinimleri ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Yatakların günde 2-3 kez değişmesi gerekiyor. Annenin mikrop kapmaması için odaların steril olması gerekiyor” (D6).

“İşte gelinimi doğurtsunlar, beklentim o” (D12).

“Bizlere eğitim verebilirler, daha güler yüzlü olabilirler” (D13).

“İlgilenmelerini istiyoruz yani, herhangi bir sancısı olduğunda hemen koşup müdahale edip, yalnız sık sık bakmalarını istiyoruz” (D14).

Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki gereksinimleri doğrultusunda anneye doğumda yardımcı/destek olabilmeleri için ihtiyaçlar teması altında “bilgilendirme” ve “ikinci evrede de yanında olma” alt temaları saptanmıştır (Tablo 3). Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki gereksinimleri doğrultusunda anneye doğumda yardımcı/destek olabilmeleri için ihtiyaçlarla ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Doğum anında yanında değildim. Giremedim yanına. Doğuma kadar yanımdaydım. Doğum anında da yanında olmak isterdim. Benim bir şeye ihtiyacım olmadı” (D2).

“Ne yapmak isterdim. Daha iyi bir bilgiye sahip olmak isterdim. Bende bir kurs olsa katılırdım doğum yapanın yanında. Aynı şekilde daha iyi bir bilgiye sahip olmak isterdim” (D3).

“Ebelerin eğitim vermeleri iyi olurdu aslında” (D13).

“Yani, eğitim verilebilir seminer şeklinde. Olabilir. Daha da iyi olur yani. Yani sağlıktada olsak bazı bilgilerimizin yanı sıra o an için kesinlikle dediğim gibi psikolojik olarak hani, bedenen ve ruhen de mutlaka yanında birisinin bir desteğe kesinlikle ihtiyaç olduğunu düşünüyorum” (D15).

Doğum destekçilerinin doğum eylemine destekleri konusundaki gereksinimleri doğrultusunda eğitim ihtiyaçlarına yönelik eğitim gereksinimi teması altında “gereksinim var”, “gereksinim yok” ve “eğitime ulaşmada zorluk” alt temaları saptanmıştır (Tablo 3). Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki gereksinimleri doğrultusunda eğitim ihtiyaçları ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Elimizden geldiği kadar psikolojik destek veriyoruz. Biz kendimiz ne yaşadysak daha iyi olacak şekilde veriyoruz desteği. Daha iyi bir destek verseler bizde katılır öğrenirdik yani. Burası uzak olduğu için bizim köylere mesela sağlık ocaklarımızda bilgilendirme olsa daha iyi olur yani. Bu şekilde katılmak isterdik. Buraya geldiğinde emzirme, gebelik öncesi eğitim veriyorlar ama uzağımız biz ister istemez 40-50 kilometre yolumuz, sarp yoldan geldiğimiz için tam desteği alamıyoruz mesela. İyiyiz, memnunuz sağlık açısından herşeyimiz var ama köyler uzak olduğu için aniden gelemiyorsun yani. Günü birlik dönüyoruz yani gelsek bir saate randevumuz bitiyor. Servislerimiz geriye döndüğü için herkesin kendi arabası olmadığı için servis araçlarıyla gelip muayenemizi olup gidiyoruz. Hani köyde olsa böyle destekler daha iyi sonuçlar olabilir yani” (D3).

“Tabikide. Elimden bir şey gelseydi ya da geldiğini bilseydim yapardım. Ben eğitimi sadece anneye veriliyor diye biliyordum” (D7).

Tartışma

Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüşleri ve gereksinimlerini belirlemek amacıyla niteliksel olarak yapılan bu çalışmada 17 doğum destekçisi ile görüşülmüştür. Araştırmada doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüşleri dört ve doğum eylemine destek konusundaki gereksinimleri üç tema altında toplanmıştır. Elde edilen sonuçlar doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüş ve gereksinimleri konusunda kapsamlı bilgi ortaya koymaya bakımından önemlidir.

Çalışmamızda, doğum destekçilerinin eğitim alma konusundaki görüşlerinde yer alan “gerektiren durumlar” alt temasında, doğum tecrübesi olmayanlar için, ağrı yönetimine yardımcı olabilmek için ve bakımın nasıl yapılacağı ile ilgili eğitimin gerekliliğine yönelik ifadelerin bulunduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık personelinden/kurumdan beklentilerine yönelik “bilgilendirme” alt temasında eğitim vermeleri ifadeleri, anneye doğumda yardımcı/destek olabilmeleri için ihtiyaçlara yönelik “bilgilendirme” alt temasında yer alan daha iyi bilgi sahibi olmak, kursa/eğitime katılmak ifadeleri, eğitim ihtiyaçlarına yönelik “gereksinim var” ve “eğitime ulaşmada zorluk” alt temasında yer alan eğitim almak isterdim, daha faydalı olurduk, bilgimiz artardı, eğitim alabileceğimi bilmiyordum, ulaşım sorunu yüzünden eğitime katılamıyoruz ifadeleri bulunmaktadır. Doğum destekçilerinin destek olmada yeterlilik hissetme konusundaki görüşlerinde “yetersiz” alt temasında yetersizdim, tecrübesiz olduğum için yetersizdim, kısmen yeterliydim ifadelerinin de bulunduğu görülmektedir. Bohren ve arkadaşları (2014) tarafından

yapılan çalışmada, sağlık kurumlarına erişimde fiziksel ve sosyal engellerin yaşandığı belirtilmiştir (24). Yapılan çalışmalarda doğum süresince sağlanan desteğin anne ve yenidoğan sağlığı açısından birçok pozitif etkileri olduğu ve sağlık kurumlarının doğum destekçilerinin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sürece dahil edilmeleri için gerekli düzenlemeleri yapmaları gerektiği rapor edilmiştir (24-31). Steel ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada da eğitilmiş doğum destekçilerinin doğum yapan kadınlar, aileleri ve sağlık profesyonelleri açısından çok boyutlu yararları olduğu belirtilmiştir (32). Çalışmamıza katılan destekçilerin ve doğum yapan annelerin tamamı gebe eğitim sınıflarına katılmamıştır. Katılımcıların görüşlerinden elde edilen bulgulara göre, eğitim ihtiyaçlarının olduğu ve sağlık kurumlarının doğum destekçilerini doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrasında uygulamalarına entegre etmelerinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada doğum yapan kadının destek ihtiyaçları konusundaki ifadelerinde, doğum destekçilerinin destek ihtiyaçlarının “fiziksel” ve “duygusal” alt temalarında yer alan anneye pozisyon için yardımcı olma, emzirmeye yardımcı olma, elini tutma, güven, yalnız kalmama, konuşma, dikkati dağıtma ve teselli olarak belirtildiği görülmektedir. Ayrıca destekçileri doğum desteğinin anneye sağladığı yararlar konusundaki görüşlerini, desteğin “duygusal-fiziksel ve sosyal” yönden oluşturulan alt temalarında, yarar sağladığı, bu yararların yalnız hissetmeme, güven, rahatlama, sabır, umut, cesaret, anne ve bebek bakımına yardım vb. olarak ifade etmektedirler. Yapılan çalışmalarda, doğum destekçilerinin rahatlatıcı bir dokunuş (elini tutma, masaj ve ters bası), solunum ve gevşeme teknikleri gibi non-farmakolojik yöntemler ile doğum ağrısının yönetimine yardımcı oldukları belirtilmektedir (13,25,32). Bu sonuçlara göre, doğum destekçilerinin yaptıkları uygulamaları aldıkları eğitim ve kültürel özelliklerine bağlı olarak farklı biçimde ifade ettikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda doğum desteğinin anneye sağladığı yarar konusundaki görüşlere bakıldığında “duygusal destek” alt temasında yer alan yalnız hissetmeme, moral sağlama, cesaret, güzel şeylere yönlendirme gibi olumlu duygular sağladığı ve “sosyal destek” alt temasında aileden biri ya da tanıdık birilerinin olmasının belirtildiği görülmektedir. Doğum yapan kadınlara yönelik desteğin iyileştirilmesi ve bir kadının doğum destekçisi konusunda seçiminin kolaylaştırılması, Saygılı Annelik Bakımı'nın önemli bir bileşenidir ve insan hakları temelli bir yaklaşımla uyumludur (2,23). DSÖ Pozitif Doğum Deneyimi için İntrapartum Bakım rehberi ve ACOG tarafından tüm kadınlar için doğum süresince ve doğumda sürekli doğum destekçisini seçmeleri önerilmektedir. Ayrıca doğum süresince ve doğumda sürekli doğum destekçisi bulundurulmasının doğum deneyimlerinin olumsuz etkilerini azalttığı, kadınlar tarafından seçilen doğum destekçileri ile hastane personeli tarafından sağlanan destek arasında farklılıklar olduğu ve olumlu etkinin destekçinin kadın tarafından seçildiğinde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (2,31). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda doğum desteğinin kadınlara olumlu doğum deneyimi yaşatabileceği ve destekçinin kadın tarafından seçildiğinde daha da olumlu doğum deneyiminin yaşanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada doğum destekçilerinin, sağlık personelinin / kurumundan “olumlu iletişim”, “temiz ortam”, “bilgilendirme”, “karara saygı”, “sosyal destek” ve “ebelik bakımı” beklentilerinin karşılanması gereksinim duydukları bulunmuştur. Bohren ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada da benzer bulgular yer almaktadır (24). Sağlık kurumları ve çalışanlarının beklentileri karşılayamamaları durumunda, hizmetten memnuniyetsizlik, güvensizlik ve bakım kalitesinin düşük olarak algılanması gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Bu doğrultuda sağlık kurumlarının doğum destekçilerini sürece dahil etmeleri durumunda beklentilerinin karşılanabileceği düşünülmektedir.

Kısıtlılıklar

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar;

Araştırmaya katılan kadınlar amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlendiğinden, araştırmanın sonuçları sadece örnekleme alınan bireyleri temsil etmektedir. Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandığından verilerin güvenilirliği kadınların verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlı kalmıştır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu çalışmada doğum destekçilerinin doğum yapan yakınlarına destek olma konusunda eğitimin özellikle tecrübesiz olanlar için gerektiği, doğum yapan kadınların fiziksel ve duygusal desteğe ihtiyaçları olduğu, destek olmada doğum tecrübesi olanların yeterli oldukları ancak tecrübesiz olanların kendilerini yetersiz hissettikleri ve doğum yapan kadına doğum desteğinin fiziksel, duygusal ve sosyal yönden yararları olduğuna ilişkin önemli görüşlere sahip oldukları; sağlık personelinin/kurumundan olumlu iletişim, temiz ortam, bilgilendirme, kararlarına saygı ve ebelik bakımı ile anneye doğumda yardımcı/destek olabilmek için bilgilendirme ve eğitim gereksinimleri olduğu sonuçları elde edilmiştir.

Doğum desteğinin maternal fetal sağlık açısından olumlu sonuçları bulunmaktadır. Özellikle destekçi, kadının kendisi tarafından seçildiğinde sonuçları çok daha olumlu olabilir. Ayrıca doğum destekçisinin etkinliğine ilişkin nicel kanıtlar, doğum destekçilerinin sezaryen oranını ve müdahaleli vajinal doğumları azaltabileceğini göstermektedir. Bu kapsamda, sağlık giderleri açısından değerlendirildiğinde sağlık maliyetlerini de azaltabileceği görülmektedir. Sağlık kurumlarının, doğum destekçisi bulundurma yönünde kadınların isteklerine saygı göstermesi önemlidir. Ülkemizde geleneksel anlamda her doğum yapan kadının yanında genellikle bir tanıdığı/yakını bulunmaktadır. Ancak destekçilerin daha çok doğum sonrası dönemde buldukları, doğum öncesi ve doğum sürecinde yeterince eşlik edemedikleri görülmektedir. Uzun yıllardır var olan ve özel sağlık kuruluşlarında rutin olarak uygulanan doğum destekçisi uygulamasına yönelik olumlu kanıtlara rağmen bu müdahalenin klinik pratikte uygulanmasının sağlık çalışanları tarafından yeterince desteklenmediği görülmektedir.

Sağlık kurumları yöneticileri, doğum destekçisi bulundurma uygulamasının sağlık bakım hizmeti sunan uygulayıcılar tarafından desteklenmesini ve destekçilerin gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin süreçlere ve eğitimlere dahil

edilmesini sağlamalıdır. Ayrıca doğum destekçisi uygulamalarının maternal ve fetal sağlık üzerine etkilerinin incelendiği ve annelerin doğum desteğine yönelik deneyimlerini ortaya koyabilecek daha kapsamlı araştırmaların yapılması önerilebilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Bilgilendirme

Bu araştırma Aydın Kadın, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmamıza katkı sağlayan tüm doğum destekçilerine ve araştırmanın yürütüldüğü kurumun yönetici ve çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimizi sunarız.

Mali Destek

Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

- 1.Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. FNJN 2011;19(1):45-53.
2. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [online] 2018 URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. 20 Nisan 2018.
- 3.Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. Midwifery 2009;25(2):1-9.
- 4.Mete S, Çiçek Ö. Doğum desteği: Yeniden önem kazanmaya başlayan bir uygulama. Bezmialem Science 2018;6(2):138-143.
- 5.International Confederation of Midwives. International code of ethics for midwives [online] 2014. URL:<http://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/International-Code-of-Ethics-for-Midwives.pdf>. 17 Nisan 2018.
- 6.Banda G, Kafulafula G, Nyirenda E, Tauro, F, Kalilani L. Acceptability and experience of supportive companionship during childbirth in Malawi. BJOG 2010;117(8):937-45.
7. World Health Organization. Safe childbirth checklist implementation guide [online] 2015;1-62. URL:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789241549455_eng.pdf;jsessionid=CBF1234015FB96D07D3F9D9B44BF238D?sequence=1.22 Nisan 2018.
- 8.Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta verimlilik, kalite ve akreditasyon dairesi başkanlığı sağlıkta kalite standartları. [online] 2016. URL:<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>. 17 Nisan 2018.
- 9.Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. BJOG 2010;109(3):198-200.
- 10.Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. The relationship between fear of birth and perceived social support of pregnant women. Turk J Obstet Gynecol 2014;24(1):36-41.
- 11.Mete S, Uludağ E. Doğumda destekleyici bakımda hypnobirthing felsefesinin kullanılması. DEUHFED 2017;10(1):52-59.
12. World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice.[online].2015;1-184.URL: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/. 20 Nisan 2018.
- 13.Bohren MA, Munthe-Kaas H, Berger BO, Allanson EE, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev 2016;(12):1-10.
14. World Health Organization. Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health [online] 2015;2-94 URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf?sequence=1.22 Nisan 2018.
- 15.Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2017;(7):1-173.
16. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Nursing support of laboring women. JOGNN 2011;40 (5):665-666.
- 17.International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery Practice [online].2018.URL: https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition_of_the_Midwife%202017.pdf. 20 Nisan 2018.
- 18.Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik [online] 2014. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>. 8 Mart 2018.

- 19.Lazzaretto E, Nespoli A, Fumagalli S, Colciago E, Perego S., Locatelli A. Intrapartum care quality indicators: A literature review. *Minerva Ginecologica* 2018;70(3):346-56.
- 20.Sağlık Bakanlığı. Anne dostu hastane programı. [online] 2012. URL: <https://sagligim.gov.tr/kadin-sagligi/liste/41-anne-dostu-hastane-program%C4%B1.html>. 17 Nisan 2018.
- 21.Aksayan S, Emiroğlu N. Araştırmanın tasarımı. 1.Baskı. Erefe İ. İstanbul Odak Ofset; 2002:65-124.
- 22.Başkale H. Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *DEUHFED* 2016;9(1):23-28.
- 23.Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Pileggi VN. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG* 2018;125(8):932-942.
- 24.Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health* 2014;11(71):2-17.
24. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health* 2014;11(71):2-17.
- 25.Bruggemann OM, Osis MJ, Parpinelli MA. Support during childbirth: perception of health care providers and companions chosen by women. *Revista de Saúde Pública* 2007;41(1):44–52.
- 26.Kozhimannil KB, Hardeman RR, Attanasio LB, Blauer-Peterson C, O'Brien M. Doula care, birth outcomes and cost among medicaid beneficiaries. *Am J Public Health* 2013;(103):113-21
- 27.Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(7):2-118
- 28.Munoz EG, Collins M. Establishing a volunteer doula program within a nurse-midwifery education program: a winning situation for both clients and students. *J Midwifery Womens Health* 2015;60:274
- 29.Kabakian-Khasholian T, El-Nemer A, Bashour H. Perceptions about labor companionship at public teaching hospitals in three Arab countries. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;129(3):223–6.
- 30.Beake S, Chang YS, Cheyne H, Spiby H, Sandall J, Bick D. Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery* 2018; (57): 69-84.
- 31.Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion No. 766. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* [online] 2019;133.URL: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co766.pdf?dmc=1&ts=20190204T2356061672>. 10 Temmuz 2019
- 32.Steel A, Frawley J, Adams J, Diezel H. Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women: A critical integrative review. *Health Soc Care Community* 2015;23(3):225–41.

Kısaltmalar

APGAR: Appearance, Pulse rate, Grimace, Activity, Respiratory effort

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists

Preterm Bebeklerde Gestasyonel Haftalara Göre Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Uygulamaları

Şerife TUTAR GÜVEN * Ayla KAYA ** Ayşegül İŞLER DALGIÇ***

Öz

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl 15 milyon preterm doğum meydana gelmekte ve yaklaşık bir milyon preterm erken doğum komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İmmatürite, enfeksiyon ve yoğun bakım ortamındaki çevresel faktörler (gürültü, parlak ışık, sık uygulanan dokunma benzeri girişimler, ağırlı girişimler) preterm bebeğin gelişimsel sonuçlarını olumsuz etkileyen stresörler arasında yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda hastanede yatış ile stres ve travmanın preterm bebeklerin uzun süreli psikososyal sağlık durumu üzerinde etkileri olduğu, bu etkilerin ortaya çıkmasında sağlık çalışanlarının verdiği bakım, verilen bakımın özelliği ve bakıma ilişkin hasta deneyiminin kritik rol oynadığı belirtilmektedir. Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım; yenidoğan yoğun bakım ortamında çevresel stresörlerin azaltılması, erken dönemde anne bebek ilişkisinin başlatılması, bebeğin nörodavranışsal olgunlaşması ve organizasyonunu desteklemeyi içeren kapsamlı bir programdır. Gestasyonel haftalarına göre gelişimsel özellikleri farklı olan preterm bebeklere bu program doğrultusunda bakım verilirken gelişimsel farklılıklar göz önünde bulundurularak gerekli hazırlıklar ve uygulamalar yapılmalıdır. Bu derleme makalemizdeki amaç; preterm bebeklere gestasyonel haftalara göre Sinaktif Teori temelli bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım uygulamaları doğrultusunda verilecek hemşirelik bakımını açıklamaktır.

Anahtar sözcükler: Preterm Yenidoğan, Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım.

Abstract

Individualized Supportive Developmental Care Applications for Preterm Infants According to Gestational Weeks

15 million preterm births occur each year according to the World Health Organization, and almost one million preterms lose their lives due to premature birth complications. Immaturity, infection and environmental factors in intensive care environment (noise, bright light, frequently applied touch-like interventions and painful interventions) are among the stressors that negatively affect the developmental outcomes of the preterm infant. In the researches made, it was determined that hospitalization, stress and trauma had effects on long-term psycho-social health status of preterm infants, and that the care provided by the health care workers, the characteristics of the care given and the patient experience related to care played critical role in the emergence of these effects. Individualized Supportive Developmental Care; is an extensive program which includes reducing the environmental stressors, initiating the mother-baby relationship in the early period, supporting the neurobehavioral maturation and organization of the baby in the neonatal intensive care environment. While care is given to the preterm infants whose developmental properties are different according to their gestational weeks in line with this program, necessary preparations and applications should be made by taking developmental differences into consideration. The aim in this compilation paper is; to explain the nursing care to be given to preterm infants according to individualized supportive developmental care applications based on Synactive Theory according to gestational weeks.

Keywords: Preterm Newborn, Individualized Supportive Developmental Care, Neonatal Intensive Care Unit.

Geliş tarihi: 15.05.2019 **Kabul tarihi: 30.09.2019**

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl 15 milyon preterm doğum meydana gelmekte ve yaklaşık bir milyon preterm erken doğum komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (1). Bilimsel ve teknolojik ilerlemeler sayesinde preterm bebeklerde mortalite oranları azalırken morbidite oranlarının arttığı görülmektedir. Fetal beyin gelişimi ve olgunlaşması için uygun uyaranları sağlayan intrauterin çevre, beyin gelişimi açısından hayati öneme sahiptir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatma yenidoğan için karmaşık, travmatik bir yaşam olgusudur. Bu travmatik süreç deneyimi preterm bebeğin kısa ve uzun dönem gelişimsel sonuçlarını etkilemektedir. Özellikle gebeliğin 3. trimesterinde nörolojik gelişim çok hızlıdır ve bu süreçte bebeğin intrauterin ortam dışında stresörlere maruz kalması nörolojik gelişimini etkilemektedir (2,3). Nörogelişimsel risklerin gestasyon haftası ve doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu, gestasyon haftası azaldıkça bebeklerin gelişimsel sorunlar açısından daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir (4). Özellikle erken doğum, enfeksiyon ve yoğun bakım ortamındaki çevresel faktörler (gürültü, parlak ışık, sık uygulanan dokunma benzeri girişimler, ağırlı girişimler) preterm bebeğin gelişimsel sonuçlarını olumsuz etkileyen stresörler arasında yer almaktadır (5,6). Ayrıca bu çevresel koşullara bağlı olarak bebekler; kronik akciğer hastalığı, intraventriküler kanama, nekrotizan enterekolit, prematüre retinopatisi, öğrenme güçlüğü, nörolojik ve duysal yetersizlikler, davranışsal ve psikolojik sorunlar açısından büyük risk altında bulunmaktadır (7-10).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki çevresel koşulların önemi yapılan araştırmalarla ortaya çıkmış ve bu araştırmalarda erken dönem olumsuz yaşantıların beyin gelişimini nasıl etkilediği belirtilmiştir. Bu durumun preterm bebeğin yaşadığı olumsuz deneyimler, bakım ortamı ve primer bakım veren kişilerden kaynaklandığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde hastanede yatış ile stres ve travmanın preterm bebeklerin uzun süreli psikososyal sağlık durumu üzerinde etkileri olduğu, bu etkilerin ortaya çıkmasında sağlık çalışanları tarafından verilen bakım, bakımın özelliği ve bakıma ilişkin hasta deneyiminin kritik rol oynadığı belirtilmektedir (11-13). Bu derleme makalemizdeki amaç; preterm bebeklere gestasyonel haftalara göre Sinaktif Teori temelli bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım uygulamaları doğrultusunda verilecek hemşirelik bakımını açıklamaktır.

*RN, PhD, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Isparta/Türkiye, e-mail: serife1071@hotmail.com, ORCID No: 0000-0002-3559-8677

** RN, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya/Türkiye

ORCID No: 0000-0002-0281-0299

*** RN, PhD, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya/Türkiye

ORCID No: 0000-0001-8448-0483

Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım

Heidelise Als tarafından 1982 yılında geliştirilen Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım; preterm bebeklerde nörolojik gelişim ve optimal organizasyonun sağlanması, bebeğin nörodavranışsal yeterliliklerinin anlaşılması, fiziksel çevre ile ilişkili uzun süreli olumsuz sonuçların önlenmesini amaçlayan bir bakım modelidir (14-16). Sinaktif Teori'ye temellenen bu model, fonksiyonel stabilite ve stres eşliğindeki bebeğin primer iletişim aracının davranışları olduğunu savunmaktadır. Sinaktif teori ise yenidoğana verilen bakımın ve yoğun bakım ortamının bebeğin bireysel gereksinimlerine göre düzenlenmesinin bebeğin stresini azaltarak fizyolojik organizasyonunu güçlendireceği bunun sonucunda beyin gelişimini olumlu etkileyeceği hipotezine dayanmaktadır (17).

Farklı kuramsal modelleri bir arada bulunduran Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım modeli preterm bebeklerin gelişim ve organizasyon kabiliyeti sınırlı olmasına rağmen gelişimsel aşamalar üzerinde bakım verenlerin etkili olduğunu savunmaktadır. Modelde özellikle preterm yenidoğanların maruz kaldığı birçok zararlı duyuşal uyarıların (dokunma, hareket, ses, ışık, tat, koku) hafifletilmesi, bakım sürecinin etkin yönetilmesi ve preterm bebeğe gestasyonel yaşa uygun deneyimler yaratılmasının önemi vurgulanmaktadır (18,19). Literatür incelendiğinde Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım uygulamalarının preterm bebeklerin anne sütü ile beslenmeye geçişini hızlandırdığı, günlük kilo alımını artırdığı, hastanede kalış süresi, mekanik ventilasyon ve oksijen desteği gereksinimini azalttığı belirtilmektedir (5,20,21). Ayrıca erken dönemde başlatılan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım uygulamalarının ebeveyn memnuniyetini artırdığı, gelişimsel gecikmeleri en aza indirdiği, hastanede kalış süresini azalttığını ve buna bağlı olarak hastane maliyetlerini azalttığı belirtilmektedir (22).

Sinaktif Teori

Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımın temel aldığı Sinaktif Teori; Otonomik/Nörovegetatif Sistem, Motor Sistem, Davranış Düzenleme Sistemi, Dikkat/Etkileşim Sistemi, Kendi Kendini Düzenleme Sistemi olmak üzere beş alt sistemden oluşmaktadır. Solunum, kas tonüsü, postür, yüz ifadesi, cilt rengi, görme gibi duyuşları içeren bu alt sistemler bir sıra doğrultusunda olgunlaşırken sürekli olarak birbirleri ve aynı zamanda bebek ile temas halindeki çevre ile etkileşim içindedir (3,23-27). Her bir sistemin düzgün ve kararlı bir şekilde işleyişi bir sonraki sistemin olgunlaşmasını sağlar. Ancak sistemin birinde meydana gelen bir instabilite diğer sistemlerin işleyişini ve gelişimini olumsuz etkilemektedir (24).

Preterm bebekler otonomik/fizyolojik sistemleri stabil olana kadar motor ve durum düzenleme sistemlerini kullanamaz ve geliştiremezler. Motor ve durum düzenleme sistemlerinin kontrolü sağlanana kadar dikkat etkileşim sistemi (sosyal etkileşim) gelişemez. Kendi kendini düzenleyici sistem ise, alt sistemler arasındaki dengenin kurulması ve sürdürülmesi için bebeğin gösterdiği çabaları kapsar. Bu nedenle alt sistemlerin bakım vericiler tarafından desteklenmesi preterm bebeğin otonomik/fizyolojik ve motor alt sistemlerin gelişimini kolaylaştırır (17).

Bu sistemlerin gelişiminin desteklenmesinde aşağıdaki değerlendirmeler yapılmalıdır;

- **Sinir Sistemi:** Hayati fonksiyonlar aracılığı ile gözlemlenebilir. Solunum sayısı, kalp atım hızı, termoregülasyon, kutanöz renk, boşaltım gibi iç organ fonksiyonları, regürjitasyon, hıçkırık, kusma ve titreme ve irkilme gibi motor fonksiyonlar değerlendirilir.
- **Motor Sistem:** Preterm bebeğin farklı postürlerinin (elini ağzına/yüzüne götürme, kuvvet, kavrama, emme, sarılma) gözlemlenmesi, ekstremite ve gövdenin hareketlerinin niteliği, değişkenliği göz önünde bulundurularak değerlendirilir.
- **Davranış Düzenleme Sistemi:** Bilinç durumu, uyku hali, uyanıklık ve ajitasyon durumları, bir durumdan diğer duruma geçiş şekli, bireysel farklı durumların varlığı ve süresi gözlemlenir. Bilinç durumu derin uyku (sessiz), hafif uyku (aktif-REM), uyuşukluk (uyku hali), sakin/aktif yani çocukla etkileşime girmek için yeterli olan, motor aktivitenin azalması, gözlerin açılması ve büyüülmesi, işitsel/görsel uyarılara yanıt olarak dikkatlice bakmak, solunum hızının düzenli olması, ağlama gibi parametreler değerlendirilir.
- **Dikkat/Etkileşim Sistemi:** Bebeğin çevresi ve bakım veren kişi ile ilişki kurabilme yeteneği, gözlemlenebilir bir uyanıklık durumunu sürdürebilme yeteneği değerlendirilir.
- **Kendi Kendini Düzenleme Sistemi:** 36. gestasyonel haftadan sonra vücudun istikrarlı bir denge kurmak için kullandığı stratejiler ve alt sistemler arasındaki etkileşim organizasyonu değerlendirilir. Bebek alt sistemler arasında istikrarlı bir etkileşim kuramazsa bebeğin bu duruma ulaşması için çevresel kolaylaştırma kalitesi ve türü değerlendirilmelidir (24,26,27).

Nöromotor gelişimde bu alt sistemler belli bir sıraya göre olgunlaşmaktadır. Bu olgunlaşma süreci Stabilizasyon Evresi, Organizasyon Evresi ve Uyum Evresi olmak üzere 3 evreye ayrılmakta olup her bir durum düzeyinde belli karakteristik özellikler vardır. Bu özelliklerin preterm bebeğe bakım verenler tarafından bilinmesi verilen bakımın kalitesi ve nöro gelişimsel sonuçlar açısından önem taşımaktadır (19,24).

1. Stabilizasyon Evresi (24-29 gestasyonel hafta)

Nörovegetatif/Otonomik Sistem stabil değildir. Solunum ve beslenme gibi durumlarda desteğe gereksinim vardır. *Motor Sistem* stabil değildir ve postür kontrol yetersizdir. *Davranış Düzenleme Sistemi* değerlendirilememektedir. Çünkü uyku/uyanıklık ve hareketli/hareketsizlik gibi değişim döngüleri vardır. *Dikkat/Etkileşim Sistemi* fetal yaşam boyunca interaktif beceriler ile gelişme göstermektedir. Fetüsün dokunsal, ağırlı, işitsel ve vestibüler uyarılara karşı algısı ve tepkisi vardır. Doğumdan sonra dikkat/etkileşim sistemi farklı görseller, koku, tat ve termal nesnelere sayesinde gelişmeye devam etmektedir. *Kendi Kendini Düzenleme Sistemi* oldukça immatürdür.

2. Organizasyon Evresi (30-35 gestasyonel hafta)

Nörovegetatif/Otonomik Sistem daha stabildir. Genellikle spontan solunum vardır. Beslenme emme, yutma ve solunumu koordine edebilme yeteneği ile bağlantılıdır. *Motor Sistem* daha stabildir. Yer çekimine karşı koyma becerilerinin kazanılmasıyla olgunlaşma başlar. *Davranış Düzenleme Sistemi* farklı evreler belirginleşmeye başlar. Uyku/uyanıklık, ağlama/sakinleşme, dinlenme/hareketlilik gibi durumlar fark edilmeye başlanır. Görsel becerilerin kazanılması ile bebekten

gelen uyarılar anlaşılabilir. *Dikkat/Etkileşim Sistemi* daha gelişmiştir. Bebek kısa sosyal etkileşim kurabilir ve uyarana cevap verebilir. *Kendi Kendini Düzenleme Sisteminde* olgunlaşma süreci başlar ancak desteklenmeye ihtiyaç vardır.

3. Uyum Evresi (36-40 gestasyonel hafta)

Nörovegetatif/Otonomik Sistem oldukça stabildir. Solunum ve beslenme koordinasyonu gelişmiştir. *Motor Sistem* postüral kontrolün kazanılması ile oldukça stabildir. Ayrıca supine ve prone pozisyon gibi farklı postürlerde yer çekimine karşı gözle görülür postür becerisi kazanmıştır. *Davranış Düzenleme Sisteminde* uyku/uyanıklık, ağlama/sakinleşme, dinlenme/hareketlilik gibi döngüsel organizasyonlar arasındaki farklar tam olarak gözlemlenebilmektedir. *Dikkat/Etkileşim Sisteminde* davranışlar amaçlıdır ve sosyal etkileşim gelişmiştir. *Kendi Kendini Düzenleme Sistemi* kapasitesi gelişmiştir ancak desteklenmeye ihtiyacı vardır (24,26,28).

Sinaktif teori her bir evrede preterm bebeğin farklı gelişimsel özelliklere sahip olduğunu bu nedenle preterm bebeklere gestasyon haftasına uygun bir bakımın sağlanması gerektiğini savunmaktadır. Ancak yapılan araştırmalarda hemşirelerin %93'ünün preterm bebeklerin gelişimsel bakım almasının gerekli olduğunu düşündüğü, bu hemşirelerin %86'sının kendi çalıştıkları yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde optimum gelişimsel bakım sağladıklarına inanmadıkları (29) ve hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamaları konusunda eğitim gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir (30). Bireyselleştirilmiş gelişimsel destekleyici bakımın uygulanmasındaki gereksinimlerin ve engellerin araştırıldığı başka bir çalışmada ise yenidoğan yoğun bakım ortamında çalışan ekip üyeleri arasında düzenli koordinasyonun olmadığı belirlenmiştir (31). Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda fizyolojik, nörolojik ve psikososyal açıdan son derece hassas olan preterm bebeklere primer bakım sağlayan hemşirelerin gestasyonel yaşa uygun bakım verme konusunda eğitime ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde gestasyonel haftalara göre bakım vermeye yönelik bazı rehberler geliştirilmiş ve klinik kullanıma sunulmuştur (15). Ancak bu alanda tüm gelişimsel süreçlerin yer aldığı ve bu süreçlere uygun bakımın sağlandığı kapsamlı bir rehber bulunmamaktadır. Aşağıda gestasyonel haftalara göre gelişim ve bakım süreçlerini içeren tablo uluslararası düzeyde klinik kullanıma sunulmuş rehberler (7,18,28,32-35) ve yenidoğan yoğun bakım alanında geliştirilmiş kaynaklardan oluşturulmuş olup yenidoğan yoğun bakım alanında çalışan hemşirelere bakımın planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak her bir gestasyonel evrede preterm bebeğin farklı gelişimsel özelliklere sahip olduğu ve her bir bebeğin davranışsal belirti temelli özel bir hemşirelik bakımına gereksinimi olduğu görülmektedir. Ayrıca büyüme ve gelişme açısından yaşamın en kritik döneminde doğan preterm bebeklerin gestasyonel haftalara göre gelişimsel özelliklerinin bilinmesi ve buna uygun bakım verilmesinin gelecekteki nörolojik ve fiziksel sekellerin önlenmesi açısından son derece önemlidir. Ancak bu alanda sınırlı sayıda literatüre rastlanmakla birlikte preterm bebeklere primer bakım sağlayan pediatri hemşirelerinin eğitim gereksinimlerinin olduğu görülmektedir. Sadece preterm bebeğe bakım veren hemşirelerin değil aynı zamanda tüm çevresel faktörlerinde bebek gelişiminde etkili olduğu bilindiğinden yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan tüm sağlık profesyonellerine, preterm bebeklerin gestasyonel haftalarına göre gelişimsel özellikleri ve bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım uygulamaları ile ilgili eğitim içerikleri oluşturularak düzenli aralıklarla güncel, kanıt temelli bilgilerin sağlanması önerilmektedir.

Tablo 1. 24-32.Gestasyonel Haftalarda Doğan Preterm Bebeğin Hemşirelik Bakımı

Değerlendirme	Gestasyonel Hafta		Gestasyonel Hafta
	24-27 Gestasyonel Hafta	28-32 Gestasyonel Hafta	
	<ul style="list-style-type: none"> • Bebeğin davranışları ve davranışsal belirtileri gözlenir. • Bebeğin girişimlere yanıtı, tolere edebilme düzeyi, stres ve yorgunluk belirtileri değerlendirilir. 		
	Davranışsal Gelişim		Hemşirelik Bakımı
Dokunma ve Girişimler	<p>-Bu evrede davranışsal durumun tanımlanması güç olabilir.</p> <p>-Bebeğin dokunmaya yanıtı fizyolojik instabilite ile sonuçlanır.</p> <p>-Fizyolojik instabilite; tipik stres belirtilerinden tükenmişlik ve çöküş evresine kadar değişiklik gösterebilir.</p>	<p>-Davranışsal durum 32. haftaya kadar belirginleşmeye başlar.</p> <p>-Yaklaşık 30. haftada sessiz/derin uyku artar.</p> <p>-Dokunmaya fizyolojik instabilite olarak yanıt verir.</p> <p>-Bebek stres belirtilerini daha belirgin bir şekilde sergiler.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bebeğin mümkün olduğunca dinlenmesi sağlanır. • Aynı anda birden fazla bakım yapılabilir ancak bebekte strese neden olabilecek girişimler aynı anda uygulanmamalıdır. • Dokunulduğunda bebek stres belirtisi gösteriyorsa girişime ara verilerek bebeğin dinlenmesi sağlanır. • Bebeğin davranışsal belirtileri göz önünde bulundurularak hemşirelik girişimleri planlanır. • Bebek ani ve hızlı pozisyon değişikliklerini kontrol etmede başarısız olduğundan, bebeğe yavaş ve kontrollü bir şekilde dokunulur. • Fizyolojik stabilitenin sürdürülmesi ve durum organizasyonun sağlanması için bebek yumuşak bir ses tonu ve nazikçe dokunma ile işleme hazırlanır. • Bakım esnasında bebeğin dokunmaya yanıtı ve fizyolojik göstergelerine dikkat edilir. • Ağrılı girişimler sırasında bebek; ebeveyn ya da hemşire tarafından baş ve eller orta hatta, omuzlar öne doğru, ekstremiteler fleksiyonda ve addüksiyonda olacak şekilde orta hatta tutularak bebeğin sakinleşmesine yardımcı olunur. • Elle hafifçe vurarak okşama ya da masaj şeklinde uyarı vermekten kaçınılır. • Hemşirelik girişimlerinde mümkün olduğunca gece/gündüz örüntüsüne dikkat edilir (Örneğin; bebeği tartmak ve yatak değişimi gündüz saatlerinde yapılır).
	Gelişim		Hemşirelik Bakımı
Koku ve Tat	<p>-Koku ve tat reseptörleri tamamen gelişmiştir.</p> <p>-Hoş olmayan kokulara karşı fizyolojik yanıt sergiler.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Beslenme öncesi ve sırasında anne sütü ile ıslatılmış bez kullanılarak bebek annesini kokusundan tanıması için desteklenir. Bu bez kullanıldıktan sonra derhal atılır. • Ağız açık alkol şişeleri ve antiseptikli solüsyonlar bebekten ve kuvözden uzak tutulur. • Keskin kokulu parfüm kullanımından kaçınılır.

Tablo 1. 24-32 Gestasyonel Haftalarda Doğan Preterm Bebeğin Hemşirelik Bakımı (Devamı)

Gestasyonel Hafta		
24-27 Gestasyonel Hafta	28-32 Gestasyonel Hafta	
Pozisyon	<p>Motor gelişim</p> <p>-Hareketler genellikle titreme, seyirme ve irkilme şeklinde olup, stresli durumlarda artış gösterebilir.</p> <p>-Kas tonüsü zayıf olup, ekstremiteler, gövde ve pelvisteki fleksiyon azdır.</p> <p>-Postür ve hareketlerini kontrol etmede yetersizdir.</p>	<p>Hemşirelik Bakımı</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebeğin mümkün olduğunca hareket etmesi sağlanacak şekilde fleksiyon postürü destekleyen ve konforu artıran teknikler kullanılır. • Battaniye ya da kundağa yuva şekli verilerek güvenli sınırlar oluşturulur. • Bebek kuvözdeyken ya da transport esnasında daima kundakla sarmalanır.
Işık ve Görme	<p>Gelişim</p> <p>-23-25. gestasyon haftasına kadar göz kapağı kapalı olabilir.</p> <p>-27. gestasyon haftasına kadar kornea bulanık renkte ve pupil refleksi yoktur.</p> <p>-Göze ışık geldiğinde göz kapağını sıkıca kapatma yeteneği sınırlıdır.</p> <p>-Gözler açık olsa da odaklanma yeteneği yoktur.</p> <p>-Bebek ışık ya da herhangi bir görsel uyarana fizyolojik ya da davranışsal stres belirtileri ile yanıt verir.</p>	<p>Hemşirelik Bakımı</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ortamdaki ışık düzeyi mümkün olduğunca en aza indirilir. • Bakımlar sırasında gözler parlak ışıktan korunur ve bir örtü yardımı ile kuvöz içerisindeki ışığa maruziyet azaltılır. • Fototerapi esnasında bebeğin gözleri korunur ve yakınındaki kuvözün ışığı gelmemesi için önlem alınır. • Görsel oyuncaklar ve resimler bu yaş grubu için uygun olmadığından bebeğin görme alanı içerisinde bulundurulmaz. • Bebeğin güvenliği açısından sakınca yoksa sirkadiyan ritmin korunması için geceleri loş ışık kullanılır. • Bebeğin spontan olarak gözlerini açmasına fırsat sağlamak için gölgelendirme yapılabilir.

Tablo 1. 24-32 Gestasyonel Haftalarda Doğan Preterm Bebeğin Hemşirelik Bakımı (Devamı)

Gestasyonel Hafta		
24-27 Gestasyonel Hafta	28-32 Gestasyonel Hafta	
Gelişim	Gelişim	Hemşirelik Bakımı
<p>-İç kulağın ölçüsü ve fonksiyonu yetişkin birey düzeyindedir.</p> <p>-23. gestasyon haftasında seslere karşı yanıt gelişir.</p> <p>-Yumuşak seslere yanıt verebilir ve annesinin sesini tanıdığını davranışlarıyla gösterebilir.</p> <p>-Gürültü ya da yüksek sesli uyaranlara fizyolojik instabilite gösterebilir.</p>	<p>-Orta kulak ve ses iletim sistemi gelişmiştir.</p> <p>-Bu süreçte yumuşak seslere oryantasyon gelişir.</p> <p>-İşitsel uyarı bebeği hızlı bir şekilde yorabilir.</p> <p>-Bebek gürültüye hassastır ve gürültü/işitsel aktivite sırasında fizyolojik instabilite gösterebilir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Çevresel gürültü en aza indirilir ve kuvöz yanında yumuşak bir ses tonu ile konuşulur. • Alarm seslerine zamanında müdahale edilerek klinik güvenlik sağlanacak düzeye getirilir. • Telefon zil sesi seviyesi azaltılır ve ortamda radyo vb. cihaz bulundurulmaz. • Kuvöz kapakları yavaşça kapatılır, vurma ya da tıklatma hareketi yapılmaz. • Kuvözün üst yüzeyi yazı yazmak ya da eşya koymak için kullanılmaz. • CPAP ve ventilatör tüplerindeki suyun düzenli olarak temizlenmesi sağlanır. • Bebeğin davranışsal işaretleri yorumlanarak tolere edebildiği ölçüde ebeveynin bebeği ile yumuşak bir ses tonu ile konuşması için desteklenir. • Bu gestasyonel yaşta işitme ile ilgili ses kayıtlarının dinletilmesi önerilmemektedir.
Gelişim	Gelişim	Hemşirelik Bakımı
<p>-Gastrointestinal sistem immatürdür.</p> <p>-Öğürme refleksi 26. gestasyonel haftada vardır.</p> <p>-Emme davranışı görülebilir ancak emme ve yutma koordinasyonu gelişmemiştir.</p>	<p>-Arama refleksi vardır ancak yanıt gecikebilir.</p> <p>-Emme, yutma ve nefes alma koordinasyonu zayıftır, bu süreçte olgunlaşır.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El ağız teması yapması için bebek desteklenir. • Biberon ile besleme genellikle 28-30 gestasyon haftalarında güvenli değildir. • 30 gestasyon haftasının üzerindeki bebekler kanguru bakımı esnasında yakından gözlemlenerek burnu annenin memesine sürülebilir. • Emme refleksi olmadan emzik verilmez ancak emmenin desteklenmesi için prematüre emzikleri kullanılabilir. • OG ile beslenme sırasında bebeğin konforunu artırmak için besleyici olmayan emme desteklenebilir. • Sadece tıbbi açıdan gerekli olduğunda oral aspirasyon yapılır.
Ebeveyn		Hemşirelik Bakımı
		<ul style="list-style-type: none"> • Ebeveynlerin erken dönemde ve sürekli olarak bakıma katılması sağlanır. • Bakım esnasında bebeğin davranışsal belirtilerinin gözlemlenmesi ve preterm bebeğin gelişimsel bakımına yönelik ebeveynlere bilgi ve eğitim verilir

Tablo 2. 33-37 Gestasyonel Haftada Doğan Preterm Bebeğin Hemşirelik Bakımı

		Gestasyonel Hafta	
Değerlendirme	33-36 Gestasyonel Hafta	37. Gestasyonel Hafta ve Sonrası	
	<ul style="list-style-type: none"> • Bebeğin girişimlere yanıtı ve girişimleri tolere edebilme yeteneği değerlendirilir. • Bebek kucağa alındığında daha fazla tolerans gösterebilir ancak rezidual akciğer kapasitesi yetersiz olan bebeklerde tükenmişlik belirtileri görülebilir. 		
	Davranışsal Gelişim	Hemşirelik Bakımı	
Dokunma ve Girişimler	<p>-Davranışsal durumu daha belirgindir.</p> <p>-Durumlar arası yumuşak geçişler sergiler.</p> <p>-Sessiz/derin uyku artmaya devam eder.</p> <p>-Beslenme için uyandırılabilir.</p> <p>-Rahatsız edici uyaranlara bebeğin verdiği stres yanıtı değişiklik gösterebilir ancak fizyolojik instabilite belirgindir.</p>	<p>-Dokunma ve girişimlere toleransı genellikle artmıştır.</p> <p>-Durumlar arasındaki geçişler açıkça gözlemlenebilir.</p> <p>-Dikkat süresinin uzaması ile birlikte sosyalleşme için uyanıklık süresi artmıştır.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemşirelik girişimleri ya da duyuşsal deneyim için yapılan uygulamalar bebeğin sergilediği yanıtlar göz önünde bulundurularak yapılır. Bunun için en uygun zaman ise bebeğin uyanık olduğu dönemdir. • Yavaş ve nazikçe dokunulur. Yumuşak bir ses tonu ve nazik bir dokunma bebeğin fizyolojik stabilite ve durum organizasyonu sağlamasına yardım ederek bebeği kucağa almaya hazırlar. • Ağrılı girişimler sırasında bebek kundakla sarmalanır ya da baş ve eller orta hatta, omuzlar öne doğru, ekstremiteler fleksiyonda ve addüksiyonda olacak şekilde orta hatta olacak şekilde pozisyon verilir. Masaj ya da okşama tolere edilebilir. • Tüple besleme de dahil bebek uyanıksa beslenme esnasında bebeği kucaklanır. • Ağrılı işlemlerde ağrıyı azaltmak için nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılabilir. • Hemşirelik girişimlerinde mümkün olduğunca gece/gündüz örüntüsüne dikkat edilir (Örneğin; bebeği tartmak ve yatak değişimi gündüz saatlerinde yapılır). • Tıbbi açıdan stabil bebeklere aralıklı kanguru bakımı uygulanır.
	Gelişim	Hemşirelik Bakımı	
Koku ve Tat	<p>-Tat ve koku reseptörleri fonksiyoneldir.</p> <p>-Hoş olmayan kokulara fizyolojik yanıt sergilediği araştırmalar tarafından belirtilmiştir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • OG ile besleme sırasında ebeveyn bebeğini kucaklaması için cesaretlendirilir. • Bebek hoş olmayan kokulardan korunur. • Ağız açık alkol şişeleri ve antiseptikli solüsyonlar bebekten ve kuvözden uzak tutulur. 	

Tablo 2. 33-37 Gestasyonel Haftada Doğan Bebeklerin Hemşirelik Bakımı (Devamı)

Gestasyonel Hafta			
33-36 Gestasyonel Hafta	37. Gestasyonel Hafta ve Sonrası		
	Motor gelişim	Hemşirelik Bakımı	
Pozisyon	<p>-Hareketler daha düzgün ve kontrollüdür.</p> <p>-Dinlenme esnasında diz ve kalçalardaki fleksiyon daha güçlüdür. Alt ekstremitelerdeki kas tonüsü gelişmiştir.</p> <p>-Başını bir taraftan diğer tarafa döndürebilir.</p> <p>-Bebek kendini düzenlemesi için postür ve hareket kullanma yeteneği gelişmiştir.</p>	<p>-Bebeğin hareketleri daha gelişmiştir.</p> <p>-Kontrollü hareketler artar.</p> <p>-Dinlenme halinde ekstremiteler fleksiyondadır.</p> <p>-Bebek hareketleri ve postürü ile kendi kendini düzenleyebilir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bebeğin mümkün olduğunca hareket etmesi sağlanacak şekilde fleksiyon postürü destekleyen ve konforu artıran teknikler kullanılır. • Bebek banyo başlangıcında stres belirtileri sergilerse kundaklanabilir. • Özel tıbbi bir durum olmadığı sürece bebek yatağında sırt üstü pozisyonda yatırılır ve el ağız teması için desteklenir. • Oral beslenmeye geçişi destekleyen kanguru bakımına devam edilir. • Uykuda bebeğin baş pozisyonu değişebilir.
	Gelişim	Hemşirelik Bakımı	
Işık ve Görme	<p>-Parlak ışığa yanıt olarak gözlerini sıkıca kapatma yeteneği artar.</p> <p>-Loş ışık gözlerini açmasını ve uyanık kalma durumunu kolaylaştırır.</p> <p>-Bebek yüksek uyaranlı objelere bakmakta zorlanabilir.</p>	<p>-Genellikle davranışları ile insan yüzü görmeyi tercih ettiğini sergiler.</p> <p>-20-25 cm'lik mesafeyi iyi görür.</p> <p>-Görme yeteneği hala immatürdür. 0-6 aylık süreçte daha iyi gelişir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ortamdaki ışık düzeyi mümkün olduğunca en aza indirilir. Bakımlar sırasında gözler parlak ışıktan korunur ve bir örtü yardımı ile kuvöz içerisindeki ışığa maruziyet azaltılır. Fototerapi esnasında bebeğin gözleri korunur ve yakınındaki kuvözün ışığı gelmemesi için önlem alınır. • Bebek göz teması kurması için desteklenir. Genellikle insan yüzlerine ilgi gösterir. • Bebeğin güvenliği açısından sakınca yoksa sirkadiyan ritmin korunması için geceleri loş ışık kullanılır. • Bebek dikkat süresinin uzadığını belli ediyorsa görsel uyaran verilir.

Tablo 2. 33-37 Gestasyonel Haftada Doğan Bebeklerin Hemşirelik Bakımı (Devamı)

Gestasyonel Hafta			
33-36 Gestasyonel Hafta	37. Gestasyonel Hafta ve Sonrası		
	Gelişim	Hemşirelik Bakımı	
Ses ve İşitme	<p>-İşitme sistemindeki duyu ve iletim kısımları fonksiyoneldir.</p> <p>-Sesli uyarılara yanıtı artar, yumuşak tonda insan seslerini tercih eder.</p> <p>-Gürültü ve çevreden gelen işitsel uyarılara yanıt vermeye başlar.</p> <p>-Yüksek sese irkilme yanıtı daha belirgindir.</p>	<p>-Bebek gürültüye daha uzun süreli ve organize bir şekilde yanıt verir.</p> <p>-Seslerin nereden geldiğini farkedebilir ve sesleri ayırt edebilir.</p> <p>-Belirli yüksek seslere stres belirtisi sergileyebilir.</p> <p>-İşitsel uyarılara karşı tercih aşamalı bir şekilde başlar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Çevresel gürültü en aza indirilir ve kuvöz yanında yumuşak bir ses tonu ile konuşulur. • Alarm seslerine zamanında müdahale edilerek klinik güvenlik sağlanacak düzeye getirilir. Telefon zil sesi seviyesi azaltılır ve ortamda radyo vb. cihaz bulundurulmaz. • Kuvöz kapakları yavaşça kapatılır, vurma ya da tıklatma hareketi yapılmaz. Kuvözün üst yüzeyi yazı yazmak ya da eşya koymak için kullanılmaz. • CPAP ve ventilatör tüplerindeki suyun düzenli olarak temizlenmesi sağlanır. • Bebeğin davranışsal işaretleri yorumlanarak tolere edebildiği ölçüde ebeveynin bebeği ile yumuşak bir ses tonu ile konuşması için desteklenir. • Bebeğin sergilediği davranışlara göre işitsel uyarı verilir. Bebeğe normal bir diyaloga yumuşak bir ses tonu ile başlanır. • Ebeveyn talepte bulunursa bebeğe müzik dinletilebilir ancak sürekli olarak dinletilmez.
	Gelişim	Hemşirelik Bakımı	
Besleyici Olmayan Emme	<p>-Emme, yutma ve solunum koordinasyonu gelişmiştir, bazen ritmik ancak bazen sürekli olmayabilir.</p> <p>-Arama refleksi vardır.</p> <p>-Emme genellikle tolere edilebilir.</p>	<p>-Emme, yutma ve solunum koordinasyonu daha organize edilmiştir.</p> <p>-Oral beslenme yeteneği artmıştır.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El ağız teması yapması için bebek desteklenir. • OG ile beslenme sırasında bebeğin konforunu artırmak için besleyici olmayan emme desteklenebilir. • Bebeğin ağız hareketlerinin gelişimini, emmeyi ve besleyici emmeyi desteklemek için küçük standart emzikler kullanılabilir. • Sadece tıbbi açıdan gerekli olduğunda oral aspirasyon yapılır.
		Hemşirelik Bakımı	
Ebeveyn		<ul style="list-style-type: none"> • Ebeveynlerin erken dönemde ve sürekli olarak bakıma katılması sağlanır. • Bakım esnasında bebeğin davranışsal belirtilerinin gözlemlenmesi ve preterm bebeğin gelişimsel bakımına yönelik ebeveynlere bilgi ve eğitim verilir. • Bebeğin beslenme ve bakımında ebeveyn desteklenerek bağımsız bakım verme becerisi geliştirilir. Özellikle bebeği kucaklama, kaldırma, altını temizleme, banyo yaptırma ve kanguru bakımı gibi aktivitelere ebeveyn dahil edilir. 	

Kaynaklar

1. World Health Organisation. Preterm Birth. URL: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> Erişim Tarihi: 28.02.2019.
2. Duerden EG, Grunau RE, Guo T, Foong J, Pearson A, Au-Young S, et al. Early procedural pain is associated with regionally-specific alterations in thalamic development in preterm neonates. *Journal of Neuroscience* 2018;38(4):878-886.
3. Tutar Güven Ş, İşler Dalgıç A. An individualized supportive developmental care program developed for premature newborns. *International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health* 2017;9:41-61.
4. Watson A. Understanding neurodevelopmental outcomes of prematurity: education priorities for NICU parents. *Advances in Neonatal Care* 2010;10(4):188-193.
5. Symington AJ, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(2).
6. Orton J, Spittle A, Doyle L, Anderson P, Boyd R. Do early intervention programmes improve cognitive and motor outcomes for preterm infants after discharge? A systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2009;51(11):851-859.
7. Gibbins S, Hoath SB, Coughlin M, Gibbins A, Franck L. The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care* 2008;8(3):141-147.
8. Doyle LW, Saigal S. Long-term outcomes of very preterm or tiny infants. *Neo Reviews* 2009;10(3):e130-e137.
9. Als H. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* 2009;2(3):135-147.
10. Kaya A, Tutar Güven Ş, İşler Dalgıç A. Evidence based nursing approaches in individualized supportive developmental care program developed for pretem newborns. *International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health* 2018;13:96-115.
11. Maroney DI. Recognizing the potential effect of stress and trauma on premature infants in the NICU: how are outcomes affected?. *J Perinatol* 2003;23(8):679.
12. Davydow DS, Katon WJ, Zatzick DF. Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries, and ICU stays for other critical illnesses: A review of the literature. *International Review of Psychiatry* 2009;21(6):531-538.
13. Davydow DS, Richardson LP, Zatzick DF, Katon WJ. Psychiatric morbidity in pediatric critical illness survivors: A comprehensive review of the literature. *Arch of Pediatr Adolesc Med* 2010;164(4):377-385.
14. Silberstein D, Litmanovitz I. Developmental care in the neonatal intensive care unit according to Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Harefuah* 2016;155(1):27-31.
15. Milette I, Martel MJ, da Silva MR, Coughlin McNeil M. Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the NICU. Part B: Recommendations and Justification. A Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN. *Canadian Journal of Nursing Research* 2017;49(2):63-74.
16. Milette I, Martel MJ, da Silva MR, McNeil MC. Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the Neonatal Intensive Care Unit. Part A. *Canadian Journal of Nursing Research* 2017;49(2):46-62.
17. Sarı HY, Çiğdem Z. Gestasyon haftalarına göre bebeğin gelişimsel bakımının planlanması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2013;6(1):40-48.
18. Coughlin M. *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age-appropriate care*. Springer Publishing Company; 2014.
19. Coughlin ME. *Trauma-Informed Care in the NICU: Evidenced-Based Practice Guidelines for Neonatal Clinicians*. Springer Publishing Company; 2016.
20. Peters KL, Rosychuk RJ, Hendson L, Coté JJ, McPherson C, Tyebkhan JM. Improvement of short and long-term outcomes for very low birth weight infants: Edmonton NIDCAP trial. *Pediatrics* 2009;124(4):1009-1020.
21. Legendre V, Burtner PA, Martinez KL, Crowe TK. The evolving practice of developmental care in the neonatal unit: a systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 2011;31(3):315-338.
22. Moody C, Callahan TJ, Aldrich H, Gance-Cleveland B, Sables-Baus S. Early initiation of newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) reduces length of stay: A quality improvement project. *J Pediatr Nurs* 2017;32:59-63.

23. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children-E-book. Elsevier Health Sciences; 2018.
24. Maltese A, Gallai B, Marotta R, Lavano F, Lavano SM, Tripi G, et al. The Synactive theory of development: the keyword for neurodevelopmental disorders. *Acta Medica Mediterranea* 2017;33:1257-63.
25. Westrup B. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)-family-centered developmentally supportive care. *Early Hum Dev* 2007;83(7):443-449.
26. Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 1986;6(3-4): 3-53.
27. Als H, Duffy FH, McAnulty GB. Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit (NICU). *Acta Paediatrica* 1996;85:21-30.
28. Vandenberg KA. Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: A practice guideline. *Early Hum Dev* 2007;83(7):433-442.
29. Hendricks-Munoz KD, Prendergast CC. Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: Neonatal nursing perceptions. *Am J Perinatol* 2007;25(2):71-78.
30. Zhang X, Lee SY, Chen J, Liu H. Factors influencing implementation of developmental care among NICU nurses in China. *Clinical Nursing Research* 2016;25(3):238-253.
31. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, de la Cruz J, López-Maestro M, Pallás C. Staff perceptions on Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) during its implementation in two Spanish neonatal units. *Early Hum Dev* 2013;89(1):27-33.
32. Newborn Services Clinical Guideline. Early Preterm Infant (24 to 27 Weeks Gestation). Reviewed by Charge Nurse Newborn, December 2004, URL: <http://www.adhb.govt.nz/newborn/Guidelines/Developmental/DevCare24-27.htm#Vision> Erişim Tarihi: 15.10.2018.
33. Newborn Services Clinical Guideline. Developing Preterm Infant (28 to 32 Weeks Gestation). Reviewed by Charge Nurse Newborn, December 2004, URL: <http://www.adhb.govt.nz/newborn/Guidelines/Developmental/DevCare28-32.htm>. Erişim Tarihi: 15.10.2018.
34. Newborn Services Clinical Guideline. Growing Preterm Infant (33 to 36 Weeks Gestation). Reviewed by Charge Nurse Newborn, December 2004, URL: <http://www.adhb.govt.nz/newborn/guidelines/developmental/devcare33-36.htm>. Erişim Tarihi: 15.10.2018.
35. Newborn Services Clinical Guideline. Older Preterm Infant (37 Plus Weeks Corrected Gestation). Reviewed by Charge Nurse-Newborn, December 2004, URL: <http://www.adhb.govt.nz/newborn/guidelines/developmental/DevCare37+.htm> Erişim Tarihi: 15.10.2018.

Meslek Hastalığının Boyutları ve Meslek Hastalıklarından Korunmada İş Sağlığı Hemşiresinin Rollerini*

Akgün YEŞİLTEPE** Gülendam KARADAĞ***

Öz

Meslek hastalıkları, günümüzde küresel olarak temel halk sağlığı sorunlarıdır. Meslek hastalıkları günümüzde birçok hastalığın önüne geçerek ülkeler açısından hastalık yükünü arttırmaktadır. Meslek hastalıklarını önlemek için tüm kurumlarda kurullar/komisyonlar aracılığıyla; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin tam ve eksiksiz verilmesi önemlidir. Bu hizmetlerin arasında periyodik muayeneler, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi ve danışmanlık verilmesi, raporlamaların yapılması gibi pek çok faaliyet yer almaktadır. Ancak işçi ve işverenler meslek hastalığının tanısı, izlemi ve yasal yükümlülüklerin bilinmesi ve uygulanması ile ilgili zorluklar yaşamaktadır. Bu derlemenin amacı meslek hastalığının boyutlarını ve iş sağlığı hemşireliğinin meslek hastalıklarından korunmadaki rollerini incelemek ve aynı zamanda çalışanlarda meslek hastalıkları ile ilgili farkındalığı arttırmak, politikalar çerçevesinde yapılması gerekenlerin anlaşılmasına katkı sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Meslek Hastalıkları, Çalışan Sağlığı, Korunma, İş Sağlığı Hemşireliği.

Abstract

Dimensions of Occupational Disease and Roles of Occupational Health Nurses in Protection from Occupational Diseases

Occupational diseases are one of the main public health problems globally. Occupational diseases prevent many diseases and increase the burden of diseases for countries. In order to prevent occupational diseases, through the boards/commissions in all institutions; It is important to provide full and complete occupational health and safety services. These services include periodic examinations, occupational health and safety training and consultancy, reporting. However, workers and employers have difficulties in diagnosing, monitoring and recognizing and implementing legal obligations. The aim of this review is to examine the dimensions of occupational disease and the role of occupational health nursing in the prevention of occupational diseases, as well as to raise awareness of occupational diseases in employees and to contribute to the understanding of what needs to be done within the framework of policies.

Keywords: Occupational Diseases, Worker's Health, Prevention, Occupational Health Nursing.

Geliş tarihi: 17.12.2018

Kabul tarihi: 07.10.2019

İş, bireylerin yaşamlarının bir parçası olup, onları yaşama dahil eden ve insanlarla bir etkileşim içinde olmasını sağlayan önemli bir faktördür. İş hayatı; çalışanın bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik düzeyini belirleyen en önemli etkidir (1). İş bir yandan çalışan kişinin sağlığını etkilerken, diğer yandan işin niteliğini ve niceliğini etkilemektedir. İş, insanların bir günlük yaşamının ve yaşam sürecinin en az 1/3'lük dönemini kapsar (2). Uzun süre iş yeri ortamında zaman geçirilmesi, uygun şekilde çalışılmaması, işe bağlı risklere karşı gerekli önlemlerin alınmaması sonucunda çalışan bireylerin sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir. İşçilerin işyeri ortamında sürekli risklere maruz kalmaları sonucunda meslek hastalıkları ortaya çıkmaktadır (3). Meslek hastalığı çalışan kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığına ve bireysel ekonomisine zarar vermekle birlikte toplumların refah düzeyini de dolaylı olarak olumsuz etkilemektedir (4).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) meslek hastalıklarını; insan vücudunun zararlı bir ajanla karşılaşması sonucu, çalışılan işe özgü bir neden-sonuç, etki-tepki ilişkisinin bulunduğu hastalıklar grubu olarak tanımlamıştır (5,6,7). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na (SSGSSK) göre meslek hastalığı; sigortalının çalıştığı veya yaptığı işten dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel ve ruhsal özrürlük halleri olarak tanımlanmıştır (8). 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (İSGK) madde 3/1'de ise meslek hastalığı "mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık" olarak tanımlanmıştır (9).

Bir hastalığın meslek hastalığı olabilmesi için uluslararası kriterler; maruz kalma ve etkilenim ilişkisinin güçlü ve bilimsel olarak ispatlanmış olması, hastalığın belirli işlerde veya çalışma alanlarında ortaya çıkması, maruz kalan işçi sayısı ile riskin şiddeti arasındaki ilişkinin kuvvetli olması ve hastalığın birçok ülkenin ulusal meslek hastalığı listesinde yer alması şeklinde sıralanabilir (10,11). Meslek hastalıklarının tipik özellikleri vardır. Bunlar;

- Tamamen önlenbilir hastalıklardır.
- Bir veya birden fazla zararlı etkenden oluşmuştur (beslenme, bireysel duyarlılık, sigara, alkol, ilaç kullanımı vs).
- Hastalık nedeni genellikle işyerindeki bir etkidir.
- İyi belirlenmiş bir hastalık etkeni olmasına rağmen bazen mesleki olmayan benzer özelliği gösteren durumlardan ayrımı zordur.
- Mevzuatın öngördüğü periyodik ortam ölçümleri ve sağlık muayeneleri ile çalışanların herhangi bir yakınması ortaya çıkmadan meslek hastalıkları tespit edilebilmekte ve gerekli önlemler alınmasına olanak sağlanabilmektedir.
- Meslek hastalığı tanısı, o tanıyı alan çalışanın yakın çalışma arkadaşları için de erken tanı kolaylığı sağlar.
- Kendine özgü bir klinik tablo oluşturabilir.
- Etkenle ilk temastan sonra meslek hastalığı 1-30 yıl arasında ortaya çıkabilir ve etkenle temas kesilirse meslek hastalığında ilerleme ya da gerileme olmaz (3,5,12,13).

*24-27 Nisan 2019'da 2.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. **Araş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir. E-mail: akgun_62@hotmail.com, **ORCID No: 0000-0002-4720-3118** ***Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir. E-mail: gulendam.karadag@deu.edu.tr , **ORCID No: 0000-0003-0289-5306**

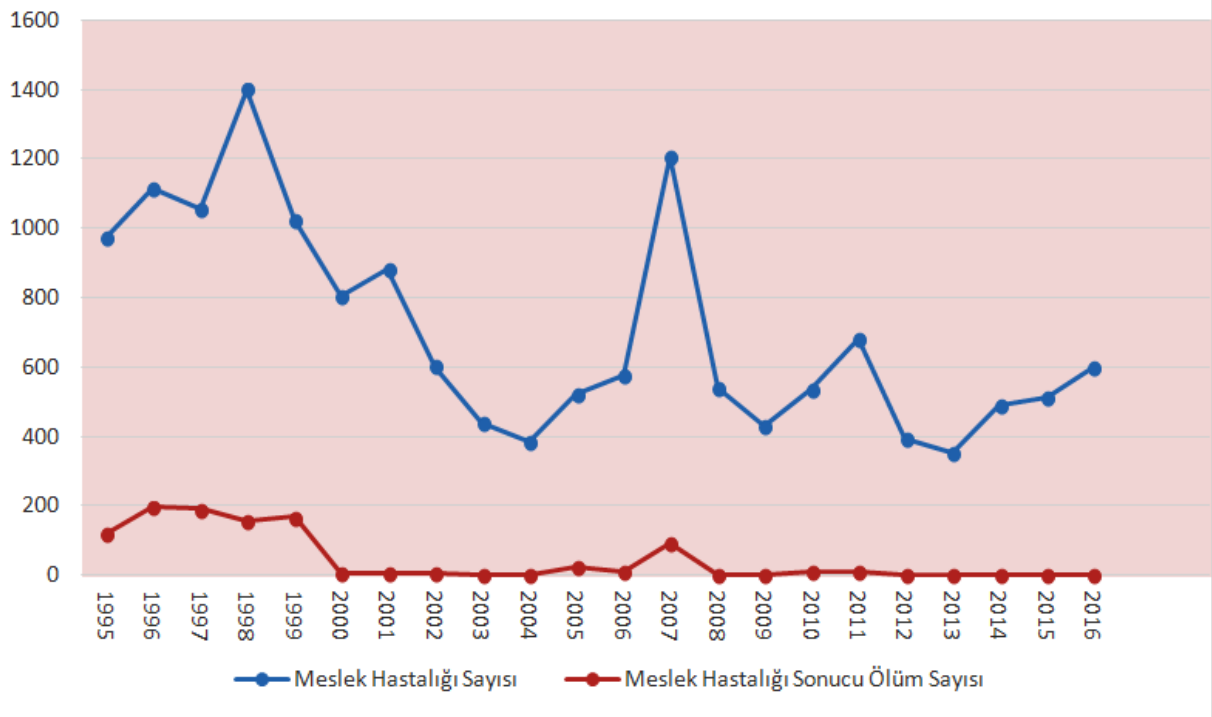
Bu derlemenin amacı meslek hastalığının boyutlarını ve iş sağlığı hemşireliğinin meslek hastalıklarından korunmadaki rollerini incelemek ve aynı zamanda çalışanlarda meslek hastalıkları ile ilgili farkındalığı arttırmak, politikalar çerçevesinde yapılması gerekenlerin anlaşılmasına katkı sağlamaktır.

Gelişme

Dünyada ve Türkiye’de Meslek Hastalıklarının Epidemiyolojisi ve Ekonomik Boyutu

Yapılan işle ilgili olarak sık ortaya çıkan meslek hastalıkları, kimi zaman sakatlığa, engelliliğe kimi zaman ise ölüme neden olabilmektedir (14,15). ILO 2015 global rakamlarına göre, dünyada her yıl 160 milyon çalışan kişinin işle bağlantılı hastalıklardan etkilendiği ve 2 milyon çalışanın ise aynı nedenle öldüğü belirtilmektedir. Ayrıca ILO dünyada her yıl 2.3 milyondan fazla erkek ve kadının meslek hastalığı ve yaralanma sonucu yaşamını yitirdiğini belirtmektedir (14). Dünya geneline bakıldığında meslek hastalıkları ile ilgili ölümler oldukça fazladır. Dünyada 2.403.965 kişi meslek hastalıkları nedeniyle yaşamını yitirmiştir ve dağılımlara bakıldığında sırasıyla Asya’da %65, Afrika’da %11, Avrupa’da %11.7, Amerika’da %10.9 olarak belirtilmiştir (16).

Ülkemizde meslek hastalığına bağlı ölümlere baktığımızda (Grafik 1) 1996 yılında meslek hastalığına bağlı ölümlerin, 1998 yılında ise meslek hastalığı sayısının zirve yaptığı görülmektedir (17,18).



Grafik 1. Türkiye’de Yıllara göre Meslek Hastalığı ve Ölümler

Kaynak: Akarsu ve arkadaşları, 2013; TCSGK, 2019

Teknolojik gelişmelerin ve sanayileşmenin günden güne gelişerek arttığı dünyamızda ne yazık ki meslek hastalıkları yeteri kadar önemsizlenmemekte ve alınan önlemlerle sayısından azalma olmamaktadır. Meslek hastalıkları ülke ekonomisine, işverene ve işçiye doğrudan etki etmektedir. İşveren açısından tazminat için ödenen para ve işgücü kaybı olarak göze çarparken işçi açısından hem maddi hem de manevi bir kayıp olarak ortaya çıkmaktadır. Ülkeler bazında bakıldığında ise yetişmiş insan gücü kaybına neden olmaktadır. Dolayısıyla meslek hastalıkları iş yaşamının tüm masrafları ve kayıpları açısından önem taşımaktadır (19,20). Mesleki hastalıkların ekonomik boyutu evrensel düzeyde bir problem olarak dikkat çekmektedir. ILO mesleki hastalıklarının getirdiği mali yükü, ekonomide bir gizli salgın olarak adlandırmaktadır. Bu "gizli salgın" ülkelerin ekonomilerine maliyeti, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın (GSYH) en az %4'ü olarak hesaplanmaktadır. Ülkelere göre maliyetlerine bakıldığında meslek ile ilgili hastalıkların ve yaralanmaların GYSH'da Amerika'da %1.8'e, Avusturya'da %4.8'e, Norveç'te %6'ya, İsveç'te %4'e, Finlandiya'da %3.8'e, İtalya'da %3.2'ye, Danimarka'da %2.7'ye, Yeni Zelanda'da %3.4'e karşılık gelmektedir (15,21,22). Avrupa Birliği (AB) ülkelerindeki meslek hastalıklarının yıllık maliyetinin 145 milyar Euro olduğu, Yeni Zelanda'da toplam sağlık harcamalarının dörtte birinin mesleki kas iskelet sistemi bozuklukları için harcandığı belirtilmektedir. 1990-2000 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) asbeste maruz kalma ile ilgili hastalıklar için ödenen toplam tazminatın 21,6 milyar ABD doları olduğu ve 2001-2020 yılları arasında Fransa'da ödenen tazminat miktarının 27-37 milyar Euro olduğu belirtilmiştir (11). Ülkemizde meslek hastalığı ile ilgili kayıtların yetersiz ve düzensiz olması nedeniyle meslek hastalıklarına yönelik maliyet verileri ne yazık ki elde edilememiştir (23).

Dünyada fiziksel etkenlerle oluşan mesleki ve iş ile ilgili hastalıklar arasında ilk sırayı kas-iskelet sistemi hastalıkları almaktadır. Dünyada meslek hastalıklarına bağlı ölümlerin dağılımı incelendiğinde dolaşım ve solunum sistemi hastalıklarına

bağlı ölümler başı çekmektedir (16). Türkiye’de ise veriler ve sayılar değişkenlik göstermekle beraber mesleki solunum sistemi hastalıkları ve akciğer hastalıkları ilk sırada gelmektedir. Ülkemizde meydana gelen bu farklılığın nedenlerinden biri hastalıklara ilişkin yeterli izlem ve kayıt sisteminin olmaması ve meslek hastalıklarına tanı koyma sürecinin sağlıklı işlememesinden ötürü beklenenin altında olguların tanı alabilmeleridir (13,23).

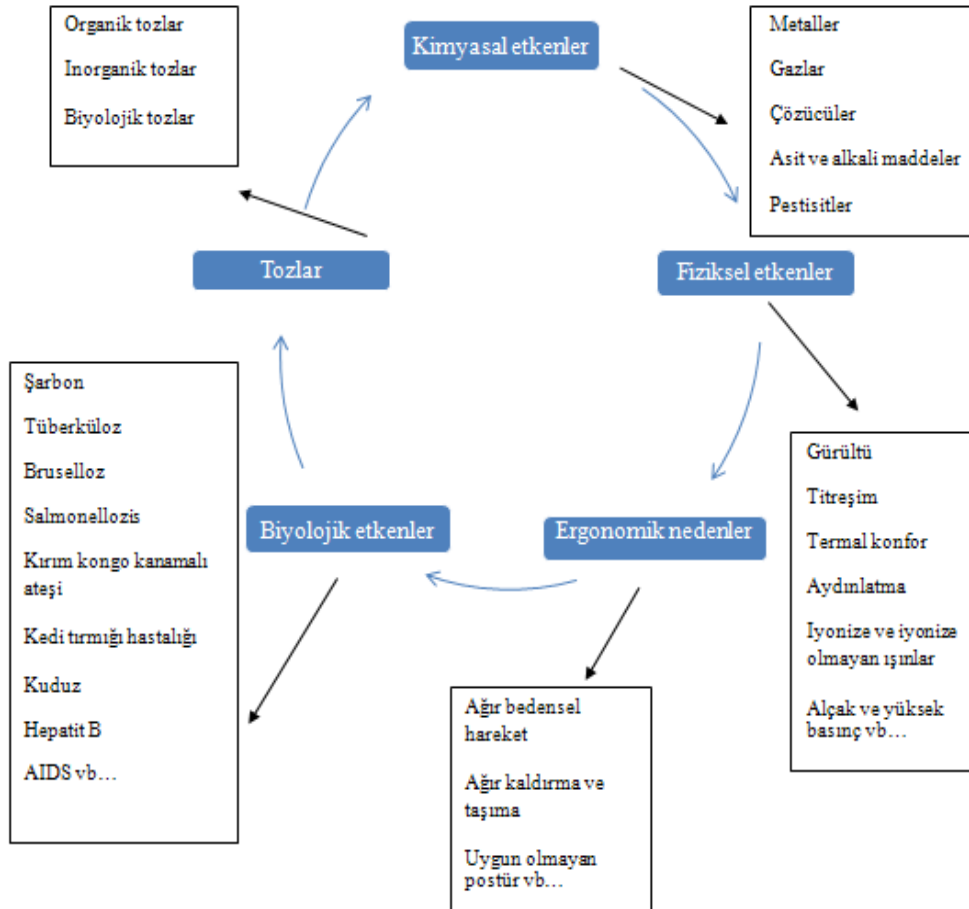
Türkiye’de 2011 yılında meydana gelen 697 meslek hastalığı vakalarının, 280’inde arsenik ve bileşikleri, 170’inde ise silikoz ve silikotüberküloz tespit edilmiştir. 2012 yılında toplam 395 meslek hastalığı vakasının 246’sı silikoz ve silikotüberküloz; 2013 yılında toplam 371 meslek hastalığı vakasının 76’sı solunum sistemi hastalıkları, 60’ı listede olmayan başka bir hastalık; 2014 yılında toplam 494 meslek hastalığı vakalarının 115’i solunum sistemi hastalıkları, 85’i listede olmayan başka bir hastalık; 2015 yılında toplam 510 meslek hastalığı vakasının 203’ü solunum sistemi hastalıkları, 99’u listede olmayan başka bir hastalıktan oluştuğu saptanmıştır (23). Türkiye’de meslek hastalıklarının sayısı yıllara göre değişim göstermiştir ve buna göre meslek hastalığı en çok 1998 yılında (1400 vaka) tanılanırken en az 2013 yılında (351 vaka) tanılanmıştır (18).

Meslek Hastalıklarının Sınıflandırılması ve Nedenleri

İşyerlerinde farklı nedenlere bağlı olarak oluşan sağlık sorunlarına çok sayıda ve değişik türde faktörlerden dolayı farklı meslek hastalıkları meydana gelebilir (24,25). Meslek hastalıkları etkilediği organlara ve meslek hastalığına neden olan etkene göre iki şekilde sınıflandırılır.

Birinci yaklaşım; hastalık tablosuna göre yapılan incelemedir. Hastalıkta görülen belirtilere ve tutulan organa bakıldığında ilk sırada mesleki deri hastalıkları, ardından mesleki solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır (13).

İkinci yaklaşım ise; hastalığın nedenine göre yapılan incelemedir. Hastalık nedenine göre yapılan inceleme yaygın olarak kullanılmaktadır. Nedenlerine göre meslek hastalıkları; fiziksel, kimyasal, biyolojik etkenler, ergonomik nedenler ve tozlarla meydana gelen meslek hastalıkları olarak sınıflandırılmaktadır (3,13,17,25,26) (Şekil 1). Meslek hastalıkları nedenlerine göre Kanada’da ve Avrupa’nın yirmi yedi ülkesinde ergonomik faktörler ilk sırada yer alırken (27,28) Asya, Afrika ve Amerika kıtalarında tozlar ve kimyasal etkenler ilk iki sırayı almaktadır (29). Türkiye’de 2015 yılındaki meslek hastalığına bağlı ölüm nedenlerine bakıldığında kimyasallara tozlara bağlı ölümler veya mesleki solunum sistemi hastalıkları ilk sırada yer almaktadır (23).



Şekil 1: Nedenlerine göre Meslek Hastalıkları Sınıflaması

Kaynak: Akarsu ve arkadaşları, 2013; Bilir ve Yıldız, 2014; Ilıman, 2015; Kaba ve Ünal, 2014; Occupational Safety and Health Branch Labour Department, 2009.

Ülkemizde Sık Görülen Meslek Hastalıkları

Meslek hastalıkları listesinde yer alan hastalıklar ülkeden ülkeye sayı ve görülme sıklığı açısından farklılık göstermektedir (29). Gelişmiş ülkelerde hizmet sektörü daha fazla gelişmesinden dolayı iş ve çalışma ortamından kaynaklanan meslek hastalıkları ön plandadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise daha çok ağır ve tehlikeli işler göz önündedir. Yeteri kadar denetim, kontrol ve yönetim eksikliği nedeni ile gelişmekte olan ülkelerde görülen meslek hastalıkları genelde sanayi türü işlerden kaynaklıdır (12).

Türkiye’de görülmekte olan ve sık karşılaşılan meslek hastalıkları;

Asbestosis: Asbest solunması sonucu akciğerler veya plevrayı etkileyen çoğu ciddi hastalıkların başında gelir (30). Asbest maden ocaklarında, inşaat, otomotiv sanayisinde, gemi yapımında, izolasyon işlerinde çoğunlukla kullanılmaktadır (5).

Bissinozis: Pamuk, keten ve kenevir tozlarına maruziyet sonucu oluşan hastalıktır. Pamuk toplama aşamasından konfeksiyon aşamasına kadar tüm işlemler sırasında pamuk tozu oluşur (31,32). Bisinoze en sık yol açan bitki pamuk olup, tekstil sanayisinde çalışan işçilerde sık görülmektedir. Göğüste sıkışma hissi, dispne, öksürük bazen ateş görülür. Bu hastalık ile ilgili şikayetler genelde pazartesi olup, “pazartesi ateşi” veya “çiftçi hastalığı” adları verilmiştir. Kısa süreli etki sonucu sonlanma ile geçebilir, uzun süreli etkisi sonucu ise KOAH benzeri bir tablo oluşabilmektedir (5).

Silikozis: Hastalık silis tozunun akciğerlerde toplanması sonucu meydana gelen reaksiyondan kaynaklanır. Taş ocaklarında, cam sanayisinde, kiremit-tuğla imalat işinde çalışan işçilerde ve madencilerde görülmektedir (5). İleriki dönemlerde nefes darlığı belirgin olup, KOAH tablosuna geçiş yapabilir (12).

Zehirlenmeler: Özellikle; karbonmonoksit, benzen ve pestisit zehirlenmesi en sık görülen zehirlenmelerdir. Karbonmonoksit zehirlenmesi demir-çelik sanayisinde çalışanlarda meydana gelmekte bilinç bulanıklığı ve komaya sebep olmakta, benzen kimya endüstrisinde kullanılmakta lösemiye neden olabilmekte, pestisit zehirlenmesi ise ilaç endüstrisinde ve tarım sektöründe çalışan işçilerde görülmekte olup kramplar, karın ağrıları, ishal tablosu ile karakterizedir (10,12).

Gürültüye bağlı işitme kaybı: En sık karşılaşılan ve denetimi en çok ihmal edilen meslek hastalıklarının başında gelmektedir. Gürültünün sağlığa birçok boyutta etkisi vardır (12). Dünya Sağlık Örgütü Dünyada 360 milyon kişinin çalıştığı işe bağlı olarak işitme kaybı yaşadığını belirtmiştir (33). ABD’de tüm işitme kayıplarının içinde gürültüye bağlı işitme kaybı en sık görülen meslek hastalığıdır. ABD’de 30 milyondan fazla işçi tehlikeli gürültüye maruz kalmaktadır (34-36).

Meslek Hastalıklarından Korunma

Meslek hastalığının en önemli özelliği gerekli önlemler alındığında önlenabilir olmasıdır (13). Gelişmekte olan ülkelerde gerekli risk yönetimi yapılması durumunda, kontrol-denetim doğru ve uygun şekilde gerçekleştirildiğinde meslek hastalıklarının önüne geçilebilmektedir (37). İşyerlerinde meslek hastalıklarının kontrolünü sağlamak için işveren, işçi, iş sağlığı güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve iş sağlığı hemşiresi arasındaki uyumun tam olarak sağlanması gerekir. Risk değerlendirme çalışmaları işyeri hekimleri, iş sağlığı hemşireleri ve destek elemanları aktif görev almalıdırlar (38). Meslek hastalıklarından korunmada yapılması gerekenler üç boyutta ele alınır:

- Kaynağa yönelik yöntemler

İşyerlerinde meydana gelebilecek bir tehlikeyi önlemenin en etkin yolu kaynağa kontrolü sağlamaktır (3,12). Bu doğrultuda çeşitli uygulamalar yapılabilmektedir. Örneğin; duvarlardan yansıyan gürültüyü azaltmak için yumuşak madde ve sesi absorbe eden sağlam maddelerle kaplanabilir. Gürültü seviyesi yüksek makinelerin, gürültü düzeyini belli bir alt seviyeye çekilmesi, gürültü çıkaran parçanın değişmesi veya kapalı bir sistem içinde çalıştırılması ile gürültüye bağlı sağlık sorunları azaltılabilir. Ayrıca; gürültülü makine ile kişi arasındaki mesafe belli düzeye çekilmesi çalışanın işitme sağlığını korumada faydalı olacaktır (3,39,40,41).

- Tıbbi korunma önlemleri

a) **İşe giriş muayeneleri:** Çalışanlar fiziksel ve mental özelliklerine göre işe yerleştirilir. İşe giriş muayeneleri yapılırken; anamnez alınır, fizik muayene ve laboratuvar bulgularına bakılır. Fizik muayenede; duyu organlarına (göz, kulak, burun, boğaz, deri) ve kapsamlı muayeneye (kardiyovasküler sistem, sindirim sistemi, ürogenital sistem, solunum sistemi, psikiyatrik muayene, nörolojik muayene) bakılır. Laboratuvar bulgularında ise biyolojik analizler (kan ve idrar), radyolojik analizler, fizyolojik analizler (odyometre, solunum fonksiyon testi), psikolojik testlere bakılır (42,43).

b) **Aralıklı kontrol muayeneleri (Periyodik muayeneler):** Ortamda meydana gelen risklerin çalışanların sağlığı üzerine olumsuz bir etki yapıp yapmadığı kontrol edilir. Kontroller belirli aralıklarla yapıldıktan sonra, sağlık durumunda herhangi bir kötüleşme varsa tedavi edilip, işe uygun olup olmadığına karar verilir. Az tehlikeli sınıftaki işyerlerinde en az beş yılda bir, tehlikeli sınıftaki işyerlerinde en az üç yılda bir, çok tehlikeli sınıftaki işyerlerinde en az yılda bir defa olmak üzere periyodik muayene tekrarlanır (44). Bazı iş kollarında ise daha sık aralıklarla periyodik muayeneler yapılmaktadır. Kurşun ve civa ile çalışanların; her 3 ayda bir; Arsenik, inektisit ve tozlu işlerde çalışanlar ile çalışanların; her 6 ayda bir, klinik ve laboratuvar yöntemleri ile sağlık muayenesinden geçmesi önerilmektedir (45).

c) **Eğitim:** İşyerinde meydana gelebilecek risk ve tehlikeler hakkında çalışanların bilgilendirilmesi ve olası tehlikeli durumlarda neler yapması gerektiği konusunda gerekli uyarıların yapılmasıdır. İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) alanında belirlenen ilke ve standartların en önemli hedefi çalışmanın güvenli ve sağlıklı ortamlarda gerçekleştirilmesidir. Bu hedefe ulaşmada eğitim önemli yer tutmaktadır (46,47). Çalışanlara verilecek eğitim, işyerinin farklı kollarına göre değişiklik gösterse de;

- Genel iş sağlığı ve güvenliği kuralları,
- İş kazaları ve meslek hastalıklarının sebepleri ve işyerindeki riskler,
- Kaza, yaralanma ve hastalıktan korunma,
- İş donanımlarının güvenli kullanımı,
- Çalışanların yasal hak ve sorumlulukları, yasal mevzuat ile ilgili bilgiler,
- İşyerinde güvenli ortam ve sistemleri kurma,

- Kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanımı,
- Ekranlı ekipmanlarla çalışma, uyarı işaretleri,
- Kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddelerle ortaya çıkan riskler,
- Temizlik ve düzen,
- Yangından korunma, elektrik, tehlikeleri, riskleri ve önlemleri,
- Termal konfor şartları, ergonomi,
- İlk yardım, kurtarma konularını içermelidir (48).

- İşçiye yönelik önlemler

Risk kontrolünün kaynakta tamamen sağlanamadığı durumlarda veya işyerinde çalışma ortamına yönelik koruyucu önlemler yetersiz ise işçiye yönelik kişisel koruyucu önlemler alınmalıdır. Bu önlemler içinde çalışanların meydana gelebilecek tehlikelerden etkilenmesini en az düzeye indirmek amaçlanır ve KKD kullanmaları teşvik edilir (41,49).

Ülkemizde ve dünyada meslek hastalıklarının görülmesinin en önemli nedeni; iş sağlığı güvenliğini sağlamak yönünde alınan önlemlerin yetersizliği ve yokluğu, çalışanın ve işverenin iş sağlığı ve güvenliği konusunda bilinç düzeyinin düşük olmasıdır (50,51). Özellikle KKD kullanımının yetersizliği bunların yanlış seçimi ve gerekliliğine olan inancın az olması önemli oranda meslek hastalıkları riskini arttırmaktadır. Ani olarak ortaya tehlikelerin yaratacağı zararları önlemekte KKD'in bilinçli kullanımı son derece önemlidir (52).

KKD; bir ya da birden çok sağlık ve güvenlik tehlikesine karşı koruma sağlamak için kişiler tarafından giymek, takılmak ya da taşınmak amacıyla tasarlanmış herhangi bir cihaz alet ya da malzemeyi; kişiyi aynı anda bir ya da birden çok olası riske karşı korumak amacıyla üretici tarafından bir bütün haline getirilmiş birden çok cihaz, alet ya da malzemeden oluşmuş donanımı ifade eder. Başlıca KKD'ler: Göz ve yüz koruyucuları, kulak koruyucuları, baş koruyucuları, el, ayak ve bacak koruyucuları, vücut ve gövde koruyucuları, koruyucu elbiseler ve solunum sistemi koruyucularıdır (53).

KKD işyerlerinde kullanılması hakkındaki 02.07.2013 tarihli 28695 sayılı resmi gazetede yayımlanan yönetmeliğe göre ve işçi ve işverenin sorumlu olduğu yükümlülükler vardır (53,54). Çalışanlar KKD kullanma gereksinimini algılar ve farkındalığını kazanırsa, bunların kullanımı ile ilgili bilgi sahibi olurlarsa donanım tam anlamıyla koruyucu olabilir (55). KKD'in etkin ve aktif kullanımı; gereksinimlerin belirlenmesi, bu gereksinime göre uygun ve doğru seçimi, kullanıcı onayının alınması, etkin ve düzenli eğitim verilmesi ve denetim gibi süreçler gerektirir. İşyerlerinde kişisel koruyucu donanımların seçimine ve satın alınmasına karar verilirken etkili olan en önemli unsur, standartlara uygun olup olmadığının bilinmesidir. KKD seçiminde bilinmesi gereken bazı standartlar bulunmaktadır (56).

- İşyerinde toplu korumayla önlenemeyen veya teknik açıdan önlemler alınmasına rağmen istenilen düzeye getirilmeyen durumlarda KKD kullanılmalıdır.
- KKD'nin kendisi ortamda bir risk oluşturmadan riski önlemeye, iş koşullarına, kullanan çalışanın sağlığına ergonomik durumuna ve yapılan işe uygun olmalıdır.
- İşveren KKD'nin kullanımı hakkında teorik ve uygulamalı eğitimi çalışanlarına ücretsiz sağlamalı, işçilerin fikirlerini almalı ve aktif katılmalarını sağlamalıdır.
- Seçilecek KKD'nin kısaltması CE (Conformite European) olan Avrupa standartlarına uygunluğu ifade eden işareti taşımaya dikkat edilmelidir. CE işaretleme olmayan ya da güvenliğinden şüphe duyulan ürünler kullanılmamalıdır. CE uygunluk işareti, üreticinin ilgili teknik düzenlemeden kaynaklanan bütün yükümlülüklerini yerine getirdiğini ve ürünün ilgili tüm uygunluk değerlendirme işlemlerine tabi tutulduğunu gösteren bir işarettir.
- KKD seçiminde ayrıca, riske ilişkin limit değerlere de dikkat edilmelidir (57,58,59).
- İşverenler, işyerinde her çalışana kullanmaları gereken KKD ile eğitim vermekle yükümlüdürler. Çalışanlar ise, KKD ile ilgili temel şeyleri bilmelidirler (52,54).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine yönelik koruyucu önlemler alınmasına dair işverene bir takım rol ve sorumluluklar getirmiştir. İşveren bu rol ve sorumlulukların farkına vardığı zaman, ortamda oluşabilecek meslek hastalıkları riskini en aza indirmiş olur. Bununla birlikte işveren açısından maddi kayıp ve tazminat açısından düşüş sağlarken, çalışan açısından sağlıklı bir işyeri ortamı sağlanarak uzun vadede meslek hastalıklarının önlenmesine yardımcı olur (9).

Meslek Hastalıklarının Önlenmesinde İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü

İşyerlerinde meslek hastalıklarının önlenmesinde iş sağlığı ve güvenliği ekibi, kurullarının bulunması ve bunların koordineli çalışması önemlidir (60). İş sağlığı hemşiresinin bu ekip içinde işçilerin mesleki risklerinin azaltılmasında sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde birçok fonksiyonu vardır (61-63). İş sağlığı hemşirelerinin işyerlerinde; kişisel sağlık verilerini kaydetme ve gizliliği koruma, işe uygunluğu değerlendirme, sağlık izlemi, sakatlığı önleme, ruhsal sağlıkla ilgili risk değerlendirmelerini yapma gibi temel fonksiyonları vardır. Bunların yanında; sağlıkla ilgili yasalara hakkında yeterli bilgiye sahip olmak ve bu konuda çalışanları bilgilendirmek, çalışanlara işyerinde stresle baş edebilme konusunda danışmanlık yapmak, sağlık taramaları yapmak, meslek hastalıkları, iş kazaları, işe bağlı olmayan hastalık ve kazaları önlemek, çalışma ortamını değerlendirmek, sağlık eğitimi yapmak, iş sağlığı hemşireliği araştırmaları yapmak gibi çeşitli konular iş sağlığı hemşiresinin görevleri arasındadır (63,64). İş sağlığı hemşireleri meslek hastalıklarından korunmada çalışanın işe girdiği andan itibaren bireylere holistik bir bakım anlayışıyla gerek çalışma ortamı ve buna bağlı riskleri gerekse çalışanın sağlığını takip edip, iyi gözlemlemeli ve düzenli kayıt tutmalıdır (65).

DSÖ iş sağlığı hemşiresinin öncelikli rollerini şu şekilde açıklamıştır;

- a) Kapsamlı iş sağlığı ve güvenliği stratejileriyle ortamda oluşacak kazaları ve yaralanmaları önleme.
- b) Bireylerin işyeri ortamındaki yeteneklerinin gelişmesine katkıda bulunma.
- c) Çevre sağlığı yönetimini iyileştirmek (66).

Amerikan İş Sağlığı Hemşireliği Derneği'ne göre, iş sağlığı hemşiresinin alanında yetkin olabilmesi ve gelişimini tamamlayabilmesi için;

- Profesyonel ve akademik eğitimini devam ettirmeli,
- Eğitim programlarına akredite olmalı,
- Kariyer planması yapmalı, uluslararası ve yerli kurumlar, organizasyonlar ile bağlantı halinde olmalı,
- İş sağlığı planlanması ve değerlendirebilmesini gerçekleştirebilmeli,
- Sertifika programlarına katılmalı,
- İş sağlığına yönelik politikaları bilmeli ve aktif olarak yer almalıdır (67).

Ülkemizde 19 Nisan 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te iş sağlığı hemşirelerinin görevleri net bir şekilde tanımlanmıştır. Bu yönetmelik ışığında iş sağlığı hemşirelerinin görevleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

- Sağlıklı ve güvenli bir işyeri ortamı sağlamak için, işverenin de katılımını sağlayarak gözlem yapmalı ve çalışan sağlığını tehdit eden riskleri saptamalıdır.
- İşyeri ortamının etkisi ile oluşan sağlık sorunlarında alınacak önlemler konusunda öneride bulunma ve bu önerilerin uygulanmasını sağlamaya yardım etmelidir.
- İşe bağlı olan ya da olmayan kazaların önlenmesi için diğer iş sağlığı hizmet ekibi üyeleri ile birlikte koordineli çalışmalıdır.
- Meslek hastalıklarının önlenmesi, tedavisi ve izlemi ile ilgili hemşirelik girişimlerini planlamalı, uygulamalı ve değerlendirmelidir.
- İş sağlığı ve iş güvenliği bilincinin geliştirilmesi konusunda ilgili birimlerle iş birliği halinde çalışmalarda bulunmalıdır.
- İşyeri sağlık güvenlik kurullarının etkin üyesi olarak toplantılara katılmalıdır (9,68,69,70,71).

Sonuç

Bütün toplumlarda iş hayatı gelişmekte, bu alanda çalışan kişi sayısında artış gözlenmektedir. Çalışanlar halk sağlığının temel yaklaşımı olan sağlığı koruyucu ve geliştirici etkinlikler bakımından önemli bir grubu oluşturmaktadır (64). Sanayileşme ve yeni teknolojilerin hızla gelişerek yaygınlaşması özellikle işyerlerinde çalışanların işyeri içinde ve dışında hemen veya sonradan korunmalarına yönelik önlemlerin giderek önem kazanmasına neden olmuştur (2). Dünyada ve ülkemizde her yıl azımsanmayacak sayıda çalışan rahatlıkla engellenebilecek ve hukuken de engellenmesi zorunlu olan meslek hastalıklarından yaşamını yitirmekte veya engelli hale gelmektedir. İş sağlığı hemşirelerinin işyerlerinde daha fazla istihdam edilmesi, aynı zamanda iş kazası ve meslek hastalıklarına yönelik düzenli eğitimler vermesi, danışmanlık yapması, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik davranışların kazandırılmasında çok önemli rolleri ve görevlerinin olduğu unutulmamalıdır. Bu bağlamda iş sağlığı hemşireleri sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sağlamaları, çalışanlarla ilgili güvenilir kayıtlar tutmaları ve düzenli sağlık izlemlerini yapmaları, çalışanları hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmeleri, karşı karşıya buldukları mesleki riskler ile bu risklere karşı alınması gerekli tedbirleri öğretmeleri meslek hastalıklarını azaltmada önemlidir.

Kaynaklar

1. Demir B. 6331 sayılı kanunun 6. maddesi yürürlüğe ertelenmesinin kamuda iş sağlığı ve güvenliği uzmanı çalıştırılması açısından değerlendirilmesi. Hastane Öncesi Dergisi 2017;2(1):23-36.
2. Yardım N, Çipil Z, Vardar C, Mollahaliloğlu S. Türkiye iş kazaları ve meslek hastalıkları: 2000-2005 yılları ölüm hızları. Dicle Tıp Dergisi 2007;34(4):264-271.
3. Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. 3.Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2014:189-341.
4. Ding Q, Schenk L, Hansson SO. Occupational diseases in the people's republic of China between 2000 and 2010. Am J Ind Med 2013; 56(12): 1423-1432.
5. Akbaba M, Demirhindi H. Temel Halk Sağlığı. 1.Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2017:130-135
6. International Labour Organization. List of occupational diseases (revized 2010). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_150323.pdf. Erişim Tarihi: 09 Mayıs 2019.
7. Niu S. The ILO list of occupational diseases. African Newsletter on Occupational Health and Safety 2002;12(3):47-50.
8. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (31 Mayıs 2006), <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>. Erişim Tarihi: 9 Ağustos 2018.
9. 6331 İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (20 Haziran 2012). <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf>. Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2017.
10. Berk M, Önal B, Güven, R. Meslek Hastalıkları Rehberi. 1.Baskı. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı; 2011:9-12,175-189.

11. Özlü AS, Barlas G, Yakıştıran S, Derin İG, Şerifi BA. Meslek hastalıklarının kayıt ve sürveyans uygulamalarına ilişkin karşılaştırma raporu. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2017:9-16
12. Güler Ç, Akın L. Halk sağlığı temel bilgiler. 1.Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012:1077-1085.
13. İlman EZ. Türkiye’de meslek hastalıkları. Uluslararası Sağlık Yönetimi Araştırma Dergisi 2015;1(1):21-36.
14. International Labour Organization. Global trends on occupational accidents and diseases. 2015. http://www.ilo.org/legacy/english/osh/en/story_content/external_files/fs_st_1_ILO_5_en.pdf. Erişim Tarihi: 07 Eylül 2018.
15. Takala J, Hämäläinen P, Saarela KL, Yun LY, Manickam K, Jin TW, et al. Global estimates of the burden of injury and illness at work in 2012. J Occup Environ Hyg 2014;11(5):326-337.
16. Hämäläinen P, Takala J, Kiat TB. Global estimates of occupational accidents and work-related illnesses 2017. World 2017:3-4.
17. Akarsu HV, Ayan B, Çakmak E, Doğan B, Eravcı DB, Karaman E ve ark. Meslek Hastalıkları. 1.Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2013:13-40.
18. Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu. İstatistik yıllıkları. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari. Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018
19. Baybora D. Türkiye’de iş kazaları ve meslek hastalıkları ve sosyal güvenlik sistemi içindeki yeri. International Conference on Euroasian Economies. 17-18 September 2013; St. Petersburg, Russia.
20. Songur L, Songur G. Ekonomik büyümede iş kazası ve meslek hastalıklarının önemi ve sosyal tarafların sorumlulukları. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi 2018;(68):43-55.
21. European Agency for Safety and Health at Work. Economic impact of occupational safety and health in the member states of the European Union. <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/302>. Erişim Tarihi: 03 Ekim 2018.
22. Leigh JP. Economic burden of occupational injury and illness in the United States. Milbank Q 2011;89(4):728-772.
23. Ali Ekber Ç, Tahsin A, Bedri T, Mustafa Y, Yıldırım Ç. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. 7.Baskı. Ankara: Ankamat Matbaacılık; 2017:103-109.
24. Bilir N. Meslek hastalıkları (tanı, tedavi ve korunma ilkeleri). Hacettepe Tıp Dergisi 2011;42:147-152.
25. Kaba C, Ünal E. İstanbul meslek hastalıkları hastanesinde 2009 yılında meslek hastalıkları nedeniyle tedavi edilen hastaların hastalık grupları ve tedavi maliyetlerine göre incelenmesi. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2014;14:51-52.
26. Occupational Safety and Health Branch Labour Department (2009). Strategies for the prevention occupational diseases. <https://www.labour.gov.hk/eng/public/oh/StrategiesPreventionOccupationalDisease.pdf>. 21 Ekim 2018.
27. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Recognizing and preventing occupational disease: Strategies and recommendations from Canadians. 2005. https://www.ccohs.ca/products/publications/pdf/Forum05_Survey_Report.pdf?r=1. Erişim Tarihi: 12 Aralık 2018.
28. Eurostat European Commission (2010). Health and safety at work in Europe. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5718905/KS-31-09-290-EN.PDF/88eef9f7-c229-40de-b1cd-43126bc4a946>. Erişim Tarihi: 16 Temmuz 2018.
29. Rushton L. The global burden of occupational disease. Curr Environ Health Rep 2017;4(3):340-348
30. Health and Safety Executive. Asbestos related disease. 2016. <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/asbestos.htm>. Erişim Tarihi: 04 Ekim 2018.
31. Arbak P. Mesleki astım ve bisinosis. Klinik Gelişim 2010;23(4):23-8.
32. Filiz A, Bayram NG. Türkiye’de ve dünyada bisinosis. Toraks Dergisi 2002;3(1):98-102.
33. WHO. Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented. 2013. <http://www.who.int/pbd/deafness/news/Millionslivewithhearingloss.pdf>. Erişim Tarihi: 12 Eylül 2017.
34. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Morbidity and Mortality Weekly Report. (22 Nisan 2016) Hearing Impairment Among Noise Exposed Workers-United States, 2003-2012. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/pdfs/mm6515a2.pdf>. Erişim Tarihi: 15 Aralık 2018.
35. Masterson EA, Bushnell PT, Themann CL, Morata TC. Hearing impairment among noise-exposed workers-United States, 2003-2012. Morbidity and Mortality Weekly Report 2016;65:389-394.
36. Nelson D, Nelson R, Concha-Barrientos M, Fingerhut M. The global burden of occupational noise-induced hearing loss. Noise and Health 2006;8(30):1.

37. Rosenstock L, Cullen M, Fingerhut, M. Disease control priorities in developing countries. J Occup Health 2006;1127-1145.
38. Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Meslek hastalıkları. 1.Baskı. Ankara: Özyurt Matbacılık; 2013:40-41.
39. Belgin E, Çalışkan M. Çalışma yaşamında gürültü ve işitmenin korunması. 1.Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2004:37-38.
40. Ekerbiçer HÇ, Saltık A. Endüstriyel gürültünün insan sağlığı üzerine etkileri ve korunma yöntemleri. TAF Prev Med Bull 2008;7(3):261-264.
41. İstanbulluoğlu H, Kır T. Mesleki gürültü maruziyeti (Askeri personel örneği). TAF Prev Med Bull 2016;15(4):376-381.
42. Emiroğlu C. İşe giriş muayeneleri ve işe yerleştirme. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2000:7-11.
43. Türk Tabipler Birliği. İşe giriş raporlarında aile hekiminin sorumlulukları. 1.Baskı. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2017:10-11.
44. İşyeri hekimi ve diğer sağlık personelinin görev, yetki, sorumluluk ve eğitimleri hakkında yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. 2014. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/12/20141218-6.htm>. Erişim Tarihi: 9Ağustos 2018.
45. Emiroğlu C. Aralıklı kontrol muayeneleri ve iş-işçi uyumu. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2001:20-26.
46. İlhan MN, Kurtcebe ZÖ, Durukan E, Koşar L. Temizlik işçilerinin sosyodemografik özellikleri ve çalışma koşulları ile iş kazası ve meslek hastalığı sıklığı. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2006;20(6):433-439.
47. Ulutaşdemir N, Dokur M, Bayraktar N, Bostanoğlu H, Çopur ÖÇ, Çolakfakıoğlu İ. Gaziantep'te özel bir fabrikada iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2015;1:11-12.
48. Atlı K, Froneberg B, Matisane L, Yıldız N, Şimşek C, Demirkol D. Çalışma Yaşamında Sağlık Gözetimi Rehberi. 1.Baskı. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı; 2010:181-182
49. Çağlayan Ç. Meslek Hastalıkları Rehberi. 1.Baskı. Birleşik Metal İş Yayınları. 2015:80-82 http://www.birlesikmetal.org/kitap/meshas_2015.pdf. Erişim Tarihi: 15 Ekim 2018.
50. Bayraktaroğlu S, Aras M, Atay E. Çalışanlarda iş güvenliği ve iş kazası algısı: mavi yakalılar üzerine bir araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi 2018;5(9):1-15.
51. Horozoğlu K. İş kazalarının iş sağlığı ve güvenliği açısından analizi. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017;7(1):265-281.
52. Dizdar EN. İş güvenliği. 4.Baskı. Trabzon: Murathan Yayınları. 2008:128-137.
53. Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği (20 Aralık 2006). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/11/20061129-9.htm>. Erişim Tarihi: 11Temmuz 2017.
54. Occupational Health and Safety Administration (2004). Personal Protective Equipment. <https://www.osha.gov/Publications/osh3151.pdf>. Erişim Tarihi: 11Temmuz 2017.
55. Demirbilek T, Çakır Ö. Kişisel koruyucu donanım kullanımını etkileyen bireysel ve örgütsel değişkenler. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008;23(2):174-188
56. Sezginer S. Kişisel koruyucu donanımların doğru seçimi, doğru kullanılması ve kişisel koruyucu malzemelerin taşınması gereken özellikleri. Mühendis ve Makine 2014;655(55):57-60.
57. Tanko BL, Anigbogu NA. The use of personal protective equipment (PPE) on construction sites in Nigeria. In West Africa built environment research conference 24-26 July 2012; Abuja, Nigeria.
58. Technical Report (28 Mart 2014) https://www.etsi.org/deliver/etsi_tr/101500_101599/101552/01.00.00_60/tr_101552v010000p.pdf. Erişim Tarihi: 19 Mayıs 2019.
59. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Kişisel koruyucu donanımlar bilgi platformu. <http://kkd.isggm.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2017.
60. Bilgen M. Ankara'da elektrik dağıtım işlerinde çalışan işçilerde iş kazaları meslek hastalıkları görülme sıklığı ile ilişkili etmenler. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Yayınları 2013;37:15-91 .
61. Esin MN. Çalışanın solunum sisteminin korunmasından iş sağlığı hemşireliği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2002;12(49):42-50.
62. Karacan E, Erdoğan ÖN. İşçi sağlığı ve iş güvenliğine insan kaynakları yönetimi fonksiyonları açısından çözümsel bir yaklaşım. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011;21:102-116.

63. Kesgin MT, Kublay G. İşyerinde çalışan hemşirelerin görevlerine ilişkin bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 1(2):16-31
64. Sert ZE, Koçer A. İş sağlığı hizmetlerinde anahtar kavram iş sağlığı hemşireliği. Çalışma Ortamı 2007;94:12-13
65. Kuru N, Emiroğlu ON. İş sağlığı hemşireliği uygulamalarında birey ve aile odaklı bakım. Türkiye Klinikleri J Public Health Nursing-Special Topics 2017;3(2):83-87.
66. Whitaker S, Baranski B. The role of the occupational health nurse in workplace health management. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2001.
67. American Association of Occupational Health Nurses. Competencies in occupational and environmental health nursing. AAOHN Journal 2003;51(7): 291-292.
68. Efil S, Enç N. Klinik araştırmalarda hemşirenin rolü ve önemi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2014;5(7):12-21.
69. Oruç D. Türkiye’de 2012-2013 yılları arasında meydana gelen iş kazaları ve iş kazalarını önlemede iş sağlığı hemşiresinin rolü. Türkiye Klinikleri 2016;2(2):38-44
70. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. Türk Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2012;14(3):69-73.
71. Hemşirelik Yönetmeliği (19 Nisan 2011). <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.aspx>. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018.