



Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Ege University Nursing Faculty



Yıl (Year) : 2019

Cilt (Volume) : 35

Sayı (Number) : 3

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayşegül BİLGE Hemşirelik Fakültesi Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Yayın Alt Komisyonu

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

Prof.Dr.Leyla KHORSHID

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof.Dr.Ayşegül BİLGE(Dekan)

Prof. Dr. Oya KAVLAK (Baş Editör)

Prof. Dr. Leyla KHORSHID Prof.Dr.Aynur TÜREYEN

Prof.Dr.M.Olcay ÇAM Prof.Dr.Süheyla ÖZSOY

Prof.Dr.Ümran SEVİL Prof.Dr.Zümrüt BAŞBAKKAL

Prof.Dr.Meryem YAVUZ van GIEBERSBERGEN Dr.Öğr.Üyesi Duygu GÜLEÇ ŞATIR (Editör Yardımcısı)

Arş.Gör.Dr. Emine KARAMAN (Editör Yardımcısı) Arş.Gör.Dr. Gizem BEYCAN EKİTLİ (Editör Yardımcısı)

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova - İzmir

Online Yayın tarihi

23.12.2019

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

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

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

AÇIKLAMALAR

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

Yayın Türleri

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

Yayın Hakları

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

EDİTÖR KURULU / *EDITORIAL BOARD*

Baş Editör / *Editor in Chief*

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Alan Editörleri / *Field Editor*

Prof.Dr. İsmet Eşer
Prof.Dr. Esra Engin
Doç.Dr. Şenay Ünsal Atan
Doç. Dr. Fatma Orgun

Editör Yardımcıları / *Editor Assistants*

Dr. Öğr. Üyesi Duygu Güleç Şatır

Hakem Kurulu / *Advisory Board* *

Aygül Akyüz
Döndü Çuhadar
Dudu Karakaya
Fahriye Vatan
Funda Büyükyılmaz
Gül Ertem
Gül Ünsal
Gülşah Gürol
Hatice Tambağ
Havva Tel
Hilmiye Aksu
Leyla Küçük
Neslihan Günüşen
Nilay Özkütük
Nuray Egelioğlu Cetişli
Oya Sevcan Orak
Satı Doğan
Serap Yıldırım
Sezer Er Güneri
Şafak Dağhan
Şeyda Dülgerler
Ümran Oskay
Zeynep Daşıkın

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

İÇİNDEKİLER / CONTENTS**Araştırma Makaleleri / Research Article**

- Emekli Astsubaylarda Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeyleri İlişkisi ve Etkileyen Faktörler
The Relationship Between Life Satisfaction and Hopelessness Levels of the Retired Sergeants and the Factors That Affect It
Leman KÜÇÜKOĞLU YALÇIN, Dilek ÖZMEN.....93-102
- Çalışan Sessizlik ve Seslilik Davranışları Ölçeğinin Öğretim Elemanları Üzerinde Türkçeye Uyarlanması
The Turkish Adaptation of Employee Silence and Voice Behaviour Scale on Academicians
Nurcan BİLGİN, Mehmet GÜLŞEN, Adalet KUTLU, Sezgi ÇINAR PAKYÜZ.....103-114
- Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
Determination of Stress Levels in Caregivers of Home Health Care Patients and the Factors Influencing These Levels
Hacer GÖK UĞUR, Ashhan ÇATIKER.....115-122
- Hemşirelerde Nutrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nutrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nutrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri
The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Assessment Questionnaire of the Importance of Nutritional Assessment, the Level of Knowledge and Perceived Quality of Nutritional Care for Nurses
Öznur GÜRLEK KISACIK, Tuğba ÇOŞĞUN, Ayşe TAŞTEKİN.....123-135
- Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi
The Effect of Disease Perception on Self-Care Power in Gynecologic Cancer Patients
Burcu KÜÇÜKKAYA, Özge ERÇEL.....137-145

Derlemeler / Reviews

- Çocukluk Dönemi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Childhood Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Mental Health and Psychiatric Nursing
Mahire Olcay ÇAM, Ege Miray TOPCU.....147-154
- Kadında Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel ve Kanıtı Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi
Current and Evidence-Based Applications in Conservative Treatment of Urinary Incontinence in Woman: Literature Review
Gonca BURAN, Emine GERÇEK.....155-161

Olgu Sunumu / Case Report

Majör Depresyon Tanılı Bir Olgunun Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Teorisi Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu
Nursing Care According to Peplau's Interpersonal Relations Theory of a Case with Major Depression: Case Report

Behice Belkıs ÇALIŞKAN, Nermin GÜRHAN.....163-171

Değerli okurlarımız,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019'un son sayısını sizlere sunmaktan gururluyuz. Hemşirelik mesleğinin gelişmesinde bilimsel makalelerin önemli bir yeri olduğu gerçeğinden yola çıkarak mesleğe gönül veren gerek klinisyenler gerekse akademisyenler olarak bizlere önemli görevler düşmektedir. Biz Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi ekibi olarak bu önemli görevi yerine getirirken aracı olmaktan mutluluk duymaktayız.

Dergimizin bu sayısında beş araştırma makalesi, iki derleme makalesi ve bir olgu sunumu olmak üzere toplam sekiz çalışmaya yer verdik. Bu sayıda yer alan araştırma makaleleri sırasıyla “*Emekli Astsubaylarda Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeyleri İlişkisi ve Etkileyen Faktörler*”, “*Çalışan Sessizlik ve Seslilik Davranışları Ölçeğinin Öğretim Elemanları Üzerinde Türkçeye Uyarlanması*”, “*Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*”, “*Hemşirelerde Nutrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nutrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri*”, “*Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Öz-bakım Gücüne Etkisi*”; derleme makaleleri sırasıyla “*Çocukluk Dönemi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*” “*Kadında Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel Ve Kanıta Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi*” ve olgu sunumu “*Majör Depresyon Tanılı Bir Olgunun Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Teorisi Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı Olarak Ele Alınması: Olgu Sunumu*” başlıkları altında yer almaktadır.

Bilimsel bir çalışmanın başlangıcından yayınlanmasına kadar gelen aşamada titizlikle ve çok büyük bir emekle çalışılmaktadır. Bu yolculukta bu sayımızın hazırlanmasında yayınları ile katkı sağlayan yazarlara, makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize, özveri ile çalışan editörlerimize ve dergi ekibimize ayrıca dergi tasarımımızı yapan Havva Deveci'ye desteklerinden dolayı dergimiz adına çok teşekkür ediyoruz.

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

Sevgi ve saygılarımla

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Baş Editör

Leman KÜÇÜKOĞLU YALÇIN¹
Orcid : 0000-0001-7711-9243

Dilek ÖZMEN²
Orcid :0000-0002-8288-7623

¹Balıkesir Devlet Hastanesi, Balıkesir
²Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Leman KÜÇÜKOĞLU YALÇIN
lemnih@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Hemşirelik, yaşam kalitesi, umutsuzluk,
askeri personel

Key Words:

Nursing, quality of life, hopelessness,
military personnel

Emekli Astsubaylarda Yaşam Doymu ve Umutsuzluk Düzeyleri İlişkisi ve Etkileyen Faktörler

The Relationship Between Life Satisfaction and Hopelessness Levels of the Retired Sergeants and the Factors That Affect It

*Bu çalışma, Doç. Dr. Dilek ÖZMEN danışmanlığında hazırlanan ve Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne sunulan yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Alınış (Received): 08.02.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 01.10.2019

ÖZ

Amaç: Çalışmada Balıkesir İl merkezinde yaşayan emekli astsubayların yaşam doymu ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: İlişkisel tarama modeli ile yapılan araştırmanın evreni Balıkesir-Türkiye Emekli Astsubaylar Derneği'ne (TEMAD) kayıtlı 1211 emekli astsubaydan, örnekleme ise 292 astsubaydan oluştu. Veriler Şubat-Haziran 2016 tarihleri arasında Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Yaşam Doymu Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizi SPSS 20,0 (Statistical Package Social Science) paket programıyla yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 55,58±8,37, ortalama emeklilik süreleri 11,74±9,08'dir. Emekli astsubayların yaşam doymuları ve umutsuzluk düzeyleri orta düzeyde idi. Yaşam doymularını etkileyen faktörler emekliliğe hazır olma, emekli maaşından başka geliri olma durumu, emeklilik sonrası mali durum ve emeklilik sonrası yakın aile bireyleri ve arkadaşlık ilişkilerinde değişiklik olarak belirlendi. Umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörler ise; emeklilik süresi, emekliliğe hazır olma durumu, emekli maaşından başka geliri olma durumu, emeklilik sonrası mali durum ve emeklilik sonrası yakın aile bireyleri ve arkadaşlık ilişkilerinde değişiklik olarak bulundu (p<0,05). Emekli astsubayların yaşam doymuları ile umutsuzluk puan kategorileri karşılaştırıldığında, yoğun umutsuzluk yaşayan emekli astsubayların %78,7'sinin yaşam doymu puanlarının düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0,05). Emekli astsubayların Beck Umutsuzluk Ölçeği puanı ile Yaşam Doymu Ölçeği puanı arasında da negatif yönde güçlü bir ilişki vardı (r =-0,694, p<0,05).

Sonuç: Araştırmada emekli astsubayların umutsuzluk düzeyleri arttıkça yaşam doymuları azalıyor. Yaşam doymu ve umutsuzluklarının emeklilik ile ilgili birçok değişkenden etkilendiği saptandı.

ABSTRACT

Objective: In this study, it is aimed to examine the relationship between life satisfaction and hopelessness of the retired sergeants and the factors that affect it living in Balıkesir city center.

Methods: The research conducted by relational survey method, the universe of Balıkesir-Turkey Retired Sergeants Association (TEMAD) registered in 1211 retired sergeants, the sample consisted of 292 retired sergeants. Data were collected between February and June 2016 by using the Socio-Demographic Information Form, the Life Satisfaction Scale and the Beck hopelessness scale. The analysis of the data was made with SPSS 20,0 (Statistical Package Social Science) package program.

Results: The average age of the participants is 55,58 ± 8,37 and the average of their retirement period is 11,74 ± 9,08. Life satisfaction and hopelessness levels of retired sergeants were moderate. While the factors affecting the life satisfaction of retired sergeants are defined as being ready for retirement, having another income as well as pension, financial status after retirement and the changes in the relationship between their close family members and friends after retirement; the factors affecting the level of hopelessness (p < 0.05) are defined as retirement period, the state of being ready for retirement, having another income as well as pension, financial situation after retirement and the changes in the relationship between their close family members and friends after retirement. When life satisfaction and hopelessness score categories of the retired sergeants were compared, it was found that the 78.7% of them who experienced intense hopelessness had a low life satisfaction score and the difference between them was statistically significant (p < 0,05). A strong negative correlation was found between the Beck Hopelessness Scale score and the Life Satisfaction Scale score of retired sergeants (r = -0.694, p < 0.05).

Conclusion: In the research, life satisfaction decreased as the hopelessness levels of retired sergeants increased. Life satisfaction and hopelessness were affected by many variables related to retirement.

Kaynak Gösterimi: Yalçın, L.K. ve Özmen, D. (2019). Emekli Astsubaylarda Yaşam Doymu ve Umutsuzluk Düzeyleri İlişkisi ve Etkileyen Faktörler , EGE HFD., 35 (3): 93-102

How to cite: Yalçın, L.K. and Özmen, D. (2019). The Relationship Between Life Satisfaction and Hopelessness Levels of the Retired Sergeants and the Factors That Affect It , EGE HFD., 35 (3): 93-102

GİRİŞ

Askerlik mesleği çok zor koşullarda çalışmayı ve fedakarlıklar yapmayı gerektiren bir meslektir. Türk Silahlı Kuvvetleri'nde (TSK) çalışanlar iş yaşamını sadece bir meslek olarak değil, bir hayat tarzı olarak kabul etmektedirler. Bu nedenle TSK'den emekli olan askerlerin emeklilik sürecini kabullenmesi ve uyum sağlaması diğer emeklilerden daha zorlu bir süreç olmaktadır. Toplumsal ve sosyal bir olay olarak değerlendirilen emeklilik, insan yaşamının önemli dönüm noktaları arasındadır (Salman 2004). Emeklilikte birey, o zamana kadar edinmiş olduğu yaşama alışkanlıklarını değiştirmek durumunda kalır. Bu süreçte o güne kadar çalışma yaşamının kendisine sağladığı statü, saygınlık, ilişkiler ve yararlı olma duygusu, yerini boşluğa bırakır (Şen 2015). Yaşlılığın başlangıcı olarak da görülen emeklilik, ruh sağlığı açısından yüksek riskli bir dönemdir. Ancak emeklilik dönemi, her birey için sorunların yaşanacağı dönem olarak algılanmamalıdır. Bazı bireyler için bu dönem içe kapanma ve yalnızlık dönemi olurken, bazı bireyler için de yeni sosyal ilişkilerin kurabileceği, iş hayatından dolayı gerçekleştirilemeyen hayallerin gerçekleştireceği bir dönemdir (İpek 2017). Bu dönemi, toplumdan uzak ve yalnız yaşayanlar bir süre sonra umutsuzluk yaşamaya başlar (Bayramova ve Karadakovan 2004). Ruh sağlığını olumlu etkileyen umut, kişinin gelecekte karşılaşılabileceği olumsuz olaylarla başa çıkabilmesini kolaylaştırır (Çelikel ve Erkorkmaz 2008). Umutsuzluk yaşayan bireyde karamsarlık, depresyon, kararsızlık, huzursuzluk, güvensizlik, sabırsızlık, terk edilmişlik, suçluluk duygusu gibi psikolojik problemler görülebilir (Kılınç 2002). Tüfekçiyaşar'ın (2014) aktarımına göre; Yang ve Clum (1994), MacLeod ve ark. (2005) umutsuzluğun intihar sürecini başlatan ve sürdüren en önemli etmen olduğunu bildirmişlerdir (Tüfekçiyaşar 2014). Yaşam doyumu kavramı, bir kişinin beklentileriyle elinde olanların karşılaştırılmasıyla elde edilen durumu ya da sonucu ifade eder. Kişi hayatını değerlendirirken, istekleri ve başarıları arasındaki algıladığı farkı karşılaştırır (Özer ve Karabulut 2003, Çetinkaya 2011). Bireyin kendini değersiz ve güçsüz hissetmesi yaşamdan doyum sağlamasının ve geleceğe umutla bakmasının önünde önemli bir engeldir. Emekliliğe başarılı bir şekilde uyum sağlayan bireyler yaşamdan daha fazla doyum almaktadır. Bu açıdan bakıldığında halk sağlığı hemşireleri eğitimci, danışman ve koordine edici olarak, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden birçok kayıp yaşayan yaşlı bireylerin umudunu arttırmada önemli roller üstlenebilirler (Babacan Gümüş ve ark. 2007). Emeklilik aşamasına yaklaşan bireyleri fiziksel, finansal ve sosyal açıdan emekliliğe hazırlayan uyum programları, dünyada uzun süredir uygulanmaktadır. Ülkemizde sosyal güvenlik sistemi ile bütünleşmiş bu tür programlar yoktur. Bazı kurumlar, kendileri emekliliğe hazırlanan çalışanlarına uyum programları yapmaktadır. Emekliliğe hazırlık programlarının temel amacı, bireylerin emeklilik dönemine ilişkin olumlu tutumlar geliştirmelerine, finansal, psiko-sosyal ve fiziksel yönden emekliliğe uyum sağlamalarına, emeklilik döneminde de üreten ve mutlu bireyler olmalarına yardımcı olmaktadır (Şahin Baltacı ve Selvitopu 2012).

Türk Silahlı Kuvvetler bünyesinde çalışan subaylara emekliliğe hazırlık programı uygulanırken, benzer program astsubaylar için yapılmamaktadır. Türk Silahlı Kuvvetleri'nden emekli olan subay ve astsubayların umutsuzluk düzeylerinin incelendiği bir araştırmada, emekli astsubayların umutsuzluk puan ortalamaları emekli subaylara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Emekli subay ve astsubayların umutsuzluk puanları emeklilik nedenlerine, gelir düzeylerine, eğitim düzeylerine, yakın aile bireyleri, arkadaş ve sosyal çevre ile olan ilişkilerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır (Kuraner 2004). Literatürde emekli astsubayların yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri araştıran çalışma bulunmamaktadır. Öğretmen adayları, otel çalışanları, üniversite öğrencileri, lise öğrencileri, malul gaziler, adölesanlar, hemodiyaliz hastaları, zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip anne ve babalar ile yapılan çalışmalarda yaşam doyumu ve umutsuzluk arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Akşit Aşık 2018, Gençay 2009, Shek ve Li 2016, Akandere 2009, Tümkaya ve ark. 2011, Gündoğar 2007, Karataş ve ark. 2019, Erdem 2004, Çelik ve ark. 2017, Ulucan ve ark. 2011).

Risk gruplarının sağlığının korunması ve geliştirilmesi halk sağlığı hemşirelerinin görevlerindedir. Duygusal ve fiziksel yönden iyilik halini sağlayıcı önlemler sağlığın geliştirilmesi kavramını açıklamaktadır. Bireylerin ilerleyen yaşlarında da kaliteli bir hayata sahip olmaları ve yaşamlarından doyum almalarını sağlamak önemlidir (Bayraktar 2002). Bu araştırma konu ile ilgili yapılan ilk araştırma olması nedeniyle bundan sonraki araştırmalara ışık tutacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

İlişkisel tarama modeli ile yapılan araştırmada Balıkesir İl merkezinde yaşayan emekli astsubayların yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı. Araştırma, TEMAD (Türkiye Emekli Astsubaylar Derneği) Balıkesir şubesine kayıtlı astsubaylar ile yürütüldü. Türkiye Emekli Astsubaylar Derneği, Türk Silahlı Kuvvetlerinde görev yapıp emeklilik ve maluliyet nedeniyle görevinden ayrılan astsubayların ve yakınlarının sosyal, kültürel ve hukuki ihtiyaçlarını karşılamak ve askerlik mesleğine ilişkin ortak anılarını yaşatmak ve dayanışmalarını devam ettirmek amacı ile kurulmuş bir dernektir. Genel merkezi Ankara'da bulunan derneğin, il ve ilçelerde şubeleri bulunmaktadır. Gönüllü astsubay emeklileri derneğe üye olabilmektedir. Araştırma verileri Şubat-Haziran 2016 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın evrenini Balıkesir-TEMAD'ne kayıtlı 1211 emekli astsubay oluştururken, örnekleme ise (en küçük örnek sayısı bilinmeyen prevalans %50 alınarak, 0,05 sapma ve %95 güven aralığında) 292 astsubay oluşturdu.

Araştırmacının Derneğe veri toplamak için gittiği günlerde, orada bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden emekli astsubaylardan yazılı onam alındıktan sonra veri toplama işlemine başlandı. Örnekleme alınan 292 kişi olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlendi. Araştırmada veri toplama aracı olarak Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanıldı. Veri toplama araçlarının doldurulma süresi ortalama 15 dakika idi.

Sosyo-Demografik Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatürün taranması sonucunda oluşturulan formda emekli astsubayların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, emeklilik süresi, aile, arkadaş ve sosyal ilişkileri, emeklilik sonrası mali durum gibi 12 soru yer almakta idi.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Kişinin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini değerlendirmek amacıyla Beck ve ark. (1974) tarafından geliştirilmiştir. Maddeler evet ya da hayır şeklinde cevaplanmaktadır (Dünyaogulları 2011). Türkiye’de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak Seber (1991) tarafından yapılmış, daha sonra Durak ve Palabıykoğlu (1994) ölçeğin geçerliliğini ve faktör yapısını daha ayrıntılı biçimde incelemişlerdir. Ölçekteki madde sayısı 20’dir. Ölçek “Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler” (1, 3, 7,11 ve 18.maddeler). “Motivasyon kaybı” (2, 4, 9,12, 14, 16, 17 ve 20. maddeler) ve “Umut” (5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte her madde 0-1 puan olarak derecelendirilmektedir. Maddelerin 9 tanesinde (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19) “hayır” seçeneği, 11 tanesinde (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) “evet” seçeneği 1 puan alır. Ölçekten en az 0, en fazla 20 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların kategorizasyonunda; 0-3 arası puan normal, 4-8 puan hafif, 9-14 puan orta ve 15 ve yukarısı puan yoğun düzeyde umutsuzluk olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,85 olarak bildirilmiştir (Kuraner 2004). Bu çalışmada BUÖ’nin Cronbach Alpha katsayısı 0,87 olarak hesaplandı.

Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ): Yaşlı bireylerin hayatın farklı yönlerine bakış açısını, bu doğrultuda kendini ve çevresini nasıl algıladıklarını anlamak amacıyla 1961 yılında Neugarten ve ark.(1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karataş tarafından 1988 yılında yapılmıştır ve Cronbach Alfa katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Toplam 20 sorudan oluşan YDÖ’nin soruları “evet” ve ”hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte her bir seçenek 1 puandır ve ifadelerden bazılarında (3, 5, 7, 10, 14, 17, 18, 20) “hayır” cevabının verilmesi beklenmektedir. Yaşam Doyumu Ölçeği’nden alınan puanların kategorizasyonunda; 7 ve altında puan alma düşük doyum düzeyi, 8-12 arası puan alma orta yaşam doyumunu düzeyi, 13 ve üzerinde puan alma ise yüksek yaşam doyumunu düzeyi olarak değerlendirilir (Karataş 1988, Softa ve ark. 2015). Bu çalışmada YDÖ’nin Cronbach Alpha katsayısı 0,82 olarak bulundu.

Verilerin analizi SPSS 20,0 (Statistical Package Social Science) paket programıyla yapıldı. Yaşam Doyum ve Beck Umutsuzluk Ölçeklerinin puanlarının normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ($p=0,000$) ile değerlendirildi ve analizlerde non-parametrik testler kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayısı, sayı-yüzde dağılımları ki-kare testi, ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi yapıldı. Yapılan testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi. Araştırma için Okan Üniversitesi’nden Etik Kurul onayı, TEMAD Balıkesir Şube Başkanlığı’ndan yazılı izin alındı. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerden “Bilgilendirilmiş Onam Formu” aracılığı ile onam alındı. Araştırmanın tek bir kurumda yürütülmüş olması ve sonuçların sadece o örneklem grubu ile sınırlı olması araştırmanın ilk sınırlılığıdır. Araştırma verilerinin YDÖ ve BUÖ’nin ölçtüğü niteliklerle sınırlı olması araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır. Emekli astsubayların yaşam doyumları ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir araştırmanın olmaması araştırmanın özgünlüğüdür.

BULGULAR

Emekli astsubayların sosyo-demografik ve emeklilik ile ilgili özellikleri Tablo 1’de sunuldu.

Araştırmaya katılan emekli astsubayların yaş ortalaması $55,58\pm 8,37$ (Min:41, Maks:86)’dir. Astsubayların %51,4’ü 55 yaş altında, %38,4’ü lise mezunu, %93,8’i evli, %69,2’si iki çocuk sahibi, %50,3’ü eşi ile birlikte yaşamakta ve %71,6’sının eşi çalışmamakta idi. Katılımcıların %50,7’si 10 yıl ve daha kısa süredir emekli iken, kendini emekliliğe hazır hissederek emekli olanların oranı %63,3, maaşı dışında geliri olmayanların oranı %63, gelirini giderine denk diye tanımlayanların oranı ise %47,3 idi. Astsubayların %74,3’ü emekli olduktan sonra başka bir işte çalışmadığını, %70,5’i emeklilik döneminde yakın aile bireyleri ile olan ilişkilerinde yakınlaşma olduğunu belirtti (Tablo 1).

Araştırma sonucunda emekli astsubayların $9,81\pm 4,52$ YDÖ puan ortalaması ile orta düzeyde yaşam doyumuna sahip oldukları tespit edildi. Astsubayların %33,6’sının yaşam doyumunu orta düzeyde, % 33,5’inin yüksek düzeyde, %32,9’unun düşük düzeyde idi.

Emekli astsubayların emeklilik ile ilgili özellikleri YDÖ puan kategorilerine göre değerlendirildiğinde; emekliliğe hazır olanların, emekli maaşı dışında ek geliri olanların, emeklilik döneminde geliri giderinden fazla olanların, emekli olduktan sonra yakın aile bireyleri ile olan ilişkilerinde yakınlaşma olduğunu ifade edenlerin diğerlerine göre yüksek yaşam doyumuna sahip olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0,05$). Emeklilik süresi ve emekli olduktan sonra başka işte çalışma durumu ile YDÖ puan kategorileri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan emekli astsubayların umutsuzluk düzeyleri orta düzeyde ($9,03\pm 6,24$) idi. Astsubayların %26,7’sinin umutsuzluk düzeyinin normal olduğu görülürken, geriye kalan %73,3’lük grup az ya da çok (23,6 hafif; %24,0 orta; %25,7 yoğun) bir şekilde umutsuzluk yaşamaktaydı.

Tablo 1. Emekli astsubayların sosyo-demografik ve mesleki özellikleri

| Sosyo-Demografik Özellikler | | n | % |
|---|----------------------------|------------|--------------|
| Yaş 55,58±8,37 (Min:41, Maks:86; Ortanca:54) | 55 yaş altı | 150 | 51,4 |
| | 55-64 | 104 | 35,6 |
| | 65 ve üzeri | 38 | 13,0 |
| Eğitim durumu | Lise | 112 | 38,4 |
| | Önlisans | 88 | 30,1 |
| | Üniversite | 91 | 31,2 |
| | Yüksek lisans doktora | 1 | 0,3 |
| Medeni durum | Evli | 274 | 93,8 |
| | Bekar | 18 | 6,2 |
| Çocuk sayısı | Yok | 2 | 0,7 |
| | 1 | 44 | 15,1 |
| | 2 | 202 | 69,2 |
| | 3 ve üzeri | 44 | 15,0 |
| Evde yaşanan bireyler | Yalnız | 14 | 4,8 |
| | Eşi ile | 147 | 50,3 |
| | Eşi ve çocukları | 131 | 44,9 |
| Eşin çalışma durumu* | Evet | 78 | 26,7 |
| | Hayır | 209 | 71,6 |
| | Yanıtsız | 5 | 1,7 |
| Emeklilik süresi (yıl) 11,74±9,08 (Min: 1- Maks: 56) | 10 yıl ve altı | 148 | 50,7 |
| | 10 yıl üzeri | 144 | 49,3 |
| Emekliliğe hazır olma durumu | Evet | 186 | 63,7 |
| | Hayır | 106 | 36,3 |
| Emekli maaşı dışında ek gelir varlığı | Var | 108 | 37,0 |
| | Yok | 184 | 63,0 |
| Emeklilik döneminde mali durum | Gelir giderden fazla | 36 | 12,3 |
| | Gelir gidere denk | 138 | 47,3 |
| | Gelir giderden az | 118 | 40,4 |
| Başka bir işte çalışma durumu | Hayır | 217 | 74,3 |
| | Evet | 75 | 25,7 |
| Emekli olduktan sonra yakın aile bireyleri ile ilişki durumu | Yakınlaşma | 206 | 70,5 |
| | Uzaklaşma | 41 | 14,0 |
| | Yalnızlık eğiliminde artma | 45 | 15,5 |
| TOPLAM | | 292 | 100,0 |

* Bu soruya 5 kişi yanıt vermemiştir.

Tablo 2. Emekli Astsubayların Emeklilik İle İlgili Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği Puan Kategorilerinin Değerlendirilmesi

| Emeklilikle İlgili Özellikler | Düşük n (%) | Orta n (%) | Yüksek n (%) | Toplam n (%) | |
|---|---------------------------------------|------------|--------------|--------------|-------------|
| Emeklilik süresi | 10 yıl ve altı | 50 (33,8) | 50 (33,8) | 48 (32,4) | 148 (100,0) |
| | 10 yıl üzeri | 46 (31,9) | 48 (33,4) | 50(34,7) | 144 (100,0) |
| | X ² =0,194, SD=2, p=0,908 | | | | |
| Emekliliğe hazır olma | Evet | 32 (17,2) | 72 (38,7) | 82 (44,1) | 186 (100,0) |
| | Hayır | 64 (60,4) | 26 (24,5) | 16 (15,1) | 106 (100,0) |
| | X ² =59,236, SD=2, p<0,001 | | | | |
| Emekli maaşı dışında ek gelir | Var | 23 (21,3) | 36 (33,3) | 49 (45,4) | 108 (100,0) |
| | Yok | 73 (39,7) | 62 (33,7) | 49 (26,6) | 184 (100,0) |
| | X ² =14,115, SD=2, p=0,001 | | | | |
| Emeklilik döneminde mali durum | Gelir giderden fazla | 8 (22,2) | 8 (22,2) | 20 (55,6) | 36 (100,0) |
| | Gelir gidere denk | 23 (16,7) | 50 (36,2) | 65 (47,1) | 138 (100,0) |
| | Gelir giderden az | 65 (55,1) | 40 (33,9) | 13 (11,0) | 118 (100,0) |
| X ² =62,248, SD=4, p<0,001 | | | | | |
| Emekli olduktan sonra başka işte çalışma | Hayır | 74 (34,1) | 73 (33,6) | 70 (32,3) | 217 (100,0) |
| | Evet | 22 (29,3) | 25 (33,4) | 28 (37,3) | 75 (100,0) |
| | X ² =0,815, SD=2, p=0,665 | | | | |
| Emekli olduktan sonra yakın aile bireyleri ile ilişkileri | Yakınlaşma | 50 (24,3) | 73 (35,4) | 83 (40,3) | 206 (100,0) |
| | Uzaklaşma | 46 (53,5) | 25 (29,1) | 15 (17,4) | 86 (100,0) |
| | X ² =25,924, SD=2, p<0,001 | | | | |

X²: Ki Kare Testi

Tablo 3. Emekli Astsubayların Emeklilik İle İlgili Özelliklerine Göre Umutsuzluk Düzeyi Ölçeği Puan Kategorilerinin Değerlendirilmesi

| Emeklilikle İlgili Özellikler | Normal n (%) | Hafif n (%) | Orta n (%) | Yoğun n (%) | Toplam n (%) | |
|---|---------------------------------------|-------------|------------|-------------|--------------|-------------|
| Emeklilik süresi | 10 yıl ve altı | 51 (34,5) | 33 (22,3) | 26 (17,6) | 38 (25,7) | 148 (100,0) |
| | 10 yıl üzeri | 27 (18,7) | 36 (25,0) | 44 (30,6) | 37 (25,7) | 144 (100,0) |
| | X ² =12,104, SD=3, p=0,007 | | | | | |
| Emekliliğe hazır olma | Evet | 63 (33,9) | 54 (29,0) | 42 (22,6) | 27 (14,5) | 186 (100,0) |
| | Hayır | 15 (14,2) | 15 (14,2) | 28 (26,3) | 48 (45,3) | 106 (100,0) |
| | X ² =41,456, SD=3, p<0,001 | | | | | |
| Emekli maaşı dışında ek gelir | Var | 44 (40,8) | 24 (22,2) | 20 (18,5) | 20 (18,5) | 108 (100,0) |
| | Yok | 34 (18,5) | 45 (24,5) | 50 (27,1) | 55 (29,9) | 184 (100,0) |
| | X ² =18,324, SD=3, p<0,001 | | | | | |
| Emeklilik döneminde mali durum | Gelir giderden fazla | 15 (41,7) | 8 (22,2) | 5 (13,9) | 8 (22,2) | 36 (100,0) |
| | Gelir gidere denk | 44 (31,9) | 43 (31,2) | 34 (24,6) | 17 (12,3) | 138 (100,0) |
| | Gelir giderden az | 19 (16,1) | 18 (15,2) | 31 (26,3) | 50 (42,4) | 118 (100,0) |
| X ² =40,587,SD=36, p<0,001 | | | | | | |
| Emekli olduktan sonra başka işte çalışma | Hayır | 50 (23,0) | 52 (24,0) | 56 (25,8) | 59 (27,2) | 217 (100,0) |
| | Evet | 28 (37,3) | 17 (22,7) | 14 (18,7) | 16 (21,3) | 75 (100,0) |
| | X ² =6,231, SD=3, p=0,101 | | | | | |
| Emekli olduktan sonra yakın aile bireyleri ile ilişkileri | Yakınlaşma | 66 (32,0) | 56 (27,3) | 46 (22,3) | 38 (18,4) | 206 (100,0) |
| | Uzaklaşma | 12 (14,0) | 13 (15,1) | 24 (27,9) | 37 (43,0) | 86 (100,0) |
| | X ² =26,223, SD=3, p<0,001 | | | | | |

X²: Ki Kare Testi

Tablo 3’de görüldüğü gibi, emekli astsubayların emeklilik ile ilgili özellikleri BUÖ puan kategorilerine göre değerlendirildiğinde; emeklilik süresi 10 yıl ve altında olanların, emekliliğe hazır olanların, emekli maaşı dışında ek geliri olanların, emeklilik döneminde geliri giderinden fazla olanların, emekli olduktan sonra yakın aile bireyleri ile olan ilişkilerinde yakınlaşma olduğunu ifade edenlerin diğerlerine göre umutsuzluk düzeyleri normal ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,05$). Emekli olduktan sonra başka işte çalışma durumu ile BUÖ puan kategorileri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Emekli astsubayların Yaşam Doyumları ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki

| | Yaşam Doyumu Ölçeği |
|------------------------|------------------------|
| Beck Umutsuzluk Ölçeği | r: -0,655 p: 0,000* |

*Spearman Korelasyon Testi, $p<0,001$

Emekli astsubayların yaşam doyumları ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan Spearman korelasyon testi sonucunda; BUÖ toplam puanı ile YDÖ toplam puanı arasında negatif yönde güçlü bir ilişki saptandı ($r=-0,694$, $p<0,05$). Katılımcıların umutsuzluk düzeyleri arttıkça yaşam doyumları azalmakta idi (Tablo 4).

TARTIŞMA

Emekli astsubayların yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri inceleyen başka araştırmaların bulunmaması nedeniyle, tartışmada farklı meslek grupları ile yapılan çalışmalardan yararlanıldı. Araştırmada emekli astsubayların yaşam doyumları orta düzeydeydi. Özer ve Karabulut (2003); Softa ve ark. (2015) ve Kılıç ve ark. (2016) tarafından yaşlılar ile yapılan araştırmalarda da yaşlıların yaşam doyumları bu araştırma sonucu ile benzer şekilde orta düzeyde bulunmuştur. Araştırmada emekliliğe hazır olarak girdiğini bildiren astsubayların, yaşam doyumları daha yüksekti. Çetinkaya (2011)’nin çalışmasının sonuçları da benzerdir. Emeklilik, en genel anlamı ile rol-statü kaybı ve rol değişimidir. Bu nedenle yeni bir yaşama geçiş olarak da tanımlanabilecek olan emekliliğe hazırlanmak önemlidir. Emekliliğe hazırlanmada birey gelir kaynaklarını, boş zaman aktivitelerini, kaybedilen rollerin yerine yenilerini koymayı organize ederek, daha az boşluk yaşar. Bu nedenle araştırma sonucunda emekliliğini önceden planlayan ve hazırlanan bireylerin yaşam doyumlarının daha yüksek olması beklenen bir durum olarak değerlendirildi. Araştırmada emekli maaşından başka geliri olan ve emeklilik sonrası mali durumunda gelirini giderinden fazla olarak tanımlayan emekli astsubayların yaşam doyumları daha yüksekti. Karataş ve Duyan (2008), gelir düzeyi düşük olan yaşlıların yaşam doyumlarının düşük olduğunu; Şimşek ve Büyükkıdık (2015) ise, emeklilik sonrası başka bir geliri olmayıp mali durumu emeklilikten olumsuz etkilenen emekli öğretmenlerin de yaşam doyumunun düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bireylerin iyi seviyelerde gelire sahip olmaları, dolaylı yoldan yüksek seviyede iyi oluşlarıyla ilişkilendirilebilir. Makroekonomik teoride de, gelir ve tüketim artarken, daha fazla sayıda ihtiyaç tatmin edilebilir ve bu şekilde daha yüksek yaşam doyumuna ulaşılabilir denmektedir (Koçak 2016). Emeklilik sonrası yakın aile bireyleri ile olan ilişkilerinde yakınlaşma yaşadığını bildiren katılımcıların yaşam doyumları daha yüksekti. Ozer (2004), evde ailesi ile yaşayan yaşlıların yaşam doyumunu huzurevinde yaşayanlardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Aközer (2011), yaşlıların yaşlılık dönemine ilişkin beklentilerini araştırdığı araştırmasında yaşlıların mutluluk ve refahında temel ögenin aile olduğunu saptamıştır. Baran-Görgün (2007) ve İçli (2010) de aile-akrabalık, arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerinin güçlü olmasının yaşlılarda yaşam doyumunu artırıcı etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır. Farklı kültürel yapılarda ve farklı yaşam dönemlerinde yaşam doyumunun en önemli bileşeninin sosyal ilişkiler ve sosyal destek olduğu belirtilmektedir (Fernandez-Ballesteros 2002). Araştırmada katılımcıların emeklilik süresi ile yaşam doyumları arasında fark yoktu. Bu sonuç Çetinkaya (2011)’nin araştırma sonuçları ile benzer iken, Odell (1992)’nin araştırma sonucundan farklı idi. Ayrıca araştırmada emeklilik sonrası başka bir işte çalışan ve çalışmayan katılımcıların yaşam doyumları arasında da fark yoktu. Araştırma sonuçları Çetinkaya (2011)’nin araştırma sonuçları ile benzerdi. Bireylerin emeklilik döneminde günlük yaşamlarını nasıl geçirdiklerinin, kendilerini ne kadar işe yarar olarak algıladıklarının yaşam doyumları üzerinde belirleyici olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada emekli astsubayların umutsuzluk düzeyleri orta düzeydeydi. Kuraner (2004); Tercanlı ve Demir (2012) yaptıkları çalışmalarda katılımcıların umutsuzluk düzeylerini hafif olarak bulmuşlardır. Bu araştırma ile diğer iki araştırmanın umutsuzluk düzeyleri arasındaki farkın yaş, emeklilik süresi, emekli olduğu statü gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünüldü. Araştırmada emeklilik süresi 10 yıl ve altında olanların normal umutsuzluk düzeyine sahip olduğu, emeklilik süresi 10 yıl üzerinde olanların ise orta umutsuzluk düzeyine sahip olduğu görüldü. Tercanlı ve Demir (2012)’in araştırma sonuçları bu araştırma sonucu ile benzer iken, Kuraner (2004)’in çalışma sonucu farklılık göstermektedir. Emeklilik süresinin artması ile birlikte yaşlılığa bağlı birçok kaybın (yeti yitimi, eş, vs.) yaşanıyor olması, bireylerin umutsuzluk düzeylerini olumsuz şekilde etkilemektedir. Araştırmada emekliliğe hazır olarak girdiğini bildiren astsubayların normal umutsuzluk düzeyine, hazır olmadan girenlerin yoğun umutsuzluk düzeyine sahip olduğu bulundu. Kişi emekliliğe hazır değilse, kendini boşlukta hissedebilir; üretkenliğin ve statüsünün kaybı, kişilerarası ilişkilerinde sınırlanmalara ve ekonomik problemlere yol açabilir. Kişinin ekonomik veya fiziksel olarak bağımlı olması

değersizlik, işe yaramazlık duygusu hissetmesine, umutsuzluk yaşamasına ve özgüveninin sarsılmasına neden olabilmektedir ([Öz ve Swift 2002](#)). Sonuç olarak, emekliliğe hazır olan kişiler emeklilik dönemindeki yaşamları için plan yapmış olup, geleceğe daha umutlu bakmaktadırlar. Araştırmada emekli maaşından başka geliri olanlar normal umutsuzluk düzeyine sahipti. Benzer sonucu Kuraner (2004), Tercanlı ve Demir (2012) de çalışmalarında elde etmişlerdir. Ekonomik olarak sıkıntı çekmeyen kişiler hayaller kurabilir, geleceğe yönelik planlar yapabilir ve gelecekte daha çok beklentileri olabilir denmektedir ([Kuraner 2004](#), [Tercanlı ve Demir 2012](#)). Emeklilik sonrası mali durumunu geliri giderden fazla olarak tanımlayanlar, normal umutsuzluk düzeyine sahipti. Özer ve ark. (2009), Bayramova ve Karadakovan (2004) da çalışmalarında umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyinden etkilendiği sonucunu elde etmişlerdir. Ülkemizdeki emeklilerin ekonomik sıkıntılar yaşadığı, emeklilerin %98,4'ünün maaşlarının yetersiz olduğu ve bu durumun da ruhsal kaygılara neden olduğu bildirmektedir ([Sevim ve Şahin 2007](#)). Araştırmada emeklilik döneminde yakın aile bireyleri ile olan ilişkilerinde uzaklaşma yaşayanlar, yoğun umutsuzluk düzeyine sahipti. Kuraner (2004) de çalışmasında benzer sonuçları elde etmiştir. Bireyler sosyal varlıklardır ve çevreleri ile aktif, dengeli bir ilişki içinde olmaları ruh durumlarını olumlu etkilemektedir. Çalışma hayatı boyunca kendi çalışma ortamlarının güvenli bölgesi içinde yaşayan kişiler, emeklilik sonrası ortaya çıkan özgüven sorunu sonrasında ailelerine daha fazla bağlanmaktadır ([Kuraner 2004](#)). Çalışma hayatında mesleğin getirdiği yoğun çalışma temposu içinde ailesinden uzak kalan emekli astsubayların da emeklilik sonrasında ailesi ile daha fazla zaman geçirerek yakınlaştığında ve sevdikleri ile farklı paylaşımlar içinde bulunduğu kendini daha doyumlu, mutlu ve umutlu hissettiği söylenebilir. Araştırmada emeklilik döneminde başka bir işte çalışma durumu katılımcıların umutsuzluk düzeylerini etkilemiyordu. Benzer şekilde Kuraner (2004) de çalışmasında, emeklilik sonrasında çalışan ve çalışmayan askerler arasında umutsuzluk açısından anlamlı bir farklılaşma olmadığını saptamıştır.

Çalışmada, emekli astsubayların umutsuz düzeyi ile yaşam doyumları arasında ters yönde güçlü düzeyde bir ilişki vardı. Astsubayların umutsuz düzeyleri arttıkça yaşam doyumları azalmakta idi. Güler (2015) ve Gündoğar'ın (2007) üniversite öğrencilerinde, Tümkaya ve ark.'ın (2011) lise öğrencilerinde, Karataş ve ark.'ın (2019) malul gazilerde, Akşit Aşık'ın (2018) otel çalışanlarında, Gençay'ın (2009) beden eğitimi öğretmeni adaylarında, Shek ve Li'nin (2016) adölesanlarda, Akandere ve ark.'ın (2009) zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip olan anne babalarda yaptıkları çalışmalarda yaşam doyumunu ile umutsuzluk arasında negatif yönde ilişki saptamışlardır. Umutsuzlukta olumsuz düşünceler ve başarısızlıklar söz konusudur. Kişilerin yaşam doyumları ile umutları ve iyimserlikleri arasında önemli bağların olduğu, kişilerin hayata iyimser ve umutla bakmasının yaşam doyumunu yükselttiği ifade edilmektedir ([Mascaro ve Rosen 2005](#)). Emeklilikte yaşanan sosyal ve ekonomik sorunlar bireylerin ruh sağlığını ve umudunu olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, umutsuzluk düzeyi yüksek olan emekli astsubayların yaşam doyumlarının düşük olması beklendik bir durum olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmaya katılan emekli astsubayların yaşam doyumları ve umutsuzluk düzeyleri orta düzeyde idi. Yaşam doyumları; emekliliğe hazır olma durumu, emekli maaşı dışında ek gelirin varlığı, emeklilik sonrası mali durum ve emeklilik sonrası yakın aile bireyleri ve arkadaşlık ilişkilerinden etkilenmekteydi. Umutsuzluk düzeyleri ise; emeklilik süresi, emekliliğe hazır olma durumu, emekli maaşı dışında ek gelirin varlığı, emeklilik sonrası mali durum ve emeklilik sonrası yakın aile bireyleri ve arkadaşlık ilişkilerinden etkilenmekteydi. Emekli astsubayların yaşam doyumları ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif yönde, güçlü bir ilişki vardı.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Halk sağlığı hemşirelerinin sahip oldukları roller ile bireyleri emekliliğe hazırlayacak uyum programları oluşturması,
- Halk sağlığı hemşirelerinin emekli bireyleri risk grupları arasında değerlendirmesi ve izlemesi,
- Emekliye ayrılacak bireylere yakın aile bireyleri ve arkadaşları ile ilişkilerini geliştirmelerinin önemini anlatılması,
- TSK'de subaylara yönelik uygulanan emekliliğe hazırlık programlarının emekli olmayı planlayan astsubaylara yönelik olarak da planlanması,
- Konu ile ilgili daha geniş kapsamlı nitel ve nicel araştırmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Akandere M, Acar M, Baştuğ G. Zihinsel ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009; 22: 23-32.
- Aközer M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. Aile ve Toplum 2011; 7 (27): 103-28.
- Aşık NA. Psikolojik Dayanıklılık ve Umutsuzluğun Yaşam Doyumuna Etkisi: Otel Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. Journal of Recreation and Tourism Research 2018; 5 (2): 33-41.
- Babacan Gümüş A, Özgür G, Yıldırım S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Umutsuzluk Düzeyleri ve Etki Eden Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007; 23 (2): 105-16.
- Baran AG. (Editör). Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı. İçinde: Kalınkara V, Akın GV. Başarılı Yaşlanma Modellerinin Sosyolojik Analizi. Ankara: Gazi Kitabevi. 2007; 236-45.
- Bayramova N, Karadakovan A. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(2): 39-47.
- Beck A.T. Weissman A. Lester D. Trexler L. “The measurement of pessimism: the hopelessness scale”, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974; 42 (6): 861-865.
- Çelik M, Sanberk İ, Deveci F. Öğretmen Adaylarının Yaşam Doyumlarının Yordayıcısı Olarak Psikolojik Dayanıklılık ve Umutsuzluk. İlköğretim Online 2017; 16(2): 654-62.
- Çelikel FÇ, Erkorkmaz Ü. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Etmenler. Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 122-9.
- Çetinkaya E. Emekli Bireylerde Yaşam Doyumunun Yordayıcıları Olarak Sosyal Destek Ve Öz-Yeterlilik. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü;2011.13-89.
- Durak A. Palabıyıkoglu R. “Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması”, Kriz Dergisi, 1994, 2(2), ss. 311-319.
- Dünyaoğulları Ö. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Kendilerini Gerçekleştirme Engelleriyle Genel Erteleme Eğilimi ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü;2011.22-51.
- Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004; 1(1):1-14.
- Fernandez-Ballesteros R. Social Support And Quality Of Life Among Older People In Spain. Journal of Social Issues 2002; 58.645-59.
- Gençay S. Beden Eğitimi Öğretmeni Adaylarının Umutsuzluk ve Yaşam Doyumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2009; 8:27: 380-8.
- Güler K. Beden İmajının Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul. 2015.
- Gündoğar D, Gül SS, Uskun E, Demirci S, Keçeci D. Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordayan Etkenlerin İncelenmesi. Klinik Psikiyatri 2007; 10: 14-27.
- İçli G. Yaşlılar ve Yaşlılığın Değerlendirilmesi: Denizli İli Üzerine Niteliksel Bir Araştırma. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2010; (1):7-14.
- İpek C. Emeklilik Hayatında Uyum Sorunu ve Emeklilik Eğitimi. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017; 3(1): 60-72.
- Karataş K, Duyan V. Difficulties That Elderly People Encounter And Their Life Satisfaction. Social Behavior and Personality: An International Journal 2008; 36 (8):1073-84.

- Karataş K, Aslan H, Başçılar M. Hopelessness and Satisfaction With Life Among Disabled Veterans. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2019; 30 (1): 1-18.
- Karataş SÇ. Yaşlılarda Yaşam Doyumunu Etkileyen Etmenler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1988.20-288.
- Kılıç D, Türkoğlu N, Adıbelli D, Armut S. Geriatrik Yaş Grubundaki Kişilerin Yaşam Doyumu ve Yaşam Tutum Profilleri Arasındaki İlişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2016; 5(1): 1-8.
- Kılınç C, Eşel E. Stres Tepkisi Süreci. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12: 41-8.
- Koçak ÖF. Kişilerarası Çatışmalar Ve Yaşam Doyumu İlişkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. *Journal Of International Social Research* 2016; 9(43): 1956-77.
- Kuraner E. Askeri Emekli Personelin Umutsuzluk Düzeyleri ve Psiko-Sosyal Durumlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.2004.10-65.
- Mascaro N, Rosen DH. Existential Meaning's Role In The Enhancement of Hope and Prevention of Depressive Symptoms. *Journal of Personality* 2005; 73: 985-1013.
- Neurgarten B.L.R. "The measurement of life satisfaction", *Journal of Gerontology*, 1961, s. 134-143.
- Odell KS, Soloninka JW, Lawrence LD, Gartin SA. Life Satisfaction of Retired West Virginia Secondary School Agriculture Teachers. *Journal of Agricultural Education* 1992; 33: 17-22.
- Ozer M. A Study On The Life Satisfaction of Elderly Individuals Living In Family Environment and Nursing Homes. *Turkish Journal of Geriatric* 2004; 7(1): 33-6.
- Öz F, Swift, J. Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi* 2002; 10 (2): 17-28.
- Özer F, Beydağ D, Cengiz Ş. Hemodiyalize Giren Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 10 (4): 132-3.
- Özer M, Karabulut ÖÖ. Yaşlılarda Yaşam Doyumu. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003; 72-4.
- Salman S. Öğretmenlerin Emeklilik Dönemine Uyumları ve Yaşam Tatminleri. Yayınlanmamış Doktora Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Anabilim Dalı. 2004. 6-116.
- Sevim Y, Şahin J. Toplumun Yeni Yoksulları: Emekliler (Şanlıurfa İli Örneği). *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2007; 10 (1):187-207.
- Shek DT, Li X. Perceived School Performance, Life Satisfaction, and Hopelessness: A 4-year Longitudinal Study of Adolescents in Hong Kong. *Social Indicators Research* 2016; 126 (2): 921-34.
- Softa H, Karaahmetoğlu G, Erdoğan O. Yavuz S. Yaşlılarda Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015; 1:12-21.
- Şahin Baltacı H, Selvitopu A. Öğretmenlerin Emeklilik Dönemine ve Emekliliğe Hazırlık Eğitimine İlişkin Görüşleri. *Elementary Education Online* 2012; 11: (3): 800-81.
- Şen YF. Emeklilik Döneminde Yaşanan Sorunlara Yönelik Bir Çözüm Önerisi: İkinci İşe Hazırlık Eğitimi ve Emeklilik Kulüpleri. *EKEV Akademi Dergisi* 2015; 19 (64): 313-34.
- Şimşek A, Büyükkıdık S. Emekli Öğretmenlerin Yaşam Doyumlarına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 2015; 4 (6):19-41.
- Tercanlı N, Demir V. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi (Gümüşhane İli Örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 1(1): 29-40.

- Tüfekçiyaşar T. Lise 10. ve 11. Sınıf Öğrencilerinde Kaygı, Umutsuzluk ve Benlik İmgesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı. 2014.16-21.
- Tümekaya S, Çelik M, Aybek B. Lise Öğrencilerinde Boyun Eğici Davranışlar, Otomatik Düşünceler, Umutsuzluk ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011; 20(2): 77-94.
- Ulucan H, Kılınç M, Kaya K, Türkçapar, Ü. Beden Eğitimi Spor Yüksekokullarında Öğrenimlerine Devam Eden Öğrencilerin Umutsuzluk ve Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi 2011; 13 (3): 349-56.

Nurcan BİLGİN¹
Orcid : 0000-0001-8455-7380

Mehmet GÜLŞEN¹
Orcid :0000-0002-6168-8676

Adalet KUTLU¹
Orcid : 0000-0003-4417-5657

Sezgi ÇINAR PAKYÜZ¹
Orcid : 0000-0002-6598-8801

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Manisa

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Nurcan BİLGİN
nurcanbilgin90@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Çalışan sessizliği, çalışan sesliliği,
geçerlik, güvenilirlik.

Key Words:

Employee silence, employee voice,
validity, reliability.

Çalışan Sessizlik ve Seslilik Davranışları Ölçeğinin Öğretim Elemanları Üzerinde Türkçeye Uyarlanması

The Turkish Adaptation of Employee Silence and Voice Behaviour Scale on Academicians

*Bu çalışma, 25-27 Ekim 2018 tarihinde "7. Uluslararası Hemşirelikte Yönetim Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Alınış (Received): 14.03.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 23.09.2019

Öz

Amaç: Bu araştırma, Çalışanların Sessizlik ve Seslilik Davranışı Ölçeği'nin hemşire öğretim elemanları örnekleminde Türk kültürüne uygunluğunu, geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Dyne ve ark. (2003) tarafından geliştirilen "Çalışan Sessizlik ve Seslilik Davranışları Ölçeği" beşli likert tipinde olup 30 maddeden oluşmaktadır. Metodolojik olarak yapılan çalışmada, ölçeğin güvenilirliği, standart hata, toplanabilirlik, Cronbach alfa katsayısı, madde alt boyut toplam puan korelasyonu, gözlemciler arası tutarlılık, ölçek tepki yanlılığı analizleri ile geçerliği ise dil, kapsam, yapı geçerliği ile değerlendirildi. Araştırmanın örneklemini 35 öğretim elemanı oluşturdu ve bu öğretim elemanlarından 176 veri elde edildi. Araştırma için etik kurul onayı alındı.

Bulgular: Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonucunda, Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği uyum indeksleri χ^2/df : 6,18, RMSEA: 0,17, GFI: 0,71, AGFI:0,60, CFI:0,92 iken, Çalışan Seslilik Davranışları Alt Ölçeği uyum indeksleri χ^2/df : 6,31, RMSEA: 0,17, GFI: 0,71, AGFI:0,59, CFI:0,93 olarak bulundu. DFA sonrasında yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda, her iki alt ölçekte de üç faktör elde edildi ve bu faktörlerin açıkladığı toplam varyansın Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeğinde %78,61, Çalışan Seslilik Davranışları Alt Ölçeğinde ise %78,30 olduğu belirlendi. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği için KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği 0,88, Bartlett's testi χ^2 : 2448,062, $p<0,000$, Çalışan Seslilik Davranışları Alt Ölçeği için ise, KMO değeri 0,91, Bartlett's testi χ^2 : 2389,228, $p<0,000$ olarak bulundu. Çalışan Sessizlik ve Seslilik Davranışları Alt Ölçeklerinin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,80; 0,62 olarak saptandı. Alt ölçeklerin toplanabilirlik özelliği taşıdığı ve tepki yanlılığının olmadığı belirlendi. İki akademisyenin gözlemciler arası tutarlılığı ölçek sınıf içi korelasyon değerleri sırasıyla 0,90, $p=0,000$; 0,88, $p=0,000$ olarak bulundu.

Sonuç: Çalışan Sessizlik ve Seslilik Davranışları Alt Ölçeklerinin Türkçe formlarının yeterli geçerlik ve güvenilirlik düzeyine sahip oldukları belirlendi. Alt ölçeklerin çalışanların sessizlik ve seslilik davranışlarının belirlenmesine yönelik yapılacak çalışmalarda kullanılması önerilebilir.

ABSTRACT

Objective: This research was performed to test the Turkish validity and reliability nurse academicians of the Employee Silence and Voice Behaviour Scale.

Methods: The Employee Silence and Voice Behaviour Scale, which was developed by Dyne et al. (2003), includes a 30-item survey and it is Likert type scale. This research was a methodological study. The reliability of the scale was assessed by standard error, additivity, internal consistency, item subscales total score correlation, inter-rater reliability, response bias and the validity was performed by language, content, and construct validity. The sample of the research was composed of 35 academicians, and 176 data was obtained from these academicians. Ethical approval was obtained for the research.

Results: As a result of confirmatory factor analysis (CFA), it was found that the Employee Silence Behaviour subscale fit indexes were χ^2/df : 6.18, RMSEA: 0.17, GFI: 0.71, AGFI: 0.60, CFI: 0.92; Employee Voice Behaviour subscale fit indexes were χ^2/df : 6.31, RMSEA: 0.17, GFI: 0.71, AGFI: 0.59, CFI: 0.93. As a result of the explanatory factor analysis performed after the CFA, three factors were obtained in both subscales and it was determined that the total variance explained by these factors was 78.61% in the Employee Silence Behaviour subscale and 78.30% in the Employee Voice Behaviour subscale. For the Employee Silence Behaviour subscale, KMO analysis was found as 0.88, Bartlett Sphericity test χ^2 value was calculated as 2448.062 ($p<0.000$). For Employee Voice Behaviour subscale, KMO analysis was found as 0.91, Bartlett Sphericity test χ^2 value was calculated as 2389.228 ($p<0.000$). Cronbach alpha coefficient of the Employee Silence and Voice Behaviour subscales were respectively 0.80, 0.62. The subscales were found to be additivity and no response bias. Inter-rater reliability analysis was performed and ICC of the two academicians were found to be respectively 0.90, 0.88.

Conclusion: Turkish form of Employee Silence and Voice Behaviour subscales have acceptable level of validity and reliability. It can be suggested that the subscales should be used in studies to determine the silence and voice behaviour of the employees.

Kaynak Gösterimi: Bilgin, N., Gülşen, M., Kutlu, A. ve Pakyüz, S.Ç. (2019). Çalışan Sessizlik ve Seslilik Davranışları Ölçeğinin Öğretim Elemanları Üzerinde Türkçeye Uyarlanması, EGE HFD., 35 (3):103-114

How to cite: Bilgin, N., Gülşen, M., Kutlu, A. and Pakyüz, S.Ç. (2019). The Turkish Adaptation of Employee Silence and Voice Behaviour Scale on Academicians, EGE HFD., 35 (3):103-114

GİRİŞ

Günümüz organizasyonlarında çalışanların örgütsel süreç, eylem ve kararlara katılımı çok önemlidir. Sağlıklı bir örgüt yapısında etkin ve güçlü bir iletişim ortamının hâkim olması beklenir. Ancak çeşitli faktörlerin etkisi ile kurumlarda iletişim ortamı bozulmakla birlikte örgütsel sessizlik ortaya çıkabilmektedir. İş görenlerin sessiz kalma davranışı eskiden uyum sağlama veya itaat olarak algılansa da günümüzde bunun bir tepki ve geri çekilme olduğu kabul edilmektedir ([Ürek ve ark. 2015](#)).

Davranışsal olarak sessizlik ve seslilik kavramları birbirinin zıttı olarak düşünülebilir. Ancak örgütsel anlamda düşünüldüğünde sessizlik ve seslilik, daha karmaşık ve çok yönlü kavramlardır. “Sessizlik” kavramı bilgi, fikir veya düşüncelerin ifade edilmemesi/edilememesi olarak tanımlanırken, “seslilik” kavramı bilgiyi aktarma, düşünceleri ifade etme olarak tanımlanır. Buradaki kilit nokta, çalışanın bu davranışlara bilinçli mi bilinçsiz olarak mı yöneldiğidir. Çünkü çalışanın herhangi bir bilgisinin ya da fikrinin olmadığı durumlarda da sessizlik hali oluşabilir ([Dyne ve ark. 2003](#)). Sessliliğin en güncel tanımlarından biri çalışanlara yönetimle iletişim kurma ve kararlara katılım sağlamları için kurum tarafından oluşturulan resmi bir mekanizma veya sistem şeklindedir ([Mowbray ve ark. 2019](#)).

Örgütsel sessizlik ve seslilik davranışları literatürde farklı araştırmacılar tarafından farklı boyutlarda ele alınmıştır. Dyne ve ark. (2003) tarafından birbirine paralel üçer boyutta ele alınmıştır. Bunlardan ilki olan “kabullenici sessizlik” davranışında, çalışan sahip olduğu bilgi, fikir, görüşlerini teslim olma, boyun eğme psikolojisiyle kendine saklar ve paylaşmaz. Diğer yandan “kabullenici seslilik” boyutunda ise çalışan sadece başkalarının fikrine katılır ya da destekler. Çünkü kendi fikirlerinin önemsenmeyeceğine, herhangi bir değişiklik oluşturmayacağına, boşuna bir çaba olacağına inanır. Sonuçta kabullenici sessizlik ve seslilik daha pasif bir davranıştır. Üçüncü boyut “savunmacı sessizlik” olarak adlandırılır. Savunmacı sessizlikte çalışan kendini korumak için bilgi, fikir ve görüşlerini söylemez. Çünkü korku duymaktadır. Dördüncü boyut olan “savunmacı seslilik” boyutunda ise çalışan fikirlerini kendini koruma niyetiyle ifade etmektedir. Beşinci boyut, “kurum yararı (prososyal) sessizlik”te çalışan ekip arkadaşları ya da kurumunun yararını gözetmediği için susmaktadır. Son boyut olan “kurum yararı (prososyal) seslilik”te ise çalışan ekip arkadaşları ya da kurumunun yararını gözetmediği için fikirlerini açıklayarak bilgi ve görüşlerini paylaşmaktadır ([Dyne ve ark. 2003](#)).

Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) verilerine göre; 103’ü devlet üniversitelerinden 35’i özel üniversitelerden olmak üzere toplam hemşirelik bölümü sayısı 138’dir. Bu bölümlerde görev yapan öğretim elemanı sayısı ise toplam 2309’dur (YÖK Er. T: 23.01.2019). Yükseköğretim kurumları diğer sektörlerden farklı bazı karakteristik özelliklere sahiptirler. Eğitim, öğretim, uygulama faaliyetlerinin yanında araştırma, geliştirme, yönetme faaliyetlerinin yürütülmesiyle birlikte öğretim elemanları da farklı unvan, pozisyon ve görevlerde çalışmaktadırlar. Yükseköğretim kurumlarının kendine özgü bir hiyerarşik yapısı ve kurum kültürü dolayısıyla öğretim elemanlarının sessizliğinin temelinde yatan dinamiklerde farklılık göstermektedir ([Demir ve Demir 2012](#)). Hem kurumlar hem de çalışanlar için olumsuz sonuçlara yol açabilen örgütsel sessizliğin nedenlerinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Çünkü sessizliğe neden olan faktörlerin tespiti bu sürecin yönetimi açısından yöneticilere yol gösterici olacaktır. Bu konuda yapılan araştırmalar doğrultusunda örgütsel sessizliğin nedenleri bireysel, örgütsel, yönetsel ve kültürel olmak üzere dört başlıkta toplanabilir ([Yetim ve Erigüç 2018](#)).

Demir ve Demir’in (2012) araştırma bulguları yükseköğretim kurumlarında çalışanların sahip olduğu olanakları kaybetmemek ve en azından mevcut durumu korumak için farklı şekillerde örgütsel sessizlik davranışlarını gösterdiklerini ortaya koymuştur ([Demir ve Demir 2012](#)). Diğer yandan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre diğer personel ve hizmet alımlarında çalışanlar hesaba katılmadığında ülkemizde sağlık sektöründe çalışanlar içinde hemşirelerin oranı %27,8’e karşılık gelmektedir (TÜİK Er. T: 21.01.2019). Sağlık sektöründe sessizlik ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, yarıya yakınının (%43,4) hemşireler üzerinde yapıldığı görülmektedir ([Yetim ve Erigüç 2018](#)). Hemşirelikte örgütsel sessizliğin nedenlerine yönelik yönetsel ve örgütsel faktörler gösterilmektedir ([Bayın ve ark. 2015](#), [Yeşilaydın ve ark. 2016](#), [Çaylak ve Altuntaş 2017](#)). Sağlık hizmetlerinin yapısı itibari ile kaliteli hizmet ve sıfır hata hedeflenmesi gerekir. Sağlık sektöründe çoğunluğu oluşturan hemşirelerin sessiz kalma davranışları hayati tehlikeler doğurabilecek pek çok olumsuz sonuca götürebilmektedir. Örneğin, hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sessiz kalması önemli hayati hataların meydana gelmesine, hastaların ve dolayısı ile kurumsal sonuçların olumsuz etkilenmesine yol açabilir. Çalışma ortamlarında hemşirelerin uygunsuz uygulamaları gördüklerinde veya öngördüklerinde sessiz kalmayıp rahatlıkla konuşabileceği bir örgüt iklimi çok önemlidir ([Polat ve ark. 2018](#)).

Morrison ve Milliken (2000) örgütsel sessizliği, çalışanların örgütsel problemler hakkındaki fikir ve endişelerini saklı tutması olarak tanımlamışlardır ve örgütsel değişim ve gelişimin önündeki engellerden biri olarak belirtmişlerdir ([Morrison ve Milliken 2000](#)). Yaman ve Ruçlar’ın (2014) araştırma sonuçlarına göre, öğretim elemanlarının örgütsel sessizlik puanları çalıştıkları kurumun yönetim tarzını demokratik olarak düşünenlerde en düşük, otokratik olarak düşünenlerde en yüksek çıkmıştır ([Yaman ve Ruçlar 2014](#)). Algın ve Baskan’ın (2015) üniversitelerde örgütsel sessizliğin olası sonuçlarına dair yürüttükleri araştırmada, öğretim elemanlarının %77,1’i işi veya işyeriyle ilgili endişeli olduğu bir konu veya sorunu yöneticileri ile açıkça konuşamayıp sessiz kaldıklarını belirtmişlerdir ([Algın ve Baskan 2015](#)). Akın ve Ulusoy’un (2016) araştırma sonuçlarına göre ise akademisyenlerin örgütsel sessizlikleri orta düzeydedir ve tükenmişlikleri ile pozitif korelasyona sahiptir ([Akın ve Ulusoy 2016](#)).

Ülkemizde ya da yurtdışı literatürde spesifik olarak hemşire öğretim elemanları üzerinde örgütsel sessizlik ve seslilik konusunda yürütülmüş herhangi bir çalışma ya da ölçüm aracına rastlanmadı. Bu araştırma, Çalışanların Sessizlik ve Seslilik Davranışları

Ölçeği'nin hemşire öğretim elemanları örnekleminde Türk kültürüne uygunluğunu, geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi: Bu çalışma, "Employee Silence and Voice Behaviour Scale" in Türkçe formu olan "Çalışan Sessizlik ve Sesslilik Davranışları Ölçeği" nin dil uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı metodolojik bir araştırmadır.

Araştırmanın yapıldığı yer, araştırmanın evreni/örnekleme: Araştırmanın verileri Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında bir Üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde çalışan öğretim elemanlarından toplandı. Ölçek çalışmalarında örneklem hacminin her bir ölçek maddesinin 5-10 katı şeklinde olması önerildiğinden (Akgül 1997), çalışmada kullanılacak ölçeğin madde sayısı 30 dikkate alınarak, örneklem sayısı en az 150 en fazla 300 olarak belirlendi. Çalışmanın yapıldığı bölümün öğretim elemanı sayısı araştırmanın evrenini oluşturdu (N=38). Ölçeğin maddelerinin içeriği, üst, ast ve akran değerlendirmesine uygun olduğu için bir öğretim elemanı birden fazla kişiyi değerlendirdi ve kendisi de bir ya da birden fazla kişi tarafından değerlendirildi. Bu duruma göre, araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmaya gönüllü öğretim elemanları oluşturdu (n=35). Gönüllü öğretim elemanlarının birden fazla kişiyi değerlendirmesi dolayısıyla, ölçek madde sayısının yaklaşık 6 katı olan 176 veri elde edildi.

Veri toplama araçları: Veri toplama araçları olarak Sosyodemografik Bilgi Formu ve Çalışan Sessizlik ve Sesslilik Davranışları Ölçeği (ÇSSDÖ) kullanıldı.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form öğretim elemanlarının sosyodemografik özelliklerini içeren 7 sorudan oluşmaktadır.

Çalışan Sessizlik ve Sesslilik Davranışları Ölçeği-ÇSSDÖ (Employee Silence and Voice Behaviour Scale): Dyne ve ark. (2003) tarafından çalışanların sessizlik ve sesslilik davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin özgün formu sessizlik davranışlarını ölçen üç alt boyut (kabullenici sessizlik, savunmacı sessizlik ve kurum yararı (prososyal) sessizlik), sesslilik davranışlarını ölçen üç alt boyut (kabullenici sesslilik, savunmacı sesslilik ve kurum yararı (prososyal) sesslilik) olmak üzere toplam altı alt boyuta sahiptir. Ölçek "kesinlikle katılmıyorum", "katılmıyorum", "ne katılıyorum ne katılmıyorum", "katılıyorum", "kesinlikle katılıyorum" şeklinde 5'li likert tipindedir. Özgün çalışmada, çalışan sessizlik ve sesslilik kavramları ayrı ve çok boyutlu yapılar şeklinde kavramsal çerçevede ele alınmış olup, ölçekten veri toplanmamış, psikometrik değerlendirilmesi yapılmamış ve ölçeğin Cronbach alfa değeri bakılmamıştır (Dyne ve ark. 2003).

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin analizleri istatistik paket programında kodlanarak, tanıtıcı bilgilerin sayı yüzde dağılımları hesaplandı. Ölçeğin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov testi ile değerlendirildi ve normal dağılıma uyan ölçeğin güvenilirlik sınaması standart hata, toplanabilirlik analizi, Cronbach alfa katsayısı, madde alt boyut toplam puan korelasyonu, gözlemciler arası tutarlılık, ölçek tepki yanlılığı ile yapıldı. Ölçeğin geçerlik sınaması ise dil geçerliği, kapsam geçerlik indeksi, yapı geçerliği (doğrulayıcı faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi) kullanılarak yapıldı. Örneklem büyüklüğü için Kaiser-Meyer-Olkin testi, faktör analizi yapılabilmesi için örnek hacminin uygunluğunun belirlenmesinde Bartlett's Test of Sphericity testi kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmada ölçeğin kullanımı için orijinal ölçeği geliştiren Dyne'den elektronik posta yoluyla izin alındı. Ayrıca araştırmanın yapıldığı üniversitenin Yerel Etik Kurulundan da etik uygunluk açısından onay alındı (Etik Kurul İzin Numarası: 20.478.486).

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma konusunun çalışanların sessizliği ve sessliliği olması ve öğretim elemanlarının anket doldurmak istememesi nedeniyle örneklem sayısının hedeflenen düşük olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

BULGULAR

Bu araştırmada, örnekleme alınan öğretim elemanları hem bir/birden fazla öğretim elemanını değerlendirdikleri hem de bir ya da daha fazla öğretim elemanı tarafından değerlendirildiği için toplam 176 yanıt elde edilmiş olup, sosyodemografik özellikler ise 35 öğretim elemanı üzerinden değerlendirildi. Çalışmaya katılan öğretim elemanlarının yaş ortalamasının 35,00±8,12 (Min: 26,00, Maks: 55,00) yıl, %94,3'ünün kadın, %60'ının evli, yüksek lisans mezunu ve akademik unvanının araştırma görevlisi olduğu, çalışma yılı ortalamasının 11,51±7,43 (Min: 3,00, Maks: 26,00) yıl, kurumda çalışma yılı ortalamasının ise 7,48±6,14 (Min: 1,00, Maks: 26,00) yıl olduğu belirlendi.

Geçerlik ve güvenilirlik analizleri öncesi, ölçeğin maddeleri ve elde edilen verilere dayalı tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de verildi.

Tablo 1. Çalışan Sessizlik ve Sesslilik Davranışları Ölçeği Maddeleri ve Tanımlayıcı İstatistikleri (n=176)

| Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği Maddeleri | Ort | ss |
|--|--------------|-------------|
| Kabullenici Sessizlik | 12,17 | 5,22 |
| 1. Bu çalışan, dışlandığı için değişim önerileri hakkında konuşmakta isteksizdir. | 2,20 | 1,18 |
| 2. Bu çalışan, boyun eğdiğinden dolayı fikirlerini pasif bir şekilde saklı tutar. | 2,71 | 1,35 |
| 3. Bu çalışan, pasif bir şekilde problemlerin çözümleri hakkındaki düşüncelerini kendine saklar. | 2,68 | 1,35 |
| 4. Bu çalışan, bir fark yaratmada öz yeterliliği düşük olduğu için kendini geliştirmek konusunda fikirlerini saklar. | 2,32 | 1,14 |
| 5. Bu çalışan, dışlandığından dolayı çalıştığı yerde işini nasıl geliştireceği hakkındaki fikirlerini saklı tutar. | 2,24 | 1,15 |
| Savunmacı Sessizlik | 13,60 | 5,65 |
| 6. Bu çalışan, korkudan dolayı değişim ile ilgili fikirlerini söylemez ve önermez. | 2,58 | 1,25 |
| 7. Bu çalışan, korktuğu için konu ile ilgili bilgileri saklar. | 2,68 | 1,30 |
| 8. Bu çalışan, kendini korumak için ilgili gerçekleri görmezden gelir. | 2,90 | 1,34 |
| 9. Bu çalışan, kendini korumak için gelişmeler hakkındaki fikirlerini ifade etmektен kaçınır. | 2,93 | 1,33 |
| 10. Bu çalışan, sorunlara yönelik çözümlerini saklar. Çünkü korkuyla güdülenir. | 2,48 | 1,20 |
| Kurum Yararına Sessizlik | 17,61 | 4,64 |
| 11. Bu çalışan, iş birliği temelinde gizli bilgileri saklar. | 3,67 | 0,99 |
| 12. Bu çalışan, kuruma yarar sağlamak için özel bilgileri korur. | 3,63 | 1,01 |
| 13. Bu çalışan, kurum sırlarını açıklamada diğerlerinin baskılarına karşı direnir. | 3,30 | 1,10 |
| 14. Bu çalışan, kuruma zarar verecek bilgileri açığa çıkarmayı reddeder. | 3,50 | 1,04 |
| 15. Bu çalışan, kurum için endişelendiğinden gizli kurumsal bilgileri uygun şekilde korur. | 3,50 | 1,07 |
| Toplam | 43,39 | 9,22 |
| Çalışan Sesslilik Davranışları Alt Ölçeği Maddeleri | | |
| Kabullenici Sesslilik | 12,60 | 5,46 |
| 16. Bu çalışan, diğerlerinin fikirlerini pasif olarak destekler. Çünkü dışlanmıştır. | 2,15 | 1,16 |
| 17. Bu çalışan, pasif olarak aynı fikirde olduğunu ifade eder ve nadiren yeni bir fikir önerir. | 2,71 | 1,34 |
| 18. Bu çalışan, boyun eğdiği için gruba katılır ve gruba birlikte hareket eder. | 2,69 | 1,34 |
| 19. Bu çalışan, öneriler sunmada öz yeterliliği düşük olduğundan dolayı sadece gruba katıldığını ifade eder. | 2,27 | 1,14 |
| 20. Bu çalışan, pasif bir şekilde sorunların çözümleri hakkında diğerlerine katılır. | 2,76 | 1,30 |
| Savunmacı Sesslilik | 13,30 | 5,19 |
| 21. Bu çalışan, korkudan dolayı gruba katılma dışında fazla bir şey ifade etmez. | 2,49 | 1,23 |
| 22. Bu çalışan, korktuğu için dikkati başkalarına kaydıran fikirleri belirtir. | 2,42 | 1,20 |
| 23. Bu çalışan, kendini korumak için tartışmayı başkalarına odaklayan açıklamalar sağlar. | 2,61 | 1,28 |
| 24. Bu çalışan, kendini korumaya dayalı olarak grup için destek iletişimi kurar ve sürdürür. | 3,14 | 1,28 |
| 25. Bu çalışan, genellikle gruba fikir birliğinde olduğunu ifade eder. Çünkü korkuyla güdülenir. | 2,62 | 1,23 |
| Kurum Yararına Sesslilik | 17,69 | 4,65 |
| 26. Bu çalışan, kuruma yarar sağlamanın iş birlikçi güdüsü ile sorunlara çözümler önerir. | 3,51 | 1,11 |
| 27. Bu çalışan, kurumu etkileyen konulara ilişkin önerilerde bulunur ve öneriler geliştirir. | 3,65 | 0,95 |
| 28. Bu çalışan, başkaları aynı fikirde olmasa bile iş hakkındaki görüşlerini iletir. | 3,55 | 1,09 |
| 29. Bu çalışan, kurum yararına olabilecek yeni projeler için fikirlerini ifade eder. | 3,56 | 1,02 |
| 30. Bu çalışan, kurum için yapıcı endişeye dayalı değişim için fikirler önerir. | 3,40 | 1,05 |
| Toplam | 43,59 | 7,11 |

Geçerlik analizleri: Çalışan Sessizlik ve Sesslilik Davranışları Ölçeği'nin geçerlik çalışmasında, ölçeğin dil geçerliği, kapsam (içerik) geçerliği, yapı geçerliği kullanıldı. Dil geçerliği için, ölçek maddelerin Türkçeye çevirisi yapılırken, uygun cümle yapılarının kullanılması ve kültüre yabancı maddelerin değiştirilmesi göz önünde bulundurulurak; ilk aşamada ölçek, Türkçe ve İngilizceyi iyi bilen beş kişi tarafından İngilizceden Türkçeye ayrı ayrı çevrildi. Daha sonra araştırmacılar tarafından bu çeviriler incelenerek, ölçeğin Türkçe hali düzenlendi. Ölçek yeniden İngilizceye çevrildi ve İngilizceyi iyi bilen biri tarafından ölçeğin özgün hali ve son hali karşılaştırıldı. Çevirisi tamamlanan ölçek maddelerinin kavramsal olarak değerlendirilmesi açısından kapsam geçerliği için Türkçe form beş farklı öğretim üyesinin görüşüne sunuldu. Bu öğretim üyeleri tarafından her bir maddeyi kavramsal açıdan değerlendirerek 1-4 arası puanlama yapıldı. Yapılan değerlendirmeler sonucunda 3 ve 4 puandan daha düşük değerlendirilen bir madde yeniden gözden geçirildi ve "Bu çalışan, rızaya (boyun eğme) dayalı olarak fikirlerini pasif bir şekilde saklı tutar" ifadesi "Bu çalışan, boyun eğdiğinden dolayı fikirlerini pasif bir şekilde saklı tutar" şeklinde değiştirildi. Sonuç olarak, uzmanların görüşleri sonucunda, kapsam geçerlik indeksi 30 madde için 0,88 olarak bulundu ve uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeğin son şekli oluşturuldu. Daha sonra ölçeğin Ebelik bölümündeki 10 öğretim elemanına ön uygulaması yapılarak kişilere maddelere ilişkin düşünceleri ve maddelerin anlaşılabilirliği soruldu (kavramsal sorgulama). Olumsuz geri bildirim olmadığı için veri toplama aşamasına geçildi. Ön uygulama yapılan kişilerin verileri, araştırma kapsamına dahil edilmedi.

Çalışan Sessizlik ve Sesslilik Davranışları Ölçeği'nin yapı geçerliğinde doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi (DFA ve AFA) kullanıldı. Doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizleri, özgün çalışmadaki ölçek maddelerin farklı kavramları (sessizlik ve sesslilik) ölçmesinden dolayı iki ayrı ölçek düşünülerek yapıldı. ÇSSDÖ'nün Dyne ve ark. (2003) tarafından geliştirilen teorik yapıya

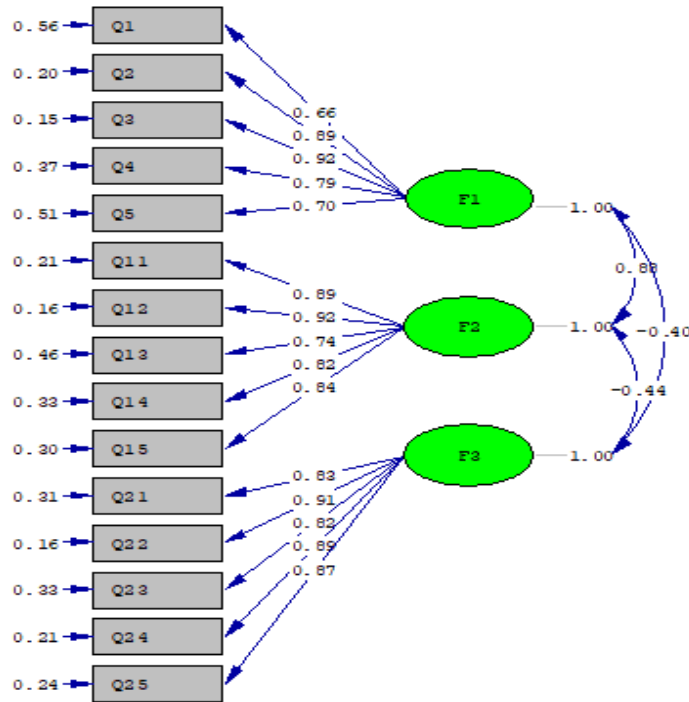
uygunluğunu test etmek amacıyla ilk olarak DFA uygulandı. Bu çalışmada maddeler arasındaki etkileşimi görebilmek için kovaryans matrisi ve oluşturulan matrisin incelenmesi için Maximum Likelihood kestirim yöntemi kullanıldı. Verilerin model ile uyumunu değerlendirmek amacıyla χ^2/df , RMSEA, GFI, AGFI, CFI uyum iyiliği indeksleri değerlendirildi. Çalışan Sessizlik ve Sessizlik Davranışları Alt Ölçekleri DFA sonuçları Tablo 2’de verildi.

Tablo 2: Çalışan Sessizlik ve Sessizlik Davranışları Alt Ölçekleri Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeks Değerleri ve DFA Normal Değerleri

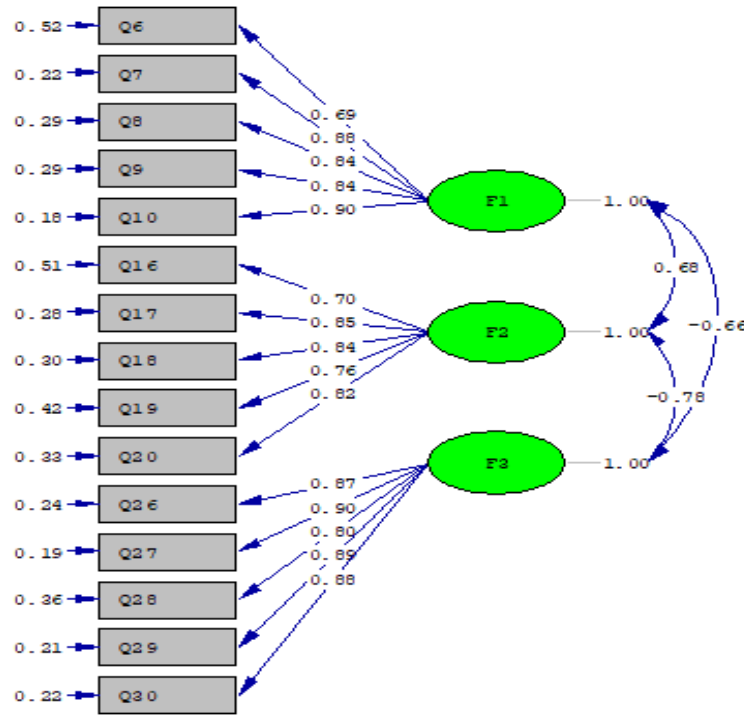
| Uyum İyiliği İndeksleri | Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği Değerleri | Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği Değerleri | Kabul Edilebilir Değerler |
|-------------------------|---|---|---------------------------|
| χ^2/df | 538,20/87= 6,18 | 548,98/87=6,31 | <5 |
| RMSEA | 0,17 | 0,17 | <0,08 |
| GFI | 0,71 | 0,71 | ≥90 iyi uyum |
| AGFI | 0,60 | 0,59 | ≥90 iyi uyum |
| CFI | 0,92 | 0,93 | ≥90 iyi uyum |

χ^2/df : Ki-karenin serbestlik derecesine oranı, RMSEA: Yaklaşım hatasının kök ortalama kareleri (root mean square error of approximation), GFI: Uyum iyiliği indeksi (goodness-of-fit index), AGFI: Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (adjusted-goodness-of-fit index), CFI: Karşılaştırılmalı uyum iyiliği indeksi (comparative fit index).

DFA uyum indeksleri incelendiğinde, her iki alt ölçekte de χ^2/df , RMSEA, GFI, AGFI indekslerinin tabloda belirtilen kabul edilebilir değerleri karşılamadığı belirlendi (Tablo 2). Bulgular verilerin modele iyi uyum göstermediğini belirtmektedir. Alt ölçekler modele iyi uyum göstermese de alt ölçeklerin kabullenici, savunmacı ve kurum yararı alt boyutlarını ölçen üç faktörlü yapıları doğrulanmıştır (Şekil 1, Şekil 2). Standartlaştırılmış tahminler (Maximum Likelihood) her iki alt ölçek için de kabul edilebilir sınır olan 0,45 değerinin üzerinde olup, Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği değerleri 0,78 ile 1,25, Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği 0,81 ile 1,19 arasında değişmektedir. Her iki alt ölçeklerin t değerleri $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olarak bulundu. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği modeline ilişkin faktör yükleri 0,66-0,92, Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği modeline ilişkin faktör yükleri 0,69-0,90 arasında bulundu.



Şekil 1. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi



Şekil 2. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizinde hangi maddenin hangi faktöre ait olduğunu belirlemede bir faktör ile madde arasındaki ilişkinin derecesini gösteren faktör yükü ölçütü olarak kullanıldı. Ölçek maddeleri en yüksek ilişki gösterdikleri faktörün altında sıralanmaktadır. Bu çalışmada, öz değeri en az 1 olan faktörler değerlendirilmeye alındı.

Faktör analizi için veri setinin uygunluğu değerlendirilmesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediklerini test etmek amacıyla Bartlett's Testi kullanıldı. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği için KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği 0,88 ve Bartlett's testi χ^2 : 2448,062, $p < 0,000$ olarak bulundu. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği için ise, KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği 0,91 ve Bartlett's testi χ^2 : 2389,228, $p < 0,000$ olarak bulundu.

Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeğinin faktör yapısı incelenirken, ölçek maddeleri serbest bırakılarak yapılan faktör analizi sonucunda üç alt faktör elde edildi. Ölçeğin 2. ve 3. maddeleri özgün ölçekten ayrı alt boyuta dağıldı. 15 maddelik ölçeğe uygulanan temel bileşenler analizinde, öz değeri 1'i aşan üç faktör elde edildi. Varimax rotasyonu sonrasında ortaya çıkan en büyük faktör, varyansın %51,62'sini açıklayabilen birinci faktördür. İkinci faktör varyansın %18,89'unu açıklamaktadır. Üçüncü faktör ise, varyansın %8,08'ini açıklamaktadır. Böylece üç faktörün açıkladığı toplam varyans %78,61 olarak bulundu. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği "Savunmacı Sessizlik", "Kurum Yararı Sessizlik", "Kabullenici Sessizlik" alt boyutu olarak isimlendirildi (Tablo 3).

Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeğinin faktör yapısı incelenirken, benzer şekilde ölçek maddeleri serbest bırakılarak yapılan faktör analizi sonucunda da üç alt faktör elde edildi. Ölçeğin 6. maddesi özgün ölçekten ayrı alt boyuta dağıldı. 15 maddelik ölçeğe uygulanan temel bileşenler analizinde, öz değeri 1'i aşan üç faktör elde edildi. Varimax rotasyonu sonrasında ortaya çıkan en büyük faktör, varyansın %57,45'ini açıklayabilen birinci faktördür. İkinci faktör varyansın %13,57'sini açıklamaktadır. Üçüncü faktör ise, varyansın %7,27'sini açıklamaktadır. Böylece üç faktörün açıkladığı toplam varyans %78,30 olarak bulundu. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği "Kabullenici Sessizlik", "Kurum Yararı Sessizlik", "Savunmacı Sessizlik" alt boyutu olarak isimlendirildi (Tablo 3).

Güvenilirlik analizleri: Ölçeklerin güvenilirliklerini saptamaya yönelik ölçeklerin standart hata, toplanabilirlik analizi, Cronbach Alfa katsayısı, madde toplam puan korelasyonu, gözlemciler arası tutarlılık, ölçek tepki yanlılığı testleri yapıldı. Araştırma kapsamına alınan öğretim elemanlarının ölçeklerde yer alan 15'er maddeye verdikleri yanıtların ortalama, standart hata ve standart sapma değerleri hesaplandı. Bu sonuçlara göre, Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği madde puan ortalamaları "3,67-2,20", Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği madde puan ortalamaları ise "3,65-2,15" arasında değişmektedir.

Araştırmada, alt ölçeklerin toplanabilirlik özellikleri Tukey's Additivity Testi kullanılarak değerlendirildi. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği toplanamazlık (non additivity) değeri F : 305,055; $p < 0,000$, Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği toplanamazlık değeri F : 637,272, $p < 0,000$ olarak bulundu.

Tablo 3. Çalışan Sessizlik ve Sessizlik Davranışları Alt Ölçekleri Açıklayıcı Faktör Analizi

| Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği Maddeleri | Faktör 1 (Savunmacı Sessizlik) | Faktör 2 (Kurum Yararı Sessizlik) | Faktör 3 (Kabullenici Sessizlik) |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Madde 1 | 0,19 | -0,08 | 0,87 |
| Madde 2 | 0,67 | 0,00 | 0,54 |
| Madde 3 | 0,72 | -0,13 | 0,48 |
| Madde 4 | 0,46 | -0,25 | 0,66 |
| Madde 5 | 0,25 | -0,23 | 0,83 |
| Madde 11 | 0,78 | -0,04 | 0,41 |
| Madde 12 | 0,88 | -0,10 | 0,23 |
| Madde 13 | 0,80 | -0,32 | 0,03 |
| Madde 14 | 0,85 | -0,29 | 0,10 |
| Madde 15 | 0,70 | -0,28 | 0,42 |
| Madde 21 | -0,02 | 0,86 | -0,11 |
| Madde 22 | -0,19 | 0,89 | -0,06 |
| Madde 23 | -0,19 | 0,81 | -0,15 |
| Madde 24 | -0,16 | 0,88 | -0,14 |
| Madde 25 | -0,20 | 0,84 | -0,11 |
| Özdeğer | 7,74 | 2,83 | 1,21 |
| Açıklanan Varyans | 51,62 | 18,89 | 8,08 |
| Alt Boyutların Cronbach Alfa Katsayıları | 0,94 | 0,93 | 0,86 |
| Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği Maddeleri | Faktör 1 (Kabullenici Sessizlik) | Faktör 2 (Kurum Yararı Sessizlik) | Faktör 3 (Savunmacı Sessizlik) |
| Madde 6 | 0,78 | -0,13 | 0,07 |
| Madde 7 | 0,80 | -0,31 | 0,18 |
| Madde 8 | 0,85 | -0,09 | 0,17 |
| Madde 9 | 0,80 | -0,32 | 0,11 |
| Madde 10 | 0,80 | -0,32 | 0,17 |
| Madde 16 | 0,80 | -0,21 | 0,31 |
| Madde 17 | 0,27 | -0,33 | 0,77 |
| Madde 18 | 0,13 | -0,32 | 0,86 |
| Madde 19 | 0,15 | -0,30 | 0,79 |
| Madde 20 | 0,61 | -0,17 | 0,61 |
| Madde 26 | -0,14 | 0,80 | -0,38 |
| Madde 27 | -0,32 | 0,76 | -0,34 |
| Madde 28 | -0,51 | 0,67 | -0,17 |
| Madde 29 | -0,31 | 0,82 | -0,21 |
| Madde 30 | -0,17 | 0,84 | -0,32 |
| Özdeğer | 8,61 | 2,03 | 1,09 |
| Açıklanan Varyans | 57,45 | 13,57 | 7,27 |
| Alt Boyutların Cronbach Alfa Katsayıları | 0,93 | 0,89 | 0,93 |

Çalışmadaki alt ölçeklerin Cronbach Alfa katsayıları: Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği için 0,80 ve Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği 0,62 olarak bulundu. Özgün çalışmada yer alan alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları: kabullenici sessizlik 0,89, savunmacı sessizlik 0,92, kurum yararı sessizlik 0,93; kabullenici sessizlik 0,86, savunmacı sessizlik 0,84-0,91, kurum yararı sessizlik 0,85-0,91, kabullenici sessizlik 0,77-0,90, savunmacı sessizlik 0,74-0,86, kurum yararı sessizlik 0,84-0,90 arasında iken, AFA sonrası belirlenen alt boyutlar değerlendirildiğinde ise savunmacı sessizlik 0,79-0,90, kurum yararı sessizlik 0,85-0,91, kabullenici sessizlik 0,86-0,90, kabullenici sessizlik 0,77-0,89, kurum yararı sessizlik 0,84-0,90, savunmacı sessizlik 0,82-0,91 arasında bulundu ($p < 0,001$) (Tablo 4).

Araştırmada bir kişiyi birden fazla kişi değerlendirdiğinden güvenilirlik tekniklerinden olan gözlemciler arası tutarlılık (Interrater reliability) Intraclass Correlation Coefficient (ICC) testi kullanılarak ölçüldü. Farklı sekiz kişi tarafından değerlendirilen iki öğretim elemanın gözlemciler arası tutarlılığı ölçek sınıf içi korelasyon değerleri sırasıyla 0,90, $p=0,000$; 0,88, $p=0,000$ olarak bulundu.

Araştırmada, kişilerin ölçek maddelerine verdikleri tepkilerin eşit olup olmadığı durumu Hotelling's T^2 testi ile değerlendirildi. Bu test sonucunda Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği'nin Hotelling T^2 : 226,524, $p=0,000$, Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği'nin ise Hotelling T^2 : 244,753, $p=0,000$ olarak saptandı.

Tablo 4. Çalışan Sessizlik ve Seslilik Davranışları Alt Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları ve Madde Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=176)

| Alt Ölçekler | Alt Boyut | Maddeler | Madde Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları | p | Alt Boyut Cronbach Alfa Katsayısı | Madde silindiğinde alt boyut iç tutarlılık katsayısı |
|---|-----------------------------------|----------|--|-------|-----------------------------------|--|
| Özgül çalışmadaki Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği | Kabullenici Sessizlik | Madde 1 | 0,80 | 0,000 | 0,89 | 0,88 |
| | | Madde 2 | 0,86 | 0,000 | | 0,87 |
| | | Madde 3 | 0,86 | 0,000 | | 0,86 |
| | | Madde 4 | 0,85 | 0,000 | | 0,86 |
| | | Madde 5 | 0,82 | 0,000 | | 0,87 |
| | Savunmacı Sessizlik | Madde 11 | 0,86 | 0,000 | 0,92 | 0,91 |
| | | Madde 12 | 0,91 | 0,000 | | 0,89 |
| | | Madde 13 | 0,84 | 0,000 | | 0,91 |
| | | Madde 14 | 0,90 | 0,000 | | 0,89 |
| Madde 15 | | 0,85 | 0,000 | 0,91 | | |
| Kurum Yararı Sessizlik | Madde 21 | 0,85 | 0,000 | 0,93 | 0,92 | |
| | Madde 22 | 0,91 | 0,000 | | 0,90 | |
| | Madde 23 | 0,86 | 0,000 | | 0,92 | |
| | Madde 24 | 0,91 | 0,000 | | 0,90 | |
| | Madde 25 | 0,88 | 0,000 | | 0,91 | |
| AFA sonrası Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği | Faktör 1 (Savunmacı Sessizlik) | Madde 2 | 0,83 | 0,000 | 0,94 | 0,93 |
| | | Madde 3 | 0,88 | 0,000 | | 0,92 |
| | | Madde 11 | 0,87 | 0,000 | | 0,92 |
| | | Madde 12 | 0,90 | 0,000 | | 0,92 |
| | | Madde 13 | 0,79 | 0,000 | | 0,93 |
| | | Madde 14 | 0,86 | 0,000 | | 0,93 |
| | Faktör 2 (Kurum Yararı Sessizlik) | Madde 21 | 0,85 | 0,000 | 0,93 | 0,92 |
| | | Madde 22 | 0,91 | 0,000 | | 0,90 |
| | | Madde 23 | 0,86 | 0,000 | | 0,92 |
| | | Madde 24 | 0,91 | 0,000 | | 0,90 |
| | | Madde 25 | 0,88 | 0,000 | | 0,91 |
| | Faktör 3 (Kabullenici Sessizlik) | Madde 1 | 0,88 | 0,000 | 0,86 | 0,81 |
| | Madde 4 | 0,86 | 0,000 | | 0,84 | |
| | Madde 5 | 0,90 | 0,000 | | 0,76 | |
| Alt Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı | | | 0,80 | | | |
| Özgül çalışmadaki Çalışan Seslilik Davranışları Alt Ölçeği | Kabullenici Seslilik | Madde 6 | 0,77 | 0,000 | 0,91 | 0,91 |
| | | Madde 7 | 0,90 | 0,000 | | 0,88 |
| | | Madde 8 | 0,87 | 0,000 | | 0,89 |
| | | Madde 9 | 0,87 | 0,000 | | 0,89 |
| | | Madde 10 | 0,89 | 0,000 | | 0,88 |
| | Savunmacı Seslilik | Madde 16 | 0,74 | 0,000 | 0,88 | 0,89 |
| | | Madde 17 | 0,86 | 0,000 | | 0,85 |
| | | Madde 18 | 0,86 | 0,000 | | 0,85 |
| | | Madde 19 | 0,81 | 0,000 | | 0,86 |
| Madde 20 | | 0,86 | 0,000 | 0,85 | | |
| Kurum Yararı Seslilik | Madde 26 | 0,89 | 0,000 | 0,93 | 0,91 | |
| | Madde 27 | 0,89 | 0,000 | | 0,91 | |
| | Madde 28 | 0,84 | 0,000 | | 0,92 | |
| | Madde 29 | 0,90 | 0,000 | | 0,90 | |
| | Madde 30 | 0,90 | 0,000 | | 0,91 | |
| AFA sonrası Çalışan Seslilik Davranışları Alt Ölçeği | Faktör 1 (Kabullenici Seslilik) | Madde 6 | 0,77 | 0,000 | 0,93 | 0,92 |
| | | Madde 7 | 0,89 | 0,000 | | 0,91 |
| | | Madde 8 | 0,87 | 0,000 | | 0,91 |
| | | Madde 9 | 0,86 | 0,000 | | 0,91 |
| | | Madde 10 | 0,88 | 0,000 | | 0,91 |
| | | Madde 16 | 0,86 | 0,000 | | 0,91 |
| | Faktör 2 (Kurum Yararı Seslilik) | Madde 26 | 0,89 | 0,000 | 0,93 | 0,91 |
| | | Madde 27 | 0,89 | 0,000 | | 0,91 |
| | | Madde 28 | 0,84 | 0,000 | | 0,92 |
| Madde 29 | | 0,90 | 0,000 | 0,90 | | |
| Faktör 3 (Savunmacı Seslilik) | Madde 17 | 0,88 | 0,000 | 0,89 | 0,84 | |
| | Madde 18 | 0,91 | 0,000 | | 0,82 | |
| | Madde 19 | 0,85 | 0,000 | | 0,86 | |
| | Madde 20 | 0,82 | 0,000 | | 0,88 | |
| Alt Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı | | | 0,62 | | | |

TARTIŞMA

Geçerlik ve güvenilirlik, herhangi bir şeyin uygun ve sağlam olduğu hakkında bilgi verir. Uygunluk geçerlik kelimesini, sağlamlık ise güvenilirlik kelimesini karşılamaktadır. Araştırmalarda elde edilen verilerin geçerliği, ölçüm amacına uygun olmasına bağlıdır. Ölçüm aracı, ölçüm amacıyla ilgili olmayan maddeleri içermemeli ve söz konusu maddeler aynı zamanda ölçüm aracı konusunda yetersiz kalmamalıdır. Bu sebeple, bilimsel ölçüm ve araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlik kavramları birlikte kullanılmalıdır ([Şencan 2005](#)).

Çalışanların sessizlik ve sessizlik davranışlarının belirlenmesi amacıyla Dyne ve ark. (2003) tarafından geliştirilen Çalışan Sessizlik ve Sessizlik Davranışları Ölçeği, Türkçeye uyarlandı ([Dyne ve ark. 2003](#)). Araştırmada ölçek maddelerinin Türkçe çevirisi yapıldıktan sonra geçerlik sınavında dil, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği, güvenilirlik sınavında ise standart hata, toplanabilirlik analizi, Cronbach Alfa katsayısı, madde alt boyut toplam puan korelasyonu, gözlemciler arası tutarlılık, ölçek tepki yanlılığı yöntemleri kullanılarak ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirildi.

Ölçek önce Türkçeye sonra İngilizceye çevrildi ve çevirisi tamamlanan ölçeğin kapsam geçerliği için uzman görüşleri alındı. Uzman görüşü sonrası madde kapsam geçerlik indeksi düşük olan bir madde yeniden düzenlendi ve 30 madde için kapsam geçerlik indeksi 0,88 olarak bulundu. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksinin 0,80 ve üzerinde olması ölçeğin kapsam geçerliğinin olduğunu göstermekte olup ([Şencan 2005](#), [Esin 2014](#)), bu çalışmada ölçeğin kapsam geçerliğinin iyi düzeyde olduğu belirtilebilir.

Geçerlik bir ölçme aracının incelemeyi amaçladığı kuram, kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne derece kapsadığını ya da yansıttığını ([Erefe 2012](#)), “Neyi”, “Ne kadar”, “İsabetli/doğru” olarak ölçtüğünü gösterir ([Esin 2014](#)). Faktör analizi ise, çok sayıda değişkenin arka planında yatan temel yapıyı ortaya çıkarmak için kullanılır ([Şencan 2005](#)). Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), katılımcılardan toplanan verilerden elde edilen bulguların teorik yapıyla uyumlu olup olmadığını inceleyen bir yöntemdir ([Çapık 2014](#)). Ölçeğin yapı geçerliği sınavında ilk olarak Dyne ve ark. (2003) tarafından belirlenen teorik yapı ile uygunluğunu değerlendirmek amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizinde; sessizlik ile ilgili maddelerin sessizliğin zıttı olmaması ve ölçüm aracının bağımsız iki ayrı ölçek şeklinde olması sebebiyle DFA iki ayrı alt ölçek düşünülerek uygulandı. Verilerin model ile uyumunu değerlendirmek amacıyla χ^2/df , RMSEA, GFI, AGFI, CFI uyum iyiliği indeksleri değerlendirildi. Çalışmanın sonucunda, her iki alt ölçekte de CFI uyum iyiliği indeksi dışındaki uyum iyiliği indeksleri kabul edilebilir değerlerin altında bulundu. Bu sonuçlar verilerin modele iyi uyum göstermediğini işaret etmektedir. Modelin iyileştirilmesi için önerilen düzeltmeler uygulanmış olup, düzeltmeler sonucunda da uyum değerleri karşılanamadı. Alt ölçekler modele iyi uyum göstermese de sonuçlar alt ölçeklerin üç faktörlü yapılarını doğrulamış ve her alt boyuttaki maddelerin kendi faktörünü yeteri kadar temsil ettiğini göstermiştir. DFA sonuçları bütünsel olarak değerlendirildiğinde, uyum iyiliği indekslerinin karşılanmaması ve çok sayıda modifikasyonların olması sebebiyle her iki alt ölçeğin üç faktörlü modelinin kabul edilebilir olduğu söylenemez. Bu sonuç, ölçek maddelerinin otokorelasyonlarının yüksek olmasından etkilenmiş olabilir. Otokorelasyonların yüksek olması sebebiyle madde çıkartılarak yapılan DFA sonucunda uyum iyiliği indekslerinde düzelme olduğu belirlendi. Fakat ölçek uyarlama çalışmalarında madde çıkartılması uygun görülmediğinden, doğrulanmaya çalışılan model belirli bir örnekleme özgü olmadığından ([Çokluk ve ark. 2010](#)) ve özgün ölçek sahibinin izni olmadığından ölçekten madde çıkartılmadı.

Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarında ilk olarak doğrulayıcı faktör analizi yapılması önerilmektedir. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları mevcut ölçek alt boyut yapısına ilişkin modeli doğrulamıyorsa ya da uyum iyiliği indeksleri kabul edilebilir değerleri karşılamıyorsa açıklayıcı faktör analizinin yapılması önerilmektedir ([Çokluk ve ark. 2010](#)). Çalışmada, doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği indekslerinin kötü olması nedeniyle açıklayıcı faktör analizi yapıldı. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği ve Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği KMO değerlerinin 0,50'nin üzerinde olması ve Bartlett's testi sonuçlarının anlamlılık düzeyinin $p < 0,05$ olması veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda her iki alt ölçekte de üç alt faktör elde edildi. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeğinde iki madde, Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeğinde bir madde özgün ölçekten ayrı alt boyuta dağıldı. Bu ayrışmanın kültürel ve algısal farklılıklardan kaynaklandığı düşünüldü. Literatürde kavram karmaşası olmaması sebebiyle alt boyutların isimlendirilmesi gibi herhangi bir değişikliğe gidilmedi. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda faktörlerin açıkladığı toplam varyansın %40-60 arası olması yeterli bulunmaktadır ([Tavşancıl 2005](#)). Bu bağlamda, her iki alt ölçek sonuçlarının kabul edilebilir sınırların üzerinde olduğu söylenebilir.

Alt ölçeklerin güvenilirliklerini saptamaya yönelik yapılan toplanabilirlik analizi sonucunda, Tukey's Additivity testi sonucunda elde edilen toplanamazlık anlamlılık değerleri $p < 0,05$ olduğundan alt ölçeklerin toplanabilirlik özellikleri taşıdıkları ifade edilebilir.

Literatürde, Cronbach Alfa katsayısı $0,00 \leq \alpha \leq 0,40$ arasında ise ölçek güvenilir değildir; $0,40 \leq \alpha \leq 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirdir; $0,60 \leq \alpha \leq 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir; $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir ([Özdamar 2004](#)). Bu çalışmada, alt ölçeklerin ve alt boyutların iç tutarlılıklarının oldukça güvenilir olduğu söylenebilir. Özgün çalışmada yer alan her iki alt ölçekteki alt boyutların iç tutarlılık katsayıları 0,88-0,93 arasında, açıklayıcı faktör analizi sonrası elde edilen alt boyutların iç tutarlılık katsayıları 0,86-0,94 arasında değişmektedir. Özgün çalışmada yer alan alt boyutların iç tutarlılık katsayıları ile açıklayıcı faktör analizi sonrası elde edilen alt boyutların iç tutarlılık katsayıları benzerlik göstermektedir.

Ölçek maddelerinin güvenilirliği hakkında bilgi veren madde alt boyut ve toplam puan korelasyonlarının 0,30'un üzerinde olması gerekmektedir (Esin 2014). Bu çalışmada, alt boyutların güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu ve bütün maddenin bulunduğu alt boyutta aynı niteliği ölçtüğü söylenebilir.

Çalışmada güvenilirlik tekniklerinden olan gözlemciler arası tutarlılık analizi sonucunda, farklı sekiz kişi tarafından değerlendirilen iki öğretim elemanı gözlemciler arası tutarlılığı ölçen sınıf içi korelasyon değerleri 0,90 ve 0,88 olarak bulundu. Bu sonuç, gözlemciler arasında güçlü ve tama yakın bir uyum olduğunu göstermektedir.

Araştırmada, kişilerin ölçek maddelerine verdikleri tepkilerin eşit olup olmadığını değerlendiren Hotelling's T² testi sonucunda, alt ölçeklerin anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak bulundu. Bu sonuca göre, alt ölçeklerin tepki yanlılığının olmadığı belirlendi.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşire öğretim elemanları örnekleminde yapılan "Çalışan Sessizlik ve Sessizlik Davranışları Ölçeği"nin Türkçe ölçek uyarlama çalışması sonucunda, ÇSSDÖ iki alt ölçeğe ayrıldı. Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği (EK 1) ve Çalışan Sessizlik Davranışları Alt Ölçeği (EK 2) Türkçe formlarının yeterli geçerlik ve güvenilirlik düzeyine sahip oldukları belirlendi. Alt ölçeklerin çalışanların sessizlik ve sessizlik davranışlarının belirlenmesine yönelik yapılacak çalışmalarda kullanılması önerilebilir. Aynı zamanda ölçekler birbirinden bağımsız şekilde kullanılabilir. Ayrıca, çalışmada doğrulanamayan teorik yapının farklı çalışmalarda doğrulanabileceği düşünüldüğünden alt ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliklerinin farklı örneklemlerde test edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatiksel Analiz Teknikleri. Ankara: Yükseköğretim Kurulu Matbaası; 1997.
- Akın U, Ulusoy T. The Relationship Between Organizational Silence and Burnout Among Academicians: A Research on Universities In Turkey. *International Journal of Higher Education* 2016; 5(2): 46-58.
- Algın İ, Başkan GA. Üniversitelerde Örgütsel Sessizliğin Olası Sonuçları. *Yükseköğretim Dergisi* 2015; 5(2): 81-90.
- Bayın G, Yeşilaydın G, Esatoğlu AE. Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Nedenlerinin Belirlenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi* 2015; 7(1): 248-66.
- Çapık C. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 17 (3): 196-205.
- Çaylak E, Altuntaş S. Organizational Silence Among Nurses: The Impact on Organizational Cynicism and Intention to Leave Work. *The Journal of Nursing Research* 2017; 25(2): 90-8.
- Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. 5. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2010.
- Demir M, Demir ŞŞ. Yükseköğretim Kurumlarında Örgütsel Sessizlik: Turizm Lisans Eğitimi Kurumları Örneği. *Milli Eğitim Dergisi* 2012; 42(193): 184-99.
- Dyne LV, Ang S, Botero IC. Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs. *Journal of Management Studies* 2003; 40(6): 1359-92.
- Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Erefe İ, Editör. Hemşirelikte Araştırma: İlke Süreç ve Yöntemleri. 4. Baskı. Ankara: Odak Ofset Matbaacılık; 2012. 169-188.
- Esin MN. Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Editörler. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. 193-233.
- Morrison EW, Milliken FJ. Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World. *Academy of Management Review* 2000; 25(4): 706-25.

- Mowbray PK, Wilkinson A, Tse H. Evolution, Separation and Convergence of Employee Voice Concept. In: Dundon T, Wilkinson A. Editors. Employee Voice at Work. Singapore: Springer; 2019. 3-21.
- Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2004.
- Polat Ş, Kutlu L, Ay F ve ark. Bir Üniversite Hastanesindeki Hemşirelerde İş-Aile Çatışması ile Örgütsel Sessizlik ve Sosyal Destek Algısı Arasındaki İlişkiler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2018; 9(3): 195-204.
- Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
- Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İleri Veri Analizi. Ankara: Nobel Basımevi; 2005.
- Türkiye İstatistik Kurumu. <http://tuik.gov.tr>. Er T: 23.01.2019.
- Ürek D, Bilgin Demir İ, Uğurluoğlu Ö. Örgütsel Sessizliğin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2015; 17(3): 122-41.
- Yaman E, Ruçlar K. Örgüt Kültürünün Yordayıcısı Olarak Üniversitelerde Örgütsel Sessizlik. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 2014; 4(1): 36-50.
- Yeşilaydın G, Bayın G, Esatoğlu AE ve ark. Örgütsel Sessizliğin Nedenleri: Kamu Hastaneleri Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2016; 18 (31): 14-22.
- Yetim B, Eriğüç G. Sağlık Çalışanlarında Sessizlik ile İlgili Yapılan Çalışmalara Yönelik Bir İnceleme. *İş ve İnsan Dergisi* 2018; 5(1): 19-32.
- Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi. <https://istatistik.yok.gov.tr>. Er T: 23.01.2019.

EK 1. ÇALIŞAN SESSİZLİK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen bu çalışanın zaman içinde ve durumlar karşısında karakteristik davranışını aşağıdaki öğelere yanıt vererek açıklayınız.

| Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|

| Savunmacı Sessizlik | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 1. | Bu çalışan, boyun eğdiğinden dolayı fikirlerini pasif bir şekilde saklı tutar. | | | | |
| 2. | Bu çalışan, pasif bir şekilde problemlerin çözümleri hakkındaki düşüncelerini kendine saklar. | | | | |
| 3. | Bu çalışan, korkudan dolayı değişim ile ilgili fikirlerini söylemez ve önermez. | | | | |
| 4. | Bu çalışan, korktuğu için konu ile ilgili bilgileri saklar. | | | | |
| 5. | Bu çalışan, kendini korumak için ilgili gerçekleri görmezden gelir. | | | | |
| 6. | Bu çalışan, kendini korumak için gelişmeler hakkındaki fikirlerini ifade etmekten kaçınır. | | | | |
| 7. | Bu çalışan, sorunlara yönelik çözümlerini saklar. Çünkü korkuyla güdülenir. | | | | |
| Kurum Yararı (Prosoyial) Sessizlik | | | | | |
| 8. | Bu çalışan, iş birliği temelinde gizli bilgileri saklar. | | | | |
| 9. | Bu çalışan, kuruma yarar sağlamak için özel bilgileri korur. | | | | |
| 10. | Bu çalışan, kurum sırlarını açıklamada diğerlerinin baskılarına karşı direnir. | | | | |
| 11. | Bu çalışan, kuruma zarar verecek bilgileri açığa çıkarmayı reddeder. | | | | |
| 12. | Bu çalışan, kurum için endişelendiğinden gizli kurumsal bilgileri uygun şekilde korur. | | | | |
| Kabullenici Sessizlik | | | | | |
| 13. | Bu çalışan, dışlandığı için değişim önerileri hakkında konuşmakta isteksizdir. | | | | |
| 14. | Bu çalışan, bir fark yaratmada öz yeterliliği düşük olduğu için kendini geliştirmek konusunda fikirlerini saklar. | | | | |
| 15. | Bu çalışan, dışlandığından dolayı çalıştığı yerde işini nasıl geliştireceği hakkındaki fikirlerini saklı tutar. | | | | |

EK 2. ÇALIŞAN SESLİLİK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen bu çalışanın zaman içinde ve durumlar karşısında karakteristik davranışını aşağıdaki öğelere yanıt vererek açıklayınız.

| Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|

| Kabullenici Seslilik | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. | Bu çalışan, diğerlerinin fikirlerini pasif olarak destekler. Çünkü dışlanmıştı. | | | | |
| 2. | Bu çalışan, pasif olarak aynı fikirde olduğunu ifade eder ve nadiren yeni bir fikir önerir. | | | | |
| 3. | Bu çalışan, boyun eğdiği için gruba katılır ve grupla birlikte hareket eder. | | | | |
| 4. | Bu çalışan, öneriler sunmada öz yeterliliği düşük olduğundan dolayı sadece gruba katıldığını ifade eder. | | | | |
| 5. | Bu çalışan, pasif bir şekilde sorunların çözümleri hakkında diğerlerine katılır. | | | | |
| 6. | Bu çalışan, korkudan dolayı gruba katılma dışında fazla bir şey ifade etmez. | | | | |
| Kurum Yararı (Prosoyial) Seslilik | | | | | |
| 7. | Bu çalışan, kuruma yarar sağlamanın iş birliği güdüsü ile sorunlara çözümler önerir. | | | | |
| 8. | Bu çalışan, kurumu etkileyen konulara ilişkin önerilerde bulunur ve öneriler geliştirir. | | | | |
| 9. | Bu çalışan, başkaları aynı fikirde olmasa bile iş hakkındaki görüşlerini iletir. | | | | |
| 10. | Bu çalışan, kurum yararına olabilecek yeni projeler için fikirlerini ifade eder. | | | | |
| 11. | Bu çalışan, kurum için yapıcı endişeye dayalı değişim için fikirler önerir. | | | | |
| Savunmacı Seslilik | | | | | |
| 12. | Bu çalışan, korktuğu için dikkati başkalarına kaydıran fikirleri belirtir. | | | | |
| 13. | Bu çalışan, kendini korumak için tartışmayı başkalarına odaklayan açıklamalar sağlar. | | | | |
| 14. | Bu çalışan, kendini korumaya dayalı olarak grup için destek iletişimi kurar ve sürdürür. | | | | |
| 15. | Bu çalışan, genellikle grupla fikir birliğinde olduğunu ifade eder. Çünkü korkuyla güdülenir. | | | | |

Hacer GÖK UĞUR¹
Orcid : 0000-0002-0371-0556

Aslıhan ÇATIKER¹
Orcid : 0000-0001-8102-6795

¹Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Ordu

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Hacer GÖK UĞUR
hacer32@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Evde bakım, bakım verici, bakım stresi.

Key Words:

Home care, caregiver, caregiver stress.

Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Determination of Stress Levels in Caregivers of Home Health Care Patients and the Factors Influencing These Levels

Alınış (Received): 11.04.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 21.10.2019

ÖZ

Amaç: Bu çalışma evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı olarak 1-30 Ekim 2017 tarihleri arasında bir Eğitim-Araştırma Hastanesi'nin evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastaların bakım vericileri üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini il merkezinde yaşayan 410 hasta bakım vericisi, örneklemi ise araştırma kriterlerine uyan 223 hasta bakım vericisi oluşturmuştur. Araştırmaya başlamadan önce kurum izni, etik kurul onayı ve bakım vericilerden sözel onam alınmıştır. Araştırmanın verileri ev ziyareti yapılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında "Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu", "Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi" ve "Bakım Veren Stres Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler SPSS 20.0 istatistik paket programında tanımlayıcı istatistikler, korelasyon testi, t testi ve varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki bakım vericilerin yaş ortalaması 53.76±13.99 olup, %86.1'inin kadın, %84.8'inin evli, %48.9'unun ilköğretim mezunu ve %29.1'inin hastanın gelini olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin stres ölçeği puan ortalamalarının 5.12±3.35 ile orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Bakım vericilerin kronik hastalığı olma durumu ile bakım stresi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Hastaların cinsiyeti ve günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puan ortalamaları ile bakım vericilerin bakım stresi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

Sonuç: Bu çalışmada evde bakım veren bakım vericilerin bakım stresinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte kronik hastalığı olan bakım vericilerin bakım stresinin yüksek olduğu ve erkek hastaların ve yatağa bağımlılığı yüksek olan hastaların bakım vericilerinin bakım stresinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda; evde bakım veren bakım vericilerin bakım stresini etkileyen faktörlere yönelik destek verilmesi hem hastaların hem de bakım vericilerin yaşam kalitesi açısından önemlidir.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to find out the stress levels in caregivers of home health care patients and the factors influencing these levels.

Methods: This descriptive study was conducted on the caregivers of patients recorded to home health care services of a research and training hospital between 1 and 30 October 2017. The universe of the study consisted of 410 caregivers living in the city Centre, while the sample consisted of 223 caregivers who met the research criteria. Before starting the study, permission was taken from the institution, approval was taken from the ethical board and verbal consent was taken from the caregivers. The data of the study were obtained with face to face interviews during home visits. "Patient and Caregiver Information Form", "Katz Index of Independence in Activities of Daily Living" and "Caregiver Stress Scale" were used in data collection. The data were assessed with SPSS 20.0 statistical program by using descriptive statistics, correlation test, t test and variance analysis.

Results: It was found that average age of the caregivers within the scope of the study was 53.76±13.99, 86.1% were female, 84.8% were married, 48.9% were primary school graduates and 29.1% were the patient's daughter-in-law. Caregivers' stress scale average score was found to be in moderate levels with an average of 5.12±3.35. Statistically significant association was found between caregivers' state of having chronic disease and their caregiver stress scale average scores (p<0.05). Statistically significant association was found between patients' genders and their daily living activities scale average scores and caregivers' stress scale average scores (p<0.05).

Conclusion: In this study, caregivers providing home care were found to have moderate level of caregiver stress. However, it was also found that caregivers with a chronic disease had high caregiver stress and caregivers of male patients and patients confined to bed were found to have higher caregiver stress. In parallel with these results, giving support for the factors influencing caregiver stress of caregivers providing home care is important in terms of the life quality of both patients and caregivers.

Kaynak Gösterimi: Gök Uğur, H. ve Çatiker, A. (2019). Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, EGE HFD., 35 (3):115-122

How to cite: Gök Uğur, H. and Çatiker, A. (2019). Determination of Stress Levels in Caregivers of Home Health Care Patients and the Factors Influencing These Levels, EGE HFD., 35 (3):115-122

GİRİŞ

Evde bakım; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin birey ve aileye yaşadığı ortamda sunulmasıdır (Sayan 2004). Evde bakım sürecinde hastayla birlikte bakım vericilerde hastalık sürecine katılmaktadırlar. Bakım vericiler ev ortamında hastalara fiziksel, emosyonel ve maddi destek vermektedirler. Bu destekler bakım vericilerde kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, sosyal destek alma ve kendine saygı duyma gibi olumlu özellikleri sağlamanın yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açmaktadır (Toseland ve ark. 2001). Bakım vericilerin bakıma bağlı olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda sorun yaşadığı belirtilmektedir (Yıldız ve ark. 2016). Bakım sırasında yaşanan bedensel ve ruhsal gerilime bağlı olarak bakım vericiler fiziksel, biyokimyasal ya da duygusal sorunlar nedeniyle bakım stresi yaşamaktadırlar (Ekwall ve Hallberg 2007). Bakım vericilerin özellikle beklenmedik bir şekilde meydana gelen olaylar, önemli şeyleri kontrol edememe ve bir şeylerin yolunda gitmemesi gibi nedenlerle bakım stresi yaşadığı belirtilmektedir (Rafiq ve Sadiq 2019).

Bakım vericilerin primer ve sekonder olmak üzere iki şekilde stres yaşadığı, primer stresin hasta bireyin fiziksel bakımının sağlanmasında yaşanan sorunlardan, sekonder stresin ise hasta bireyin bakımını sağlama dışında strese neden olan ekonomik yetersizlikler, aile üyeleriyle çatışma, iş kaybı ve sosyal aktivitelerde azalma gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Parks ve Novielli 2000). Yaşanılan bu stresörler bakım vericide gerginliğe, sıkıntıya neden olmakta, bireyin dolayısıyla ailenin yaşam kalitesini etkilemektedir (Khan et al. 2007, Rafiq ve Sadiq 2019). Bununla birlikte bakım vericilerin yaşadığı anksiyete, depresyon, uyku düzensizliği, diyabet, ülser, fiziksel zayıflık, anemi, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, bağışıklık sisteminde zayıflık, kilo kaybı ve baş ağrısı gibi sorunların bakım stresini etkilediği belirtilmektedir (Cora ve ark. 2012). Günümüzde evde bakım ihtiyacının artmasıyla birlikte bakım vericilerde bakım stresinin giderek arttığı ve bakım vericilerin sağlık profesyonelleri tarafından özel olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Torti ve ark. 2004, Partlak Günüşen 2017). Bu kapsamda özellikle evde bakım veren bakım vericilerin hemşireler tarafından ele alınarak değerlendirilmesi ve desteklenmesi hem bakım vericilerin hem de hastaların yaşam kalitesi açısından önemlidir (Almborg ve ark. 2009, Aksu ve Fadiloğlu 2013). Bu çalışma evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyi nasıldır?
2. Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri bakım stresini etkiler mi?
3. Hastaların sosyo-demografik özellikleri bakım vericilerin bakım stresini etkiler mi?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı olarak 1-30 Ekim 2017 tarihleri arasında bir eğitim-araştırma hastanesinin evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastaların bakım vericileri üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 410 hasta bakım vericisi oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmamış olup, evrenin tümü araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma kriterlerine uyan 223 bakım verici ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastası olan,
- Hastasının yaşı 65 ve üstü olan,
- İl merkezinde yaşayan,
- Hasta bakımından primer sorumlu olan,
- İletişim ve işbirliğine açık olan ve
- Çalışmaya gönüllü katılmak isteyen bakım vericiler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmada dışlanma kriterleri;

- Dil engeli olan yabancı bakım vericiler,
- Çalışmanın uygulandığı dönemde adreste bulunamayanlar ve
- Çalışmanın uygulandığı dönemde hastası vefat etmiş olan bakım vericiler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırmada farklı yaş grubundaki hastaların bakım vericilerinde bakım stresinin farklılık gösterebileceği düşünüldüğü için hastasının yaşı 65 ve üstü olan bakım vericiler çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmanın uygulandığı dönemde evde bulunamayan (11), hastası 65 yaş altı olan (87), hastası vefat eden (30), adres değişikliği yapan (15), dil engeli olan (18), il merkezinde yaşamayan (14) ve araştırmaya katılmayı istemeyen (12) toplam 187 bakım verici araştırmaya alınmamıştır. Araştırmaya başlamadan önce Ordu İli Kamu Hastaneler Birliğinden yazılı izin, Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Onay (26.10.2017/128) ve araştırmaya katılan bakım vericilerden sözel onam alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu”, “Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi” ve “Bakım Veren Stres Ölçeği” ile toplanmıştır.

Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu

Bu form literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur ([Desbiens ve ark. 2001](#), [Tuna Malak ve Dicle 2008](#), [Ansari & Qureshi 2013](#), [Darlami ve ark. 2015](#), [Öztürk Kaynar ve Vural 2018](#)). Formun birinci bölümünde; bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, aile tipi, ailedeki kişi sayısı, yakınlık derecesi, bakım süresi, bakımda destek alma ve destek olan kişiler) 13 soru yer almıştır. İkinci bölümünde; bakım vericilerin kronik hastalık durumlarını belirleyen (kronik hastalık varlığı ve kronik hastalık türü) 2 soru yer almıştır. Üçüncü bölümde ise, hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirleyen (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve hastalık türü) 6 soru yer almıştır. Form toplam 21 sorudan oluşmuştur.

Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi

Katz (1983) tarafından geliştirilen ve Türkçe’ye Arık ve arkadaşları (2015) tarafından uyarlanan ölçek yıkanma, giyinme, tuvalete gitme, yer değiştirme, mesane ve barsak kontrolü, beslenme alt başlıklarını içeren bir ölçektir. Her bir aktivite için bağımsızsa “1” ya da bağımlı ise “0” puan verilir. Alınan en yüksek puan “6” bağımlılık durumunun olmadığını, “4” orta düzeyde yetersizlik olduğunu, “2” puan ve altı ise güçlü bir bağımlılık düzeyi olduğunu ifade etmektedir.

Bakım Veren Stres Ölçeği

Ölçek bakım vericilerin subjektif bakım yükünü ölçmek ve bakım konusunda kaygıları olan aileleri hızla saptamak için Robinson (1983) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması Uğur tarafından yapılmıştır ([Uğur 2006](#)). Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur. Ölçek 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması 0-1 arasındadır. Puanlamada 7’nin üstü subjektif olarak bakım yükünü göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfası 0.816 bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından ev ziyareti yapılarak, bakım vericilerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yaklaşık 30 dakikada toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını belirlemek için Kolmogorow-Smirnov testi yapılmıştır. Veriler normal dağılım gösterdiği için parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analizinde hasta ve bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için tanımlayıcı istatistikler, hastaların ve bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ile Bakım Stresi Ölçeğini karşılaştırmada t testi, varyans analizi ve korelasyon testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmada bakım vericilerin yaş ortalaması 53.76±13.99 (Min:22;Max:98) olup, %86.1’inin kadın, %84.8’inin evli, %48.9’unun ilköğretim mezunu, %90.1’inin çalışmadığı, %68.2’sinin gelir düzeyinin orta olduğu, %62.3’ünün çekirdek aile yapısında olduğu, %29.1’inin hastanın gelini olduğu, ortalama 7.99±8.07 (Min:1;Max:40) yıldır hastaya bakım verdikleri, %68.6’sının bakımda destek aldığı ve bakımda destek alanların %81.8’inin aile üyeleri tarafından desteklendiği belirlenmiştir. Bakım vericilerin %44.8’inin kronik hastalığının olduğu ve %31.4’ünün hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin Bakım Veren Stres Ölçeği puan ortalaması 5.12±3.35 (Min:0; Max:13) bulunmuştur (Tablo 1).

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 80.13±9.96 (Min:65;Max:99) olup, %69.1’inin kadın, %45.3’ünün evli, %51.1’inin okur-yazar olmadığı, %89.7’sinin sosyal güvencesinin olduğu, %78’inin kronik hastalığının olduğu, %55.6’sının hipertansiyon hastası olduğu ve yatağa bağımlılık puan ortalamalarının 2.01±2.18 (Min:0;Max:6) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri ile bakım verenlerin stres ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerinin istatistiksel olarak stres düzeyini etkilemediği ($p>0.05$) bununla birlikte bakım vericilerin kronik hastalık varlığının stres düzeyini etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). Kronik hastalığı olan bakım vericilerin stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile bakım vericilerin stres ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların yaşının, medeni durumunun, eğitim durumunun ve sosyal güvence varlığının istatistiksel olarak bakım vericilerin stres düzeyini etkilemediği

($p>0.05$), hastaların cinsiyeti ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin bakım vericilerin stres düzeyini etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek olan hastaların ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaların bakım vericilerinin stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 1. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

| Tanıtıcı Özellikler | | n | % |
|-----------------------------|--|------------------------------|------|
| Yaş | | 53.76±13.99 (Min:22; Max:98) | |
| Cinsiyet | Kadın | 192 | 86.1 |
| | Erkek | 31 | 13.9 |
| Medeni durum | Evli | 189 | 84.8 |
| | Bekâr | 15 | 6.7 |
| | Dul/Boşanmış | 19 | 8.5 |
| Eğitim durumu | Okur-yazar değil | 21 | 9.4 |
| | Okur-yazar | 21 | 9.4 |
| | İlkokul | 109 | 48.9 |
| | Ortaokul | 21 | 9.4 |
| | Lise | 39 | 17.5 |
| | Üniversite | 12 | 5.4 |
| Çalışma durumu | Çalışıyor | 22 | 9.9 |
| | Çalışmıyor | 201 | 90.1 |
| Sosyal güvence | Yok | 27 | 12.1 |
| | Var | 196 | 87.9 |
| Gelir düzeyi | İyi | 39 | 17.5 |
| | Orta | 152 | 68.2 |
| | Kötü | 32 | 14.3 |
| Aile tipi | Geniş aile | 84 | 37.7 |
| | Çekirdek aile | 139 | 62.3 |
| Ailedeki kişi sayısı | | 3.57±1.52 (Min:1;Max:10) | |
| Yakınlık derecesi | Eşi | 47 | 21.1 |
| | Kızı | 53 | 23.8 |
| | Oğlu | 21 | 9.4 |
| | Gelini | 65 | 29.1 |
| | Kardeşi | 5 | 2.2 |
| | Bakıcısı | 20 | 9.0 |
| | Diğer | 12 | 5.4 |
| Bakım süresi yıl ortalaması | | 7.99±8.07 (Min:1; Max:40) | |
| Bakımda destek alma | Evet | 153 | 68.6 |
| | Hayır | 70 | 31.4 |
| Bakımda destek olanlar | Aile üyeleri | 125 | 81.8 |
| | Akrabalar | 12 | 7.8 |
| | Bakıcı | 8 | 5.2 |
| | Diğer | 8 | 5.2 |
| Kronik Hastalık Varlığı | Evet | 100 | 44.8 |
| | Hayır | 123 | 55.2 |
| Kronik Hastalık Türü | Diyabet | 22 | 9.9 |
| | HT | 70 | 31.4 |
| | Kalp hastalığı | 13 | 5.8 |
| | KOAH/Astım | 8 | 3.6 |
| | Mide barsak hastalığı | 12 | 5.4 |
| | Romatizmal hastalık | 16 | 7.2 |
| | Ruhsal hastalık | 22 | 9.9 |
| | Bel fıtığı | 7 | 3.1 |
| | Guatr | 11 | 4.9 |
| | Diğer (Karaciğer. Safra kesesi. Böbrek hast. Kanser) | 12 | 5.4 |
| Bakım Veren Stres Ölçeği | | 5.12±3.35 (Min:0; Max:13) | |

Tablo 2.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

| Tanıtıcı Özellikler | | N | % |
|---|--|----------------------------|------|
| Yaş | | 80.13±9.96 (Min:65:Max:99) | |
| Cinsiyet | Kadın | 154 | 69.1 |
| | Erkek | 69 | 30.9 |
| Medeni durum | Evli | 101 | 45.3 |
| | Bekâr | 15 | 6.7 |
| | Dul/Boşanmış | 107 | 48.0 |
| Eğitim durumu | Okur-yazar değil | 114 | 51.1 |
| | Okur-yazar | 27 | 12.1 |
| | İlkokul | 59 | 26.5 |
| | Ortaokul | 8 | 3.6 |
| | Lise | 9 | 4.0 |
| | Üniversite | 6 | 2.7 |
| Sosyal güvence | Yok | 23 | 10.3 |
| | Var | 200 | 89.7 |
| Hastalık türü | Diyabet | 49 | 22.0 |
| | Hipertansiyon | 124 | 55.6 |
| | Kalp hastalığı | 58 | 26.0 |
| | KOAH/Astım | 47 | 21.1 |
| | Böbrek hastalığı | 7 | 3.1 |
| | Kanser | 11 | 4.9 |
| | Eklemler Hastalıkları (Romatoid artrit, osteoartrit vb.) | 19 | 8.5 |
| | İnme | 66 | 29.6 |
| | Alzheimer/Demens | 82 | 35.9 |
| | Diğer (MS, Osteoporoz, Parkinson vb.) | 9 | 4.0 |
| Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi | | 2.01±2.18 (Min:0; Max:6) | |

Tablo 3. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri İle Bakım Veren Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Bakım verici tanıtıcı özellikler | | X±SS | Test | P değeri |
|----------------------------------|------------------|-----------------------------|----------|----------|
| Yaş | | 53.76±13.99 (Min:22;Max:98) | r=0.021 | 0.758 |
| Cinsiyet | Kız | 5.17±3.47 | t=0.505 | 0.614 |
| | Erkek | 4.84±2.46 | | |
| Medeni durum | Evli | 5.23±3.36 | F=2.162 | 0.118 |
| | Bekâr | 3.40±2.53 | | |
| | Dul/Boşanmış | 5.37±3.55 | | |
| Eğitim durumu | Okur-yazar değil | 6.29±3.44 | F=1.972 | 0.084 |
| | Okur-yazar | 3.86±2.59 | | |
| | İlkokul | 5.29±3.38 | | |
| | Ortaokul | 4.14±3.10 | | |
| | Lise | 5.56±3.49 | | |
| | Üniversite | 4.00±3.33 | | |
| Çalışma durumu | Çalışıyor | 4.05±2.98 | t=-1.593 | 0.113 |
| | Çalışmıyor | 5.24±3.37 | | |
| Sosyal güvence | Yok | 4.70±3.28 | t=-0.690 | 0.491 |
| | Var | 5.18±3.36 | | |
| Gelir düzeyi | İyi | 5.05±3.26 | F=1.162 | 0.315 |
| | Orta | 5.05±3.26 | | |
| | Kötü | 5.91±3.45 | | |
| Aile tipi | Geniş aile | 5.23±3.22 | t=0.364 | 0.716 |
| | Çekirdek aile | 5.06±3.43 | | |
| Ailedeki kişi sayısı | | 3.57±1.52(Min:1;Max:10) | r=-0.078 | 0.247 |
| Yakınlık derecesi | Eşi | 5.19±2.89 | F=1.786 | 0.103 |
| | Kızı | 5.36±3.78 | | |
| | Oğlu | 4.76±2.77 | | |
| | Gelini | 5.45±3.44 | | |
| | Kardeşi | 4.60±3.85 | | |
| | Bakıcısı | 3.05±2.54 | | |
| | Diğer | 6.33±3.65 | | |
| Bakım süresi yıl ortalaması | | 7.99±8.07 (Min:1;Max:40) | r=0.047 | 0.482 |
| Bakımda destek alma | Evet | 5.18±3.32 | t=0.408 | 0.684 |
| | Hayır | 4.99±3.42 | | |
| Kronik hastalık varlığı | Evet | 5.79±3.34 | t=2.729 | 0.007 |
| | Hayır | 4.58±3.27 | | |

Tablo 4.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Bakım Veren Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Tanıtıcı Özellikler | | X±SS | Test | P değeri |
|---|------------------|--------------------------------|----------|----------|
| Yaş | | 80.13±9.96 (Min:65; Max:99) | r=0.073 | 0.280 |
| Cinsiyet | Kadın | 4.72±3.32 | t=-2.705 | 0.007 |
| | Erkek | 6.01±3.26 | | |
| Medeni durum | Evli | 5.24±3.39 | F=1.050 | 0.352 |
| | Bekâr | 6.13±3.74 | | |
| | Dul/Boşanmış | 4.87±3.25 | | |
| Eğitim durumu | Okur-yazar değil | 5.11±3.44 | F=0.748 | 0.588 |
| | Okur-yazar | 4.33±3.15 | | |
| | İlkokul | 5.15±3.10 | | |
| | Ortaokul | 5.63±3.38 | | |
| | Lise | 6.67±2.69 | | |
| | Üniversite | 5.67±5.57 | | |
| Sosyal güvence | Yok | 5.13±3.53 | t=0.014 | 0.989 |
| | Var | 5.12±3.33 | | |
| Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi | | 2.01±2.18 (Min:0; Max:6) | r=-0.249 | 0.000 |

TARTIŞMA

Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde tartışılmıştır. Araştırmada bakım verenlerin stres ölçeği puan ortalamalarının 5.12±3.35 ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatürü incelediğimizde; Öztürk Kaynar ve Vural (2018) kolorektal kanserli hastaların bakım vericilerinde bakım stresinin düşük olduğunu, Desbiens ve arkadaşları (2001) yaşlı hastaların bakım vericilerinde ve Karaaslan (2013) kanserli hasta bakım vericilerinde bakım stresinin orta düzeyde olduğunu belirlemiştir. Diğer taraftan Yıldız ve arkadaşları (2016) kanserli hasta bakım vericilerinde, Lu ve Wykle (2007) demanslı hasta bakım vericilerinde ve Khan ve arkadaşları (2007) MS'li hasta bakım vericilerinde bakım stresinin yüksek olduğunu bulmuştur. Bizim çalışmamızda bakım stresinin orta düzeyde çıkmasında; çalışmanın evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olan hastaların bakım vericileri üzerinde yapılmış olmasının, bakım verilen hasta gruplarının farklı tanılarda olmasının ve hastaların ev ortamında olması nedeniyle sağlık durumlarının genel olarak stabil olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri bakım stresini etkilememiştir. Bununla birlikte literatürü incelediğimizde; Adelman ve arkadaşları (2014) cinsiyetin, eğitim düzeyinin, bakım alanla oturmanın, bakım süresinin ve gelir düzeyinin, Tuna Malak ve Dicle (2008) beyin tümörlü hastaların bakım vericilerinde çalışma durumunun, bakımda yardım almanın, hasta bakımında deneyimli olmanın ve güçsüzlük/çaresizlik hissetme durumlarının, Desbiens ve arkadaşları (2001) yaşlı hastaların bakım vericilerinde cinsiyetin ve bakım süresinin, Ansari ve Qureshi (2013) kanserli hasta bakım vericilerinde aile yapısının, Öztürk Kaynar ve Vural (2018) kolorektal kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşın, eğitimin, yakınlık durumunun, gelirin, bakım verilen gün sayısının ve yardım alma durumunun, Darlami ve arkadaşları (2015) psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde etnik yapı, eğitim durumu ve medeni durumun, Khan ve arkadaşları (2007) MS'li hasta bakım vericilerinde yaşın, Judd (2008) gelir düzeyinin ve Feldman ve arkadaşları (2002) ileri yaşta olan, çalışan ve sosyal desteği az olan bakım vericilerin bakımda daha çok zorlandığını belirtmiştir. Araştırmada bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin bakım stresini etkilememesinde; çalışmanın evde sağlık hizmetlerine kayıtlı farklı hastalık tanısına sahip hastaların bakım vericileri üzerinde yapılmış olmasının ve kültürümüzde bakım vericilerin hastasına bakım vermeyi bir zorunluluk olarak algılamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmada bakım vericilerin diyabet, HT, kalp hastalığı, KOAH/astım, mide barsak hastalığı, romatizmal hastalık, ruhsal hastalık, bel fıtığı, guatr ve diğer (karaciğer, safra kesesi, böbrek hastalığı, kanser) sağlık sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte araştırmada bakım vericilerin kronik hastalık varlığının bakım stresini etkilediği ve kronik hastalığı olan bakım vericilerin bakım stresinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Cora ve arkadaşları (2012) bakım vericilerin fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarının, Darlami ve arkadaşları (2015) bakım vericilerin hastalık durumlarının ve hastalık türlerinin, Desbiens ve arkadaşları (2001) ve Langman (2016) bakım vericilerin sağlık sorunlarının, Lu ve Wykle (2007) bakım vericilerin fiziksel sağlık sorunlarının özellikle depresyon yaşama durumlarının bakım stresini etkilediğini belirtmiştir. Bununla birlikte Koraltan (2017) evde bakım hastalarının bakım vericilerinin %57'sinin sağlık sorunu yaşadığını ve yaşanan sorunların kas iskelet sistemi rahatsızlığı, diyabet, kalp-damar ve diğer sağlık sorunları olduğunu ve Yıldız ve arkadaşları (2016) bakım vericilerin yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, ishal, kabızlık, idrar yapmada değişiklik, dikkat eksikliği, kişisel bakımı ihmal etme gibi fiziksel ve sürekli gülme ya da ağlama isteği, aşırı konuşma, hiç konuşmama, sıkıntı, güçsüzlük, korku, ümitsizlik, kişisel bakımı ihmal etme gibi psikolojik sorunlar yaşadıklarını ve yaşanan bu sorunların bakım stresini etkilediğini tespit etmiştir. Araştırmamızda bakım vericilerin kronik hastalık varlığının

bakım stresini etkilemesi sonucu literatürle uyumlu olup, araştırma grubumuzdaki bakım vericilerin yaş ortalamasının 53.76 ± 13.99 olması, yaşla birlikte bazı sağlık sorunlarının artması ve bakım vericilerin %44.8’inde kronik bir hastalığın olması nedeniyle bakım stresinin etkilendiği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ve sosyal güvence varlığının bakım stresini etkilemediği, hastaların cinsiyeti ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin bakım stresini etkilediği belirlenmiştir. Erkek olan ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi fazla olan hastaların bakım vericilerindeki stres düzeyi yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Mioshi ve arkadaşları (2009) demanslı hasta bakım vericilerinde hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin bakım stresini etkilediğini belirtmiştir. Öztürk Kaynar ve Vural (2018) kolorektal kanserli hastaların yaşının, Ateş ve Bilgili (2013) omurilik yaralı hastaların bağımlılık durumu ve günlük bakım verme süresinin, Khan ve arkadaşları (2007) MS’li hastaların yaşının ve Schulz ve Sherwood (2008) bakım süresinin ve hastanın fonksiyonel ve bilişsel yeterlilik düzeyinin bakım vericilerin stres düzeyini etkilediğini bulmuştur. Diğer taraftan Desbiens ve arkadaşları (2001) ise, yaşlı hastaların bakım vericilerinde bakım stresini hastaların depresyon varlığının ve işitme problemlerinin etkilediğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların cinsiyetinin bakım stresini etkilemesinde, bakım vericilerin %86.1’inin kadın olmasının bununla birlikte hastaların sadece %21.1’inin eşi tarafından bakılmasının ve hastaların %52.9’unun gelini ve kızı tarafından bakılıyor olması nedeniyle karşı cins bakım vermenin bakım stresi oluşturduğu düşünülmektedir. Ayrıca araştırmamızda hastaların bağımlılık düzeyi arttıkça bakım gereksinimlerinin artmasına bağlı olarak bakım vericilerin bakım stresi artmış olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada evde bakım hastalarının bakım vericilerinde bakım stresinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin bakım stresini etkilemediği bununla birlikte bakım vericilerin kronik hastalık varlığının bakım stresini etkilediği ve kronik hastalığı olan bakım vericilerin bakım stresinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların cinsiyetinin ve bağımlılık düzeyinin bakım vericilerde bakım stresini etkilediği ve erkek hastaların ve bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaların bakım vericilerinin bakım stresinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; evde hasta bakımıyla ilgilenen bakım vericilerin kendi sağlık sorunlarına yönelik ve bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaların bakımına yönelik desteklenmesi ve erkek olan hastaların hemcinsleri tarafından bakılması bakım stresi açısından önemli olabilir.

Çıkar Çatışması: Bu çalışmada yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

KAYNAKÇA

- Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D & et al. Caregiver Burden a Clinical Review. JAMA 2014; 311(10): 1052-9.
- Aksu T, Fadıloğlu Ç. Solunum Sistemi Hastalığı Olan Bireylerin Evde Bakım Gereksinimi ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. EGEHFD 2013; 29 (2):1-12.
- Almborg AH, Ulander K, Thulin A & et al. Understanding The Needs of Families Discharge Planning of Stroke Patients: The Relatives Perceptions of Participation. J Clin Nurs 2009; 18: 857-8.
- Ansari B, Qureshi SS. Stress and Coping in Caregivers of Cancer Patients. IJCRB 2013; 4(11): 558-63.
- Arik G, Varan HD, Yavuz BB & et al. Validation of Katz Index of Independence in Activities of Daily Living in Turkish Older Adults. Arch Gerontol Geriatr 2015; 61(3): 344-50.
- Ateş E, Bilgili N. Omurilik Yaralanmalı Bireye Bakım Verenlerde Stresle Baş Etme ve Sosyal Destek. HEMAR-G 2013; 15(3): 1-12.
- Cora A, Partinico M, Munafo M & et al. Health Risk Factors in Caregivers of Terminal Cancer Patients: A Pilot Study. Cancer Nurs 2012; 35 (1): 38-47.
- Darlamı K, Pannose R, Jose P. Caregiver’s Stress of Psychiatric Patients. UCMS 2015; 3(10): 39-43.
- Desbiens NA, Mueller-Rizner N, Virnig B & et al. Stress in Caregivers of Hospitalized Oldest-Old Patients. J Gerontol 2001; 56(4): M231-5.

- Ekwall A, Hallberg I. The Association Between Caregiving Satisfaction, Difficulties and Coping Among Older Family Caregivers. *J Clin Nurs* 2007; 16: 832-44.
- Feldman FH, Waliser MN, Gould DA & et al. When The Caregivers Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers. *Am J Public Health* 2002; 92(3): 409-13.
- Judd RG. The Stress of Caregiving: Factors Impacting Family Caregivers Following Entry of the Care Recipient into A Nursing Home. Doctor of Philosophy. Texas: The University of Texas at Arlington; 2008. 1-144.
- Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013. 1-95.
- Katz S. Assessing Self-Maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 721-7.
- Khan F, Pallant J, Brand C. Caregiver Strain and Factors Associated with Caregiver Self-Efficacy and Quality of Life in A Community Cohort with Multiple Sclerosis. *Disabil Rehabil* 2007; 29(16): 1241-50.
- Koraltan A. Eve Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Genel Sağlık Algısı ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017. 1-69.
- Langman N. Caregivers of Dementia Patients Mental Health Screening Support. *Clin Rev* 2016; 26(6): 42-9.
- Lu YFY, Wykle M. Relationships Between Caregiver Stress and Self-Care Behaviors in Response to Symptoms. *Clin Nurs Res* 2007; 16: 29-43.
- Mioishi E, Bristow M, Cook R & et al. Factors Underlying Caregiver Stress in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009; 27: 76-81.
- Öztürk Kaynar Ö, Vural F. Assessment of The Caregiver Burden of Caregivers of Colorectal Cancer Patients. *Turk J Colorectal Dis* 2018; 28: 164-71.
- Parks SM, Novielli KD. A Practical Guide To Caring For Caregivers. *Am Fam Physician* 2000; 62: 2613-22.
- Partlak Günüşen N. Evde Hasta ve Bakım Verenlerin Psikososyal Bakımı. İçinde: Bahar Z, Beşer A, Editörler. *Evde Bakım*. İstanbul: Deren Matbaacılık; 2017: 152.
- Rafiq M, Sadiq R. Caregivers Stress and Quality of Life Among Female Family Members of Poly Drug Abusers. *RMJ* 2019; 44(1): 106-8.
- Robinson BC. Validation of A Caregiver Strain Index. *J Gerontol* 1983; 38(3): 344-8.
- Sayan A. Günümüzde Evde Bakım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(3): 91-6.
- Schulz R, Sherwood PR. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *Am J Nurs* 2008; 108 (9): 23-7.
- Torti FM, Gwyther LP, Reed SD & et al. A Multinational Review of Recent Trends and Reports in Dementia Caregiver Burden. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18: 99-109.
- Toseland RW, Smith G, McCallion S. Familiy Caregivers of The Frail Elderly. In: Guttenman A, Editör. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population*. New York: Columbia University; 2001: 548-81.
- Tuna Malak A, Dicle A. Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşir Derg* 2008; 18(2): 118-21.
- Uğur Ö. Onkoloji Hastasına Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006. 1-77.
- Yıldız E, Dedeli Ö, Çınar Pakyüz S. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *HEAD* 2016; 13(3): 216-25.

Öznur GÜRLEK KISACIK¹
Orcid : 0000-0002-1317-3141

Tuğba ÇOŞĞUN²
Orcid : 0000-0001-9210-455X

Ayşe TAŞTEKİN³
Orcid : 0000-0002-5907-1140

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

²Hemşire, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, Afyonkarahisar

³Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Öznur GÜRLEK KISACIK
oznurgurlek@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Nütrisyon, nütrisyonel değerlendirme, nütrisyonel bakım, hemşire, ölçek

Key Words:

Nutrition, nutritional assessment, nutritional care, nurse, scale

Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri

The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Assessment Questionnaire of the Importance of Nutritional Assessment, the Level of Knowledge and Perceived Quality of Nutritional Care for Nurses

Alınış (Received): 25.06.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 14.10.2019

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Türkçe formunun psikometrik özelliklerini incelemektir.

Yöntem: Metodolojik tipteki bu araştırma 15.03.2019-01.06.2019 tarihleri arasında bir kamu ve üniversite hastanesinin dahili ve cerrahi klinikleri ile yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yürütüldü. Araştırmanın örneklemini 590 hemşire oluşturdu. Ölçeğin geçerlik çalışması için, dil eşdeğerliği, uzman görüşlerine dayalı kapsam geçerliği, yapı geçerliği için açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanıldı. Ölçeğin güvenirlik analizinde test-tekrar test korelasyon, madde toplam puan korelasyon ve cronbach's alpha katsayısı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 22.0 ve AMOS Versiyon 21 paket programı ile yapıldı, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Ölçeğin uzman görüşüne dayalı kapsam geçerlik indeksi 0.97 olarak bulundu. Açıklayıcı faktör analizinde varyans açıklama oranının %40 olduğu saptandı. DFA'da ölçeğin üç faktörden oluştuğu doğrulandı ($\chi^2/df= 2.827$; GFI= 0.89; AGFI= 0.87; RMSEA= 0.056). Ölçeğin madde-toplam korelasyon katsayıları 0.20 ile 0.85 arasındadır. Cronbach's Alpha (α) katsayısı 0.80 bulundu. Test-tekrar test korelasyon katsayısı 1.faktör için 0.90; 2.faktör için 0.89; 3.faktör için 0.92 bulundu.

Sonuç: Yapılan bu çalışma, "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği"nin orijinal versiyonu ile uyumlu olarak 3 faktörlü bir yapıda Türk hemşireleri için yeterli geçerlik ve güvenirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğunu ve nütrisyonel bakım hizmeti veren hemşirelerde kullanılabileceğini göstermektedir.

ABSTRACT

Objective: This study aims to examine the psychometric properties of the Turkish version of the assessment scale of the importance of nutritional assessment, the level of knowledge and perceived quality of nutritional care.

Methods: This methodological study was carried out between 15.03.2019-01.06.2019 with the nurses working in internal and surgical clinics and intensive care units of a public and university hospital. The research sample consists of 590 nurses. For validity study of the measurement tool, language equivalence, content validity based on expert opinions, explanatory factor analysis (EFA), and confirmatory factor analysis (CFA) were used for construct validity. Test-retest correlation, total score item correlation, and Cronbach's alpha coefficient were used in the reliability analysis of the measurement tool. SPSS 22.0 and AMOS Version 21 package program were used for the evaluation of the data, and the level of statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: The content validity index based on the expert opinion was found 0.99 for scale. In explanatory factor analysis, the variance explanation rate is found as 40%. In DFA, it is confirmed that the scale consists of three factors ($\chi^2/df=2.827$; GFI=0.89; AGFI=0.87; RMSEA=0.056). The total-item correlation coefficients of the scale are between 0.20 and 0.85. The Cronbach's Alpha (α) coefficient is found as 0.80. The test-retest correlation coefficient is found as 0.90 for the first factor; 0.89 for the second factor; 0.92 for the third factor.

Conclusion: This study shows that "The Assessment, Knowledge and Perceived Quality of Nutrition Care Questionnaire is a measuring tool with sufficient validity and reliability indicators in a 3-factor structure in accordance with the original version of the measuring tool for Turkish nurses and it can be used in nurses providing nutritional care.

Kaynak Gösterimi: Gürlek Kısacık, Ö, Coşğun, T. ve Taştekin, A. (2019). Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri, EGE HFD., 35 (3):123-135

How to cite: Gürlek Kısacık, Ö, Coşğun, T. and Taştekin, A. (2019). The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Assessment Questionnaire of the Importance of Nutritional Assessment, the Level of Knowledge and Perceived Quality of Nutritional Care for Nurses, EGE HFD., 35 (3):123-135

GİRİŞ

Nütrisyon, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın sürdürülmesinde kritik bir öneme sahip, aynı zamanda sağlığı etkilediği bilinen kontrol edilebilir bir risk faktörüdür ([Shin ve ark. 2018](#)). Buna rağmen dünya çapındaki birçok sağlık kurumundaki hastanın, hastaneye yatış öncesinde ya da hastanede yattığı süreçte yetersiz beslendiği bilinmektedir ([Marshall ve ark. 2019](#)). Sağlıklı toplumlarda bile sıklıkla görülen ancak hastanede yatan hastalar için daha da önemli bir sağlık sorunu olan malnütrisyon, sıklıkla metabolizmanın gereksiniminden daha az enerji alımını ve beslenme yetersizliğini tanımlayan bir durumdur ([Al Kalaldehy ve Shahin 2014; Meijers ve ar. 2014](#)).

Hastane kaynaklı malnütrisyon, hasta bakım kalitesini ve güvenliğini tehdit etmeye devam eden problemlerden biri olarak kabul edilir ([Avelino-Silva ve Jaluul 2017](#)). Yapılan çalışmalar hastanede yatan hastalarda %10-60 arasında değişen bir prevalansla malnütrisyon görüldüğüne dair kanıtlar sunmaktadır ([Agarwal ve ark. 2010; Avelino-Silva ve Jaluul 2017; Barker ve ark. 2011; Christner ve ark. 2016; Fernández ve ark. 2014; Kang ve ark. 2018; Kirkland ve ark. 2013; Marshall ve ark. 2019; Valentini ve ark. 2018](#)). Literatürde malnütrisyon, mevcut tıbbi durumda kötüleşme, iyileşme sürecinde gecikme, yaşam kalitesinde bozulma ve mortalite riskinde artış gibi birçok olumsuz klinik sonuç ile ilişkilendirilmiştir ([Agarwal ve ark. 2013; Alzahrani ve Alamri 2017; Brantervik ve ark. 2005; Fjeldstad ve ark. 2018; Leiva ve ark. 2017; Sohrabi ve ark. 2015; Sun ve ark. 2018](#)). Bununla birlikte hastane temelli yetersiz beslenme ile ilgili olumsuz sonuçların, sağlık bakım sistemi için hastanede kalış süresinde uzama, tedavi ve bakım maliyetinde artma gibi önemli sorunlara yol açtığı da bilinmektedir ([Alzahrani ve Alamri 2017; Curtis ve ark. 2017; Lim ve ark. 2012](#)). Amerika’da yapılan bir çalışmanın sonuçları, hastalar yetersiz beslendiğinde hastane maliyetlerinde üç kat artış olduğunu göstermiştir ([Corkins ve ark. 2014](#)). Bu nedenle genel klinik bakımda malnütrisyonun tanımlanması ve yeterli beslenme desteğinin başlatılması kritik öneme sahiptir. Meijers ve ark. (2014) etkin nütrisyonel değerlendirmeyi, malnütrisyon prevalansında azalma ile ilişkilendirmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise, hastalarda nütrisyonel desteğinin sağlanmasına yönelik müdahalelerin hastanede kalış süresini iki güne kadar azalttığı, yeniden yatış oranlarında %7, hastane maliyetlerinde de %20 oranında azalma sağladığı bildirilmiştir ([Philipson ve ark. 2013](#)).

Klinik kılavuzlar, hastanede yatan hastalarda bireyselleştirilmiş bir nütrisyonel değerlendirmeyi, disiplinlerarası işbirliğine dayalı nütrisyonel desteği ve hastaların nütrisyonel durumlarının izlenmesini vurgulamaktadır ([Theilla ve ark. 2016](#)). Yetersiz beslenmenin olumsuz klinik sonuçlarını bildiren çok sayıda çalışmaya rağmen, hastanede yatan hastaların nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi ve profesyonel bir ekip tarafından nütrisyon desteğinin sunulması sıklıkla ihmal edilmektedir ([Barker ve ark. 2011; Kang ve ark. 2018](#)). Bunun en önemli nedenlerinden biri, hastanelerde yetersiz beslenme riski altında olan hastaların tespit edilmemesi ve bunun sonucunda da nütrisyonel desteğin zamanında ve uygun bir şekilde sağlanamamasıdır ([Sauer ve ark. 2016; Shin ve ark. 2017; Theilla ve ark. 2016](#)). Ancak multidisipliner ekip içinde yer alan hemşireler bu durumu değiştirmede önemli bir konuma sahiptir. Hemşireler, hastalarına günün 24 saati hizmet sunmaları ve düzenli gözlem yapmaları nedeniyle hastalara ihtiyaç duydukları nütrisyonel bakımın sunulmasında ideal bir pozisyonadadır ([Al Kalaldehy ve Shahin 2014; Kim ve Choue 2009; Mogre ve ark. 2015; Yalcin ve ark. 2013](#)). Hemşireler, hastanın yaşam bulgularının izlenmesi ve takibi gibi rutin hasta bakımına ek olarak, hastanın nütrisyonel bakımdan da sorumludur. Nütrisyonel bakım kapsamında bir hemşireden, hastanın ihtiyaç duyduğu beslenme desteğinin sunulması ve beslenmenin takip edilmesi, hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi, ihtiyaç duyduğu beslenme eğitiminin verilmesi, hastanın nütrisyonel durumundaki değişimlerin diğer ekip üyeleri ile tartışılması gibi kapsamlı girişimleri yerine getirmesi beklenir ([Sauer ve ark. 2016; Theilla ve ark. 2016; Yalcin ve ark. 2013](#)). Bununla birlikte, hemşirelerin kendisinden beklenen bu rolleri yerine getirebilmeleri için, nütrisyonel bakıma ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaları, hastanın nütrisyonel bakımına ilişkin sorumluluk hissetmeleri, hastaların nütrisyonel durumunun önemini algılamaları önemlidir ([Jefferies ve ark. 2011; Kim ve Choue 2009; Mogre ve ark. 2015; Theilla ve ark. 2016](#)). Chapman ve ark. (2015) hemşirelerin, nütrisyonel bakımı iyileştirmek için yetkilendirildiklerinde, sorumluluk algılarının ve tutumlarının olumlu yönde değiştiğini bildirmiştir.

Hastanın nütrisyonel durumunun hemşirelik değerlendirmesinin bir parçası olarak görülmemesi, hastaların beslenme ile ilişkili problemlerinin gözden kaçırılmasına neden olacaktır. Hemşirelerin, hastanın nütrisyonel bakımına daha az dâhil olmasının, malnütrisyon prevalansının artmasına katkıda bulunan faktörlerden biri olduğu bildirilmiştir ([Kim ve Choue 2009](#)). Ancak yapılan çalışmalar; hastanın nütrisyonel bakımı konusunda önemli sorumlulukları olan hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, bu alandaki rol ve sorumluluklarına yönelik farkındalık ve tutumlarının istendik düzeyde olmadığını, nütrisyonel bakımın iyileşmeye olan katkısına yönelik düşüncelerinin belirsiz olduğunu ve sağlık sistemi içerisinde yer alan birçok faktörün hemşirelerin nütrisyonel bakımla ilgili rollerini kullanmalarına engel olduğunu göstermektedir ([Ameri ve ark. 2016; Bachrach-Lindström ve ark. 2007; Khalaf ve ark. 2014; Kim ve Choue 2009; Martin ve ark. 2013; Persenius ve ark. 2008; Theilla ve ark. 2016; Yalcin ve ark. 2013](#)).

Ülkemizde, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011) kapsamında “hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular” şeklinde hemşirelerin nütrisyonel bakımına ilişkin sorumlulukları tanımlanmıştır. Buna ek olarak hastalara nütrisyonel desteğin profesyonel bir ekip tarafından sağlanmasına yönelik uygulamalar, Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında (2015) bir hasta bakım standardı olarak değerlendirilmektedir. Bu gelişmelere rağmen yapılan sınırlı sayıda çalışmada; nütrisyonel bakımın, özellikle de hastanın nütrisyonel durum değerlendirmesinin hemşirelik uygulamalarının bir parçası olarak görülmediğine dikkat çekmektedir ([Yılmaz ve ark. 2017](#)). Diğer yandan, Türkiye’de hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlarını, bilgi düzeylerini ve algılanan nütrisyonel bakım kalitesini değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı bulunmamaktadır.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği Türkçe formunun psikometrik özelliklerini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tasarımı

Çalışmada metodolojik araştırma tasarımı kullanıldı.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma 15.03.2019-01.06.2019 tarihleri arasında bir kamu ve üniversite hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerle yürütüldü. Araştırmanın evrenini aynı tarihler arasında belirtilen kurumlarda çalışan 966 hemşire oluşturdu. İlgili hastanelerin dahili, cerrahi, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum klinikleri ve yoğun bakım ünitelerinde en az bir aydır çalışan, izinli ya da raporlu olmayan, araştırmaya katılmayı sözlü olarak beyan eden 590 hemşire çalışmaya dahil edildi. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, nütrisyon desteği ve nütrisyonel bakıma yönelik hizmetlerin birincil olarak gerçekleştirilmediği acil servis, ameliyathane, kan alma ünitesi ve polikliniklerde çalışan hemşireler araştırma kapsamına dâhil edilmedi. Ölçeğin güvenilirlik analizi kapsamında zamana göre değişmezlik (test-tekrar test) güvenilirliği 183 hemşire ile yapıldı.

Araştırma Verilerinin Toplanması

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Hemşire Tanıtım Formu ve Theilla ve ark. (2016) tarafından geliştirilen, "The Assessment, Knowledge and Perceived Quality of Nutrition Care Questionnaire" ölçeği aracının Türkçe formu olan Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği kullanıldı.

Hemşire Tanıtım Formu: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı gibi sosyo-demografik özelliklerini inceleyen sekiz sorudan oluşmaktadır.

Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği: Theilla ve ark. (2016) tarafından geliştirilen ölçek üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; nütrisyonel değerlendirme klinik önemine ilişkin hemşirelerin tutumlarını ve hem hastaların hastaneye yatışı sırasında hem de hastanede kaldıkları süre boyunca nütrisyonel değerlendirmeyi hemşirelik bakımının temel bir bileşeni olarak görme durumlarını değerlendiren yedi ifadeyi içermektedir. İfadeler 4'lü likert tipinde "kesinlikle katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "katılıyorum" (3), "kesinlikle katılıyorum" (4) olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek puan aralığı 7-28'dir.

İkinci bölüm; hemşirelerin, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerini değerlendiren on adet ters puanlanan ifadeden oluşmaktadır. İfadeler 4'lü likert tipinde "kesinlikle katılmıyorum" (4), "katılmıyorum" (3), "katılıyorum" (2), "kesinlikle katılıyorum" (1) olarak puanlanmaktadır. Bu bölümdeki 10 maddeden alınabilecek puan arttıkça, hemşirelerde daha yüksek bir nütrisyonel bakım bilgisini yansıtmaktadır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek puan aralığı 10-40'tır.

Üçüncü bölüm; hemşirelerden, çalıştıkları bölümlerde hastalara sunulan nütrisyonel bakımın kalitesini değerlendirmelerini isteyen dokuz adet ifadeden oluşmaktadır. İfadeler 5'li likert tipinde "kesinlikle katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "kararsızım" (3) "katılıyorum" (4), "kesinlikle katılıyorum" (5) olarak puanlanmaktadır. Bu bölümdeki dokuz maddeden alınabilecek daha yüksek puan, hemşirelerde nütrisyon bakım kalitesinin daha olumlu bir değerlendirilmesini yansıtmaktadır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek puan aralığı 9-45'tir.

Theilla ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's alpha katsayıları sırasıyla 0.82; 0.79; 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilebilecek toplam bir puan bulunmayıp, üç bölüm birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

Dil Uyarlama Çalışması ve Uzman Görüşlerine Dayalı Kapsam Geçerliliği

Orijinal ölçek her iki dile hâkim olan ve birbirinden bağımsız üç dil uzmanı tarafından İngilizceden Türkçeye çevrildi. Elde edilen üç farklı çeviri araştırmacılar tarafından değerlendirilerek, orijinal ölçekteki her maddenin anlam ve kapsamını en iyi yansıtan tercümesi tek bir formda birleştirildi. Ardından bu form, ana dili İngilizce olan ve Türkçeyi iyi bilen bir dil uzmanı tarafından İngilizceye geri çevrildi. Geri çeviri, uygunluk açısından ölçeğin sahiplerinin önerisine sunulmuş, uygun olmayan ifadelerin yeniden

düzenlenmesi yapıldı. Ölçeğin son Türkçe formu ifadelerin anlaşılabilirliği, uygunluğu ve kapsam geçerliliğini değerlendirmek üzere nütrisyon alanında uzman olan hemşirelik alanında yedi öğretim üyesi ve nütrisyon hemşireliği sertifikasyonuna sahip bir uzman hemşirenin görüşüne sunuldu. Uzman görüşlerine dayalı kapsam geçerliliği için Davis tekniği (1992) kullanıldı. Bu kapsamda her bir uzmandan ölçekteki ifadeleri inceleyerek ‘‘A-Uygun’’ (4 puan), ‘‘B-Biraz gözden geçirilmeli’’ (3 puan), ‘‘C-Ciddi olarak gözden geçirilmeli’’ (2 puan), ‘‘D-Uygun değil’’ (1 puan) şeklinde derecelendirerek puanlamaları istendi. A ve B seçeneklerini işaretlemiş olan uzman sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek her maddeye ilişkin kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) hesaplandı. Uzman görüşlerinde C ve D olarak değerlendirilen ölçek maddeleri, uzmanlar tarafından yapılan öneriler doğrultusunda en uygun ifadelerle yeniden düzenlendi.

Ön Uygulama

Ölçme aracının ifadelerinin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla, ölçeğin uygulanacağı örneklem ile aynı özelliklere sahip olan 15 hemşire ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulamada ölçekte yer alan ifadelere yönelik herhangi bir olumsuz geri bildirim alınmadı ve ölçme aracının psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla yeterli büyüklükteki örnekleme uygulanmasına karar verildi.

Veri Toplama Yöntemi

Veriler, araştırma kapsamına dahil edilen hemşirelerin uygun oldukları bir zaman diliminde yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edildi. Verilerin toplanması ortalama 15-20 dakikalık bir süreyi gerektirdi. İlk araştırma verilerinin elde edilmesinden 3 hafta sonra 183 hemşire ile test-tekrar test yöntemi için aynı yöntemle ikinci veriler elde edildi. Eşleştirilebilen yanıtlama oranı %100’dür.

Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS version 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp) ve AMOS Versiyon 21 paket programı ile değerlendirildi. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak analiz edildi. Ölçeğin geçerlik çalışması için, uzman görüşlerine dayalı kapsam (içerik) geçerliği ve yapı geçerliği analizleri uygulandı. Uzman görüşlerine dayalı kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde KGİ ve Kendall İyi Uyuşum Katsayısı kullanıldı. Ölçeğin yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanıldı. AFA için Kaiser-Meyer-Olkin Sampling Adequacy ve Barlett Sphericity testleri, DFA’da sınanan modeller için standardize edilmiş regresyon katsayıları ve kovaryans matrisleri kullanıldı. Uyum istatistiklerinden Ki-Kare uyum testi (χ^2), İyi Uyum Testi (GFI), Karşılaştırmalı Uyum Testi (CFI), Düzenlenmiş İyi Uyum İndeksi (AGFI) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) değerleri hesaplandı. Ölçeğin güvenilirliğini saptamaya yönelik tanımlayıcı istatistikleri hesaplanarak, iç tutarlılık ve zamana göre değişmezlik analizleri yapıldı. Değişmezlik analizi madde-toplam korelasyon katsayısı, test-tekrar test korelasyon katsayısı, bağımlı gruplarda t testi ile değerlendirildi, iç tutarlılık analizi için Cronbach’s Alpha (α) güvenilirlik katsayıları hesaplandı. İstatistiksel analizlerde $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2019/40 sayılı etik kurul izni alındı. Buna ek olarak, araştırmanın yapıldığı kurum yöneticilerinden yazılı izin, araştırma kapsamına dâhil edilen hemşirelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alındı. Test-tekrar test yöntemi için ölçeği dolduran hemşirelerden ilk veriler ve ikinci verilerin eşleştirilebilmesi için rumuz kullanmaları istendi.

BULGULAR

Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırma kapsamına dahil edilen hemşirelerin yaş ortalaması 30.97 ± 7.77 , çoğunluğu (%79.3) kadın, %58’i lisans mezunudur. Hemşirelerin %29.8’i yoğun bakım ünitelerinde %22.5’i cerrahi kliniklerde çalışmaktadır. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalaması 9.34 ± 7.62 , hizmet verdikleri bölümde çalışma yılı ortalaması ise 3.37 ± 3.84 olarak saptandı.

Geçerlik Bulguları

Kapsam Geçerliği

Ölçeğin dil ve kapsam geçerliği uzman görüşleri doğrultusunda yapıldı. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda ölçekteki her bir maddenin kabul edilebilir puan olan ‘‘3’’ sınırının üzerinde olduğu belirlendi. Bu çalışmada uzman görüşlerine dayalı KGİ 0.97 olarak hesaplandı (Tablo 1). Sekiz uzmandan elde edilen değerlendirme puanları Kendall W analizi ile değerlendirildiğinde,

uzmanların puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı (Kendall W= 0.016; p= 0.985), uzmanların görüşleri arasında uyum olduğu belirlendi.

Yapı Geçerliği

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

AFA'da örneklem uygunluğu için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin sampling adequacy) ve Barlett Sphericity testleri yapıldı. KMO değeri 0.855 olarak bulundu ($\chi^2= 233.966$; $p<0.05$). KMO katsayısı 1'e yaklaştıkça ve Barlett Sphericity testi χ^2 değerinin anlamlı olması verilerin analize uygun olduğu anlamına gelmektedir. AFA'da ölçeğin varyans açıklayıcılığı %40.2 olarak tespit edildi. Toplam varyansın %13.8'sini açıklayan birinci faktör maddelerinin faktör yükleri 0.62 ile 0.75 arasında; toplam varyansın %9.4'ünü açıklayan ikinci faktör maddelerinin faktör yükleri 0.29 ile 0.58 arasında; toplam varyansın %16.8'ini açıklayan üçüncü faktör maddelerinin faktör yükleri 0.50 ile 0.81 arasında bulundu (Tablo 2). Ölçeğin orijinal yapısının korunması amacıyla, ölçekten madde silinmesi tercih edilmedi ve DFA yapılmasına karar verildi.

Tablo 1. Kapsam Geçerlilik İndeksi

| Alt boyut | Madde No | Derecelendirme | | | | KGİ |
|---|----------|----------------|---|---|---|-------------|
| | | A | B | C | D | |
| Nutrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum | 1 | 6 | 1 | 1 | - | 0.875 |
| | 2 | 6 | 1 | 1 | - | 0.875 |
| | 3 | 6 | 2 | - | - | 1.00 |
| | 4 | 7 | 1 | - | - | 1.00 |
| | 5 | 4 | 4 | - | - | 1.00 |
| | 6 | 5 | 3 | - | - | 1.00 |
| | 7 | 8 | - | - | - | 1.00 |
| Nutrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi | 1 | 8 | - | - | - | 1.00 |
| | 2 | 6 | 2 | - | - | 1.00 |
| | 3 | 6 | 2 | - | - | 1.00 |
| | 4 | 7 | 1 | - | - | 1.00 |
| | 5 | 4 | 4 | - | - | 1.00 |
| | 6 | 5 | 1 | 2 | - | 0.75 |
| | 7 | 7 | 1 | - | - | 1.00 |
| | 8 | 8 | - | - | - | 1.00 |
| | 9 | 7 | 1 | - | - | 1.00 |
| | 10 | 8 | - | - | - | 1.00 |
| Nutrisyonel Bakım Kalitesi Algısı | 1 | 5 | 2 | 1 | - | 0.875 |
| | 2 | 7 | - | 1 | - | 0.875 |
| | 3 | 8 | - | - | - | 1.00 |
| | 4 | 4 | 4 | - | - | 1.00 |
| | 5 | 7 | 1 | - | - | 1.00 |
| | 6 | 6 | 2 | - | - | 1.00 |
| | 7 | 6 | 2 | - | - | 1.00 |
| | 8 | 7 | 1 | - | - | 1.00 |
| | 9 | 7 | 1 | - | - | 1.00 |
| Toplam | | | | | | 0.97 |

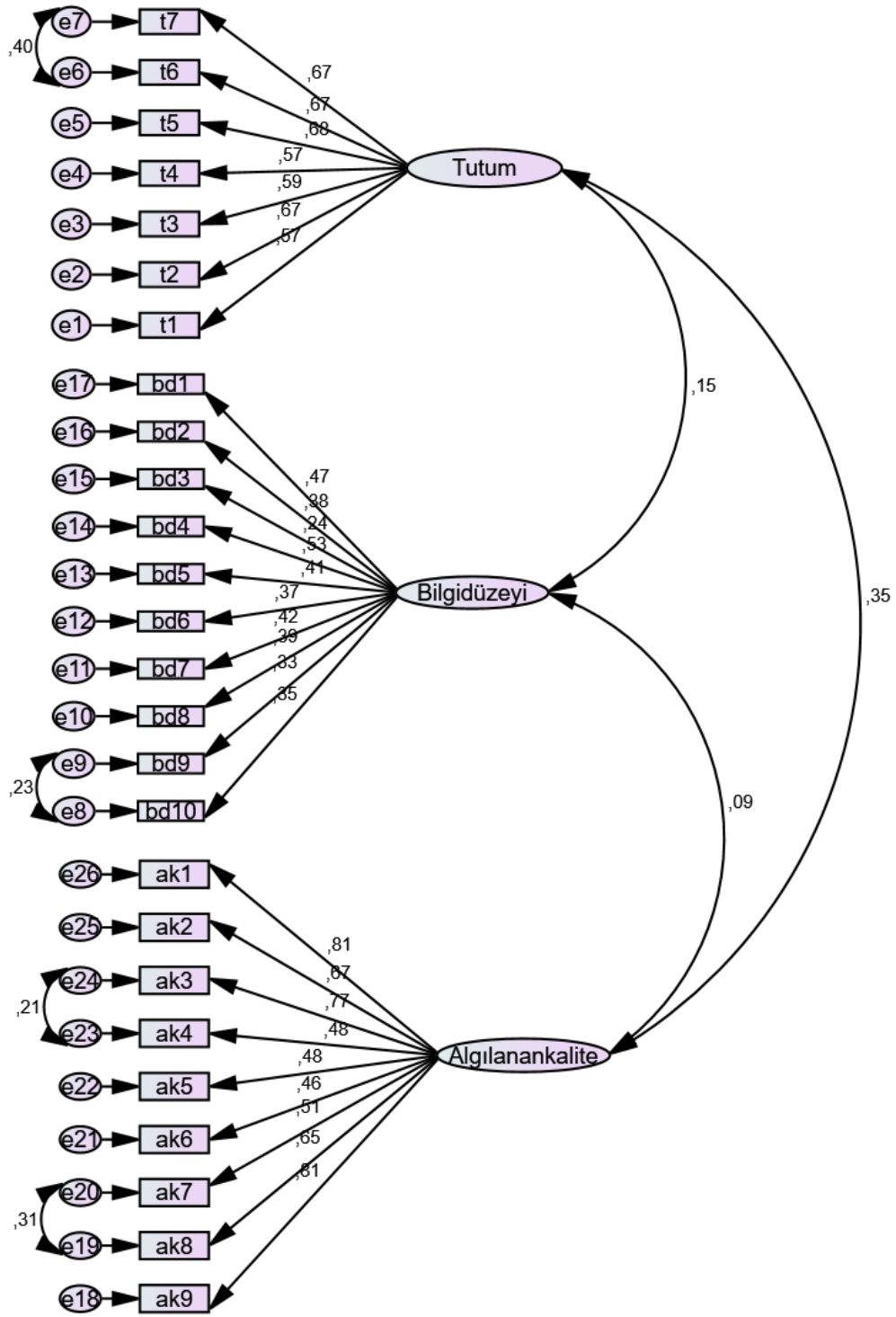
A=Uygun, B= Biraz gözden geçirilmeli, C= Ciddi olarak gözden geçirilmeli, D= Uygun değil, KGİ=Kapsam Geçerlilik İndeksi.

Tablo 2. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

| | Madde | Faktör | | |
|---|-------|--------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 |
| Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum | 1 | .627 | | |
| | 2 | .672 | | |
| | 3 | .655 | | |
| | 4 | .646 | | |
| | 5 | .714 | | |
| | 6 | .753 | | |
| | 7 | .738 | | |
| Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi | 1 | | .535 | |
| | 2 | | .451 | |
| | 3 | | .290 | |
| | 4 | | .583 | |
| | 5 | | .517 | |
| | 6 | | .396 | |
| | 7 | | .558 | |
| | 8 | | .510 | |
| | 9 | | .501 | |
| | 10 | | .482 | |
| Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı | 1 | | | .810 |
| | 2 | | | .680 |
| | 3 | | | .799 |
| | 4 | | | .589 |
| | 5 | | | .557 |
| | 6 | | | .506 |
| | 7 | | | .570 |
| | 8 | | | .691 |
| | 9 | | | .819 |
| Eigenvalue | | 2.772 | 2.380 | 5.302 |
| Varyans % | | 13.885 | 9.481 | 16.841 |
| Kümülatif Varyans % | | 30.726 | 40.207 | 16.841 |

Doğrulayıcı Faktör Analizi (AFA)

DFA'da ölçeğin Özdeğeri (Eigen Value) 1'in üzerinde üç boyutlu bir yapı gösterdiği tespit edildi ve orijinal yapısı doğrulandı. Modelin uyum istatistikleri $\chi^2= 675.756$; serbestlik derecesi= 292; $p= 0.000$; $\chi^2/df= 2.314$; GFI= 0.917; AGFI= 0.901; CFI= 0.904; RMSEA= 0.047 olarak tespit edildi. Uyum istatistiklerinin kabul edilebilir düzeyde olması nedeniyle ölçeğin orijinal yapısı korunmaya çalışıldı ve madde silinmesine gerek duyulmadı. Maddelerin faktör yüklerinin 0.24-0.81 arasında olduğu belirlendi. Ölçeğin DFA'da doğrulanan yapısal modeli Şekil 1'de verildi.



Tutum: Hemşirelerin Nütrisyonel Değerlendirme Önemi İlişkin Tutumları

Bilgi Düzeyi: Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi

Algılanan Kalite: Hemşirelerin Kendi Kliniklerindeki Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı

Şekil 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Güvenirlilik Bulguları

Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki Uyumluluk Durumunun Değerlendirilmesi

Ölçeğin alt boyutlarının test-tekrar test toplam puanları arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile analiz edildi. Buna göre ölçek puanlarının test-tekrar test toplam puanları arasında kuvvetli bir ilişki olduğu (0.89-0.92; $p < 0.01$); 3 hafta ara ile elde edilen iki ölçüm arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p < 0.05$; Tablo 3). Bu sonuçlar ölçeğin zamana göre değişmezliğini göstermektedir.

Tablo 3. Ölçeğin Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki Uyumluluk Durumunun Değerlendirilmesi (N= 183)

| Ölçek Boyutları | Test | Tekrar test | Analiz Sonuçları | | | |
|---|-------------------|-------------------|------------------|-------|------|-------|
| | Ortalama \pm SS | Ortalama \pm SS | t* | p | r** | p |
| Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum | 23.7 \pm 2.7 | 23.6 \pm 2.7 | 1.660 | 0.099 | 0.90 | 0.000 |
| Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi | 25.9 \pm 3.2 | 25.9 \pm 3.1 | -0.204 | 0.838 | 0.89 | 0.000 |
| Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı | 35.0 \pm 4.8 | 35.1 \pm 4.6 | -0.810 | 0.419 | 0.92 | 0.000 |

*Bağımlı örneklerde t testi, ** Pearson Çarpım Moment Korelasyon Katsayısı

Madde-Toplam Puan ve İç Tutarlılık Analizi

Ölçeğin madde-toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi gösteren madde-toplam puan güvenilirliği katsayıları; tutum alt boyutunda 0.50-0.64 arasında, bilgi düzeyi alt boyutunda 0.20-0.39 arasında, algılanan bakım kalitesi alt boyutunda 0.44-0.72 arasında saptandı (Tablo 4). Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach's alpha güvenilirlik analizinde; tutum alt boyutu için güvenilirlik katsayısı ($\alpha = 0.82$), bilgi düzeyi alt boyutu için ($\alpha = 0.63$), algılanan bakım kalitesi alt boyutu için ($\alpha = 0.85$) olarak hesaplandı (Tablo 4).

Tartışma

Bir hasta bakım standardı olarak tanımlanan nütrisyonun önemine dikkat çekmek, hastanede yatan hastaların nütrisyon durumları ve ilişkili klinik sorunları konusunda hemşirelerin farkındalıklarını arttırmak, nütrisyonel bakımının iyileştirilmesine yönelik girişimleri planlamak için, hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin mevcut tutumlarının, bilgi düzeylerinin ve hizmet verdikleri ortamdaki nütrisyonel bakımın kalitesini nasıl algıladıklarının araştırılması gerekir. Bu gerekçe ile çalışma, Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeğini Türkçe'ye kazandırmak amacıyla gerçekleştirildi.

Geçerlik Bulguları

Ölçekte yer alan tüm maddelerin ölçülmesi hedeflenen değişkeni ölçüp ölçmediğinin sınanması amacıyla kapsam ve yapı geçerliği analizleri yapıldı. Kapsam geçerliği, ölçek kapsamındaki ifadelerin gerçekten ölçülmesi hedeflenen durumla ilişkili olup olmadığının incelenmesidir (Ercan ve Kan 2004). Literatürde kapsam geçerliği için uzman görüşlerine başvurulması, alınan uzman görüşleri doğrultusunda ölçek maddelerinin gözden geçirilerek düzenlenmesi önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003). Çalışmamızda uzman görüşlerine dayalı KGİ 0.97 olarak hesaplandı. Literatürde KGİ için 0.80 değerinin ölçüt olarak kabul edilmesi gerektiği bildirilmiş olup (Davis 1992), çalışmamızda elde ettiğimiz KGİ değerinin kabul edilebilir sınırın üzerinde olduğu görülmektedir. Bununla birlikte kapsam geçerliğinin sınanmasında, uzmanlarının görüşleri arasındaki fikir birliğinin ve uyumun güvenilir olması da önemlidir (Karakoç ve Dönmez 2014). Bu çalışmada uzman görüşlerinin uyumluluğunu değerlendirmek için yapılan Kendall W uyum analizi, bağımsız uzman görüşlerinin uyumlu olduğunu göstermiştir. Bu bulgular doğrultusunda, Türkçeye uyarlanan ölçeğin kapsam geçerliğinin sağlandığı söylenebilir.

Tablo 4 Ölçeğin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları (N= 590)

| Alt Boyut | Maddeler | Ortalama ± SS | Madde Toplam Puan Korelasyon | Cronbac'h Alpha |
|---|--|---------------|------------------------------|-----------------|
| Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum | 1. Hasta bakımında ilk nütrisyonel değerlendirme önemlidir | 3.57 ± 0.51 | 0.50 | 0.82 |
| | 2. Hastanın nütrisyonel durumunun izlenmesi hemşirelik bakımının temel bir unsurudur | 3.36 ± 0.58 | 0.58 | |
| | 3. Hasta yemeğini yemediğinde, hemşire bu durumu doktora bildirmekten sorumludur | 3.28 ± 0.68 | 0.52 | |
| | 4. Yatışı yapıldığında hastaları tartmak önemlidir | 3.14 ± 0.63 | 0.51 | |
| | 5. Hastanede yatış süresince nütrisyonel değerlendirmenin her hafta tekrarlanması önemlidir | 3.18 ± 0.58 | 0.60 | |
| | 6. Hemşirelerin, nütrisyonel durumu değerlendirmesi ve izlemesi hastanın iyileşmesini hızlandırır | 3.45 ± 0.53 | 0.64 | |
| | 7. Hemşirelik bakımı, hastaların nütrisyonel durumu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir | 3.43 ± 0.53 | 0.63 | |
| Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi | 1. Hemşireler, hastaların nütrisyonel durumundan ziyade hastanın birincil tanısına odaklanmalıdır | 2.38 ± 0.71 | 0.34 | 0.63 |
| | 2. Yemek yemeyi reddeden bir hasta yemesi için zorlanmamalıdır | 2.31 ± 0.66 | 0.29 | |
| | 3. Hastaların hastane yemeğini yememesinin ana nedeni, yemeğin görünümü ve tadıdır | 2.07 ± 0.81 | 0.20 | |
| | 4. Nütrisyon desteği, yalnızca tıbbi tedavi tamamlandıktan sonra başlatılmalıdır | 2.94 ± 0.66 | 0.39 | |
| | 5. Nütrisyon desteği kaynak tüketen ve maliyeti yüksek bir yatırımdır | 2.66 ± 0.71 | 0.32 | |
| | 6. Nütrisyon desteğinin sağlanmasından hemşirelerden ziyade, diyetisyenler sorumludur | 2.18 ± 0.80 | 0.27 | |
| | 7. Komplikasyonlarından dolayı parenteral beslenmeden kaçınılmalıdır | 2.59 ± 0.66 | 0.34 | |
| | 8. Obez hastalar (BMI > 30) malnutrisyon riski altında değildir ve az miktarda beslenmelidir | 2.60 ± 0.65 | 0.31 | |
| | 9. Yemek yiyen bir hasta, tıbbi tedavi için bile rahatsız edilmemelidir. | 2.89 ± 0.74 | 0.29 | |
| | 10. Aşırı kilolu kanserli hastalarının kilo kaybetmesi kaçınılmazdır ve diyetisyene yönlendirilmelerine gerek yoktur | 3.32 ± 0.66 | 0.29 | |
| Nütrisyonel Bakıma İlişkin Algılanan Bakım Kalitesi | 1. Hastalara eksiksiz bir nütrisyon desteği sağlanır | 3.52 ± 0.92 | 0.71 | 0.85 |
| | 2. Hemşirelik ekibimiz, hastaların nütrisyonel durumunu takip eder | 3.91 ± 0.79 | 0.59 | |
| | 3. Nütrisyonel değerlendirme düzenli olarak ve profesyonelce yapılır | 3.50 ± 0.96 | 0.70 | |
| | 4. Diyetisyen desteği gereken hastalara, en kısa sürede diyetisyen konsültasyonu sağlanır | 3.68 ± 0.98 | 0.45 | |
| | 5. Doktorlarımız, hastanın nütrisyonel yönünü de değerlendirir | 3.68 ± 0.93 | 0.46 | |
| | 6. Hastalar yemeklerini diyet düzenlemelerine uygun olarak alır | 4.15 ± 0.71 | 0.44 | |
| | 7. Hemşireler, bir hastanın yemeğini bitirip bitirmediğinin farkındadır | 3.72 ± 0.94 | 0.49 | |
| | 8. Hastanın nütrisyonel durumuna ilişkin bilgiler sağlık çalışanları arasında etkili bir şekilde iletilmektedir | 3.96 ± 0.78 | 0.63 | |
| | 9. Kliniğimizde verilen nütrisyonel bakımdan memnunuz | 3.58 ± 0.95 | 0.72 | |

Yapı geçerliği, ölçekte yer alan maddelerin, ölçülmesi istenen özellikleri ne derecede doğru ölçtüğünün ve ölçek kullanılarak elde edilen sonucun ne ile ilişkili olduğunun bir göstergesidir (Aktürk ve Acemoğlu 2012). AFA işlemi sonucunda ölçek maddelerinin üç boyut altında toplandığı görülmüştür. Tek faktörlü yapıdaki ölçeklerde %30 ve üzerinde, çok faktörlü yapıdaki ölçeklerde ise daha yüksek olması beklenen varyans açıklayıcılığı (Büyüköztürk 2002), bu çalışmada %40.2 olarak bulundu. Bu bulgu ölçeğin nütrisyonel değerlendirilmenin önemine yönelik tutumu, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve algılanan nütrisyon bakım kalitesini iyi ölçtüğünün bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Ölçeğin her bir alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0.29-0.81 arasında olduğu belirlendi. Maddelerin yük değerleri için 0.30 ile 0.59 arasındaki değerlerin orta, 0.60 ve üzerindeki değerlerin ise yüksek bir faktör yükü olarak kabul edileceği bildirilmiştir (Büyüköztürk 2002). Bu çalışmada ölçeğin bilgi düzeyi alt boyutundaki 3. maddeye ait 0.29 olarak hesaplanan faktör yükü değeri, hem literatürde (Büyüköztürk 2002) yük değeri sınırı olarak bildirilen 0.30 değerine çok yakın olması hem de ölçeğin orijinal yapısının korunması amacıyla silinmeyerek, DFA yapılmasına karar verildi. Diğer maddelere ait elde edilen yük değerlerinin, ölçeğin yapı geçerliliğinin bir göstergesi olarak yeterli bulunduğu görülmektedir.

Çalışmamızda ölçekteki faktör yapısının orijinal yapıya göre incelenmesi DFA analizi ile gerçekleştirildi. DFA'da ölçeğin orijinal yapısına uygun olarak üç faktörden oluştuğu doğrulandı. Bir ölçüm aracının yapı geçerliğini sınamak için yapılan DFA'da uyum iyiliği istatistikleri kullanılmakta ve bu değerlerin istenilen değerlerde olması beklenmektedir (Erkorkmaz ve ark. 2013). Bu çalışmada model-veri uyumuna yönelik elde edilen değerlerden; χ^2/df oranının 3 ve altında olması iyi uyumu göstermektedir. RMSEA değerinin 0.05 ve altında olması iyi bir uyum anlamına gelmektedir. GFI, CFI, AGFI değerlerinin 0.90'a eşit ya da üzerinde olması uyumun iyi olduğunu göstermektedir (Erkorkmaz ve ark. 2013; Harrington 2009). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz değerler, DFA uyum iyiliği analiz sonuçları için kabul edilebilir ölçüt değerlerle kıyaslandığında, model-veri uyumunun iyi olduğunu göstermektedir.

Güvenirlilik Bulgularının İncelenmesi

Güvenirlilik, bir ölçme aracının aynı koşullar altında tekrarlayan ölçümlerinde birbiri ile tutarlı ve kararlı ölçüm değerlerinin elde edilebilme gücüdür (Aktürk ve Acemoğlu 2012; Ercan ve Kan 2004). Bu çalışmada uyarlanan ölçeğin güvenirlilik çalışması kapsamında; zamana göre değişmezlik (test-tekrar test) güvenirliliği, madde-toplam puan güvenilirliği katsayıları ve iç tutarlılığı incelendi.

Test-tekrar test yöntemi ile aynı kişilerden elde edilen ölçüm sonuçlarının birbiri ile tutarlı olması beklenmektedir. Bu tutarlılık aynı zamanda ölçme aracının ne kadar güvenilir olduğunun da bir göstergesidir (Aktürk ve Acemoğlu 2012; Gözüm ve Aksayan 2003; Karakoç ve Dönmez 2014). Çalışmada Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi, ölçeğin zamana göre değişmezliğinin bir göstergesi olarak, ölçeğin alt boyutlarının tekrarlayan ölçüm puanları arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu gösterdi. Elde edilen korelasyon katsayısı değerlerinin +1'e yakın olması ölçüm aracının güvenirliliğinin yüksek olduğunu da bir göstergesidir (Kılıç 2016; Özdamar 2015). Bu çalışmada üç hafta arayla tekrarlanan iki uygulaması arasındaki korelasyon katsayısı değerlerinin 0.89-0.92 arasında olduğu saptandı.

Bir ölçme aracının zamana göre değişmezliğinin yorumlanmasında ikinci yaklaşım, tekrarlayan ölçümlerde aynı kişilerden elde edilen değerlerin birbirine benzer olmasıdır (Aktürk ve Acemoğlu 2012; Gözüm ve Aksayan 2003). Bu çalışmada tekrarlayan ölçüm değerlerinin birbirine benzer olduğu ve tekrarlayan puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı. Aynı ölçüm aracı ile aynı kişilerden elde edilen yanıtların benzer ve tutarlı olması, ölçme aracının değişmezliğinin dolayısıyla da güvenirliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Güvenirlilik analizi kapsamında bir ölçme aracındaki maddelerin, ölçme aracının bütünüyle ne kadar ilişkili olduğunun ve maddelerin ölçülen teorik yapıyla bağlantısının incelenmesi için madde toplam puan korelasyon analizi kullanılmaktadır (Büyüköztürk 2002; Gözüm ve Aksayan 2003, Özdamar 2015). Analiz sonucunda elde edilen katsayı değerinin yüksek olması, o maddenin ölçülen kavrama katkısının yüksek olduğunu gösterir (Özdamar 2015). Bununla birlikte madde toplam puan korelasyon katsayısının güvenilir olarak kabul edilmesi için ölçüt sınırının ne olacağı konusunda belirlenmiş olan standart bir değer bulunmamakla birlikte, katsayı değerinin 0.30'un üzerinde olması beklenmektedir. Ancak uygulamada 0.20'nin altındaki değerlerin de kullandığı bildirilmiştir (Gözüm ve Aksayan 2003). Bu çalışmada ölçeğin madde-toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi gösteren madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 0.20-0.72 arasında olduğu saptandı. Bu sonuç uyarlanan ölçekteki maddelerin, nütrisyonel değerlendirilmenin önemine yönelik tutumu, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve algılanan bakım kalitesini ölçmeye hizmet ettiğini göstermektedir.

Ölçme aracının homojenliğinin bir göstergesi olan Cronbach's alpha katsayısı, iç tutarlılığın hesaplanmasında kullanılan ve ölçeğin güvenirliliğinin sınanmasında kullanılan bir diğer analiz yöntemidir (Gözüm ve Aksayan 2003; Ercan ve Kan 2004; Özdamar 2015). Güvenirlilik için ölçütünün minimum 0.60'ın üzerinde olması beklenmektedir. Cronbach's alpha katsayısının 0.61-0.80 arasında olması ölçme aracının "orta düzeyde" güvenilir, "0.81-1.00" arasında ise yüksek derecede güvenilir olduğunu gösterir (Kılıç 2016). Theilla ve ark. (2016) ölçeğin orijinal çalışmada ölçeğin alt boyutlarının güvenirlilik katsayıları 0.79-0.90 arasındadır. Bu çalışmada tutum alt boyutu için $\alpha = 0.82$, bilgi düzeyi alt boyutu için $\alpha = 0.63$, algılanan bakım kalitesi alt boyutu için $\alpha = 0.85$ bulundu. Türkçeye çevrilen ölçeğin bilgi düzeyi alt boyutunun güvenirlilik katsayısı orijinal çalışmadan daha düşük bulunurken,

tutum alt boyutunun orjinal çalışma ile aynı, algılanan bakım kalitesi boyutunun ise orjinal çalışmadaki güvenilirlik katsayısına yakın olduğu belirlenmiştir. Uyarlanan ölçeğin bilgi düzeyi alt boyutunun orta düzeyde güvenilir olduğu görülürken, diğer boyutlara ait Cronbach's alpha güvenilirlik katsayılarının orijinal çalışma ile tutarlı ve yüksek derecede güvenilir olduğu sonucuna varılabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, uyarladığımız ölçeğin psikometrik özellikleri ‘‘Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği’’nin ülkemiz için yeterli düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu ortaya koymuştur. Hastaların nütrisyonel durumlarının, klinik hasta bakım sonuçlarına etkisi şüphesiz ki oldukça önemlidir. Hemşirelerin, hastaların nütrisyonel bakımına olan katkılarını iyileştirmeyi hedefleyen girişimlerin planlanması için, hemşirelerin mevcut tutumlarını, bilgi düzeyi ve bakım kalitesi algılarını araştırmayı amaçlayan çalışmalarda ölçekten yararlanılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Agarwal E, Ferguson M, Banks M, et al. Nutritional Status and Dietary İntake of Acute Care Patients: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr* 2012; 31(1): 41-7.
- Agarwal E, Ferguson M, Banks M, et al. Malnutrition and Poor Food İntake are Associated with Prolonged Hospital Stay, Frequent Readmissions, and Greater in-Hospital Mortality: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr* 2013; 32(5): 737-45.
- Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi Araştırmalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi* 2012; 39(2): 316-9.
- Al Kalaldehy MT, Shahin M. Nurses' Knowledge and Responsibility toward Nutritional Assessment for Patients in İntensive Care Units. *Journal of Health Sciences* 2014; 4(2): 90-6.
- Alzahrani SH, Alamri SH. Prevalence of Malnutrition and Associated Factors Among Hospitalized Elderly Patients in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *BMC Geriatr* 2017; 17(1): 136.
- Ameri ZD, Vafaee A, Sadeghi T, et al. Effect of A Comprehensive Total Parenteral Nutrition Training Program on Knowledge and Practice of Nurses in NICU. *Glob J Health Sci* 2016; 8(10): 135-42.
- Avelino-Silva TJ, Jaluul, O. Malnutrition in Hospitalized Older Patients: Management Strategies to Improve Patient Care and Clinical Outcomes. *Int J Gerontol* 2017; 11: 56-61.
- Bachrach-Lindström M, Jensen S, Lundin R, et al. Attitudes of Nursing Staff Working with Older People Towards Nutritional Nursing Care. *J Clin Nurs* 2007; 16(11): 2007-14.
- Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and The Healthcare System. *Int J Environ Res Public Health* 2011; 8(2): 514-27
- Brantervik AM, Jacobsson IE, Grimby A, et al. Older Hospitalised Patients at Risk of Malnutrition: Correlation with Quality of Life, Aid from The Social Welfare System and Length of Stay? *Age Ageing* 2005; 34(5): 444-9.
- Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi* 2002; 32: 470-83.
- Chapman C, Barker M, Lawrence W. Improving Nutritional Care: Innovation and Good Practice. *J Adv Nurs* 2015; 71(4): 881-94.
- Christner S, Ritt M, Volkert D, et al. Evaluation of The Nutritional Status of Older Hospitalised Geriatric Patients: A Comparative Analysis of A Mini Nutritional Assessment (MNA) Version and The Nutritional Risk Screening (NRS 2002). *J Hum Nutr Diet*, 2016; 29(6): 704-13.
- Corkins MR, Guenter P, DiMaria-Ghalili RA, et al. Malnutrition Diagnoses in Hospitalized Patients: United States, 2010. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2014; 38(2): 186-95.

- Curtis LJ, Bernier P, Jeejeebhoy K, et al. Costs of Hospital Malnutrition. *Clin Nutr* 2017; 36(5): 1391-6.
- Davis LL. Instrument Review: Getting The Most from A Panel of Experts. *Applied Nursing Research* 1992; 5(4): 194-7.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30(3): 211-6.
- Ergin DY. Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. *M.Ü. Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi* 1995;7: 125-48.
- Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, ve ark. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2013; 33(1): 210-23.
- Fernández AC, Casariego AV, Rodríguez IC, et al. Malnutrition in Hospitalized Patients Receiving Nutritionally Complete Menus: Prevalence and Outcomes. *Nutr Hosp* 2014; 30(6): 1344-9.
- Fjeldstad SH, Thoresen L, Mowé M, et al. Changes in Nutritional Care After Implementing National Guidelines-A 10-Year Follow-Up Study. *Eur J Clin Nutr* 2018; 72(7): 1000-6.
- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 5(1): 3-14.
- Harrington D. *Confirmatory Factor Analysis*. Oxford University Press, Newyork, USA. 2009. 21-35.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (19 Nisan 2011). Erişim adresi:<https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemşirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html>. Erişim Tarihi: Haziran 10, 2019
- Jefferies D, Johnson M, Ravens J. Nurturing and Nourishing: The Nurses' Role in Nutritional Care. *J Clin Nurs* 2011; 20(3-4): 317-30.
- Kang MC, Kim JH, Ryu SW, et al. Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study. *J Korean Med Sci* 2018; 33(2): 1-10.
- Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası* 2014; 40: 39-49.
- Khalaf A, Westergren A, Ekblom O, et al. Nurses' Views and Experiences of Caring for Malnourished Patients in Surgical Settings in Saudi Arabia - A Qualitative Study. *BMC Nurs* 2014;13: 29.
- Kılıç S. Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)* 2016; 6(1): 47-8.
- Kim H, Choue R. Nurses' Positive Attitudes to Nutritional Management But Limited Knowledge of Nutritional Assessment in Korea. *Int Nurs Rev* 2009; 56(3): 333-9.
- Kirkland LL, Kashiwagi DT, Brantley S, et al. Nutrition in The Hospitalized Patient. *J Hosp Med* 2013; 8(1): 52-8.
- Leiva BE, Badia TM, Virgili CN, et al. Hospital Malnutrition Screening at Admission: Malnutrition increases Mortality and Length of Stay. *Nutr Hosp* 2017; 34(4): 907-13.
- Lim SL, Ong KCB, Chan YH, et al. Malnutrition and Its Impact on Cost of Hospitalization, Length of Stay, Readmission And 3-Year Mortality. *Clin Nutr* 2012; 31(3): 345-50.
- Martin L, Leveritt MD, Desbrow B, et al. The Self-Perceived Knowledge, Skills and Attitudes of Australian Practice Nurses in Providing Nutrition Care to Patients with Chronic Disease. *Fam Pract* 2013; 31(2): 201-8.
- Marshall AP, Takefala T, Williams LT, et al. Health Practitioner Practices and Their Influence on Nutritional Intake of Hospitalised Patients. *Int J Nurs Sci* 2019; 6: 162-8.
- Meijers JM, Tan F, Schols JM, et al. Nutritional Care; Do Process and Structure Indicators Influence Malnutrition Prevalence Over Time? *Clin Nutr* 2014;33(3): 459-65.

- Mogre V, Ansah GA, Marfo DN, et al. Assessing Nurses' Knowledge Levels in The Nutritional Management of Diabetes. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2015; 3: 40-3.
- Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. Ankara; Nisan Kitabevi, 2015. 209-43.
- Persenius MW, Hall-Lord M-L, Bååth C, et al. Assessment and Documentation of Patients' Nutritional Status: Perceptions of Registered Nurses and Their Chief Nurses. *J Clin Nurs* 2008; 17(16): 2125-36.
- Philipson TJ, Snider JT, Lakdawalla DN, et al. Impact of oral Nutritional Supplementation on Hospital Outcomes. *Am J Manag Care* 2013;19(2): 121-8.
- Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti (1 Temmuz 2015) Erişim adresi <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: Haziran 10, .2019.
- Sauer AC, Alish CJ, Strausbaugh K, et al. Nurses Needed: Identifying Malnutrition in Hospitalized Older Adults. *Nursing plus Open* 2016; 2: 21-5.
- Shin BC, Chun IA, Ryu SY et al., Association Between Indication for Therapy by Nutrition Support Team and Nutritional Status. *Medicine* 2018; 97(52): e13932.
- Sohrabi Z, Eftekhari MH, Eskandari MH, et al. Malnutrition-Inflammation Score and Quality of Life in Hemodialysis Patients: Is There Any Correlation? *Nephrourol Mon* 2015; 7(3): e27445.
- Sun H, Zhang L, Zhang P, et al. A Comprehensive Nutritional Survey Of Hospitalized Patients: Results from Nutrition Day 2016 in China. *PLoS One* 2018;13(3): e0194312.
- Theilla M, Cohen J, Singer P, et al. The Assessment, Knowledge and Perceived Quality of Nutrition Care Amongst Nurses. *J Nutri Med Diet Care* 2016; 2(1): 2-5.
- Valentini A, Federici M, Cianfarani MA, et al. Frailty and Nutritional Status in Older People: The Mini Nutritional Assessment As A Screening Tool for The Identification of Frail Subjects. *Clin Interv Aging* 2018; 13: 1237-44.
- Yalcin N, Cihan A, Gundogdu H, et al. Nutrition Knowledge Level of Nurses. *Health Science Journal* 2013; 7(1): 99-108.
- Yılmaz DK, Sarkut P, Düzgün F ve ark. Yatan Hastaların Nütrisyonel Değerlendirme ve Desteğine Yönelik Hemşirelerin Görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017; 14 (2): 139-43.

Burcu KÜÇÜKKAYA¹
Orcid : 0000-0002-3421-9794

Özge ERÇEL²
Orcid :0000-0001-9733-8363

¹Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne
²Edirne Lalapaşa İlçe Entegre Devlet Hastanesi,
Edirne

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Burcu KÜÇÜKKAYA
burcukucukkaya1992@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Jinekolojik kanser, hastalık algısı, öz-
bakım gücü

Key Words:

Gynecological cancer, illness perception,
self-care agency

Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi

The Effect of Disease Perception on Self-Care Power in Gynecologic Cancer Patients

Alınış (Received): 05.07.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 19.09.2019

ÖZ

Amaç: Çalışmada, jinekolojik kanserli hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırma, Temmuz 2018 – Nisan 2019 tarihleri arasında bir devlet üniversite hastanesinin Medikal Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Yatan Hasta Klinikleri'ne başvuran 260 jinekolojik kanserli hasta üzerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri; araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan "Anket Formu", "Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ)" ve "Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)" ile toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan jinekolojik kanserli hastaların yaş ortalaması 50,0±8,7 olup, %53,1'inin kronik bir hastalığı olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların %38,8'inin endometrium kanseri, %36,5'inin over kanseri, %21,9'unun serviks kanseri olduğu ve %55,0'mın jinekolojik kanserin metastatik olduğu belirlenmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların Kısa Hastalık Algı Ölçeği puan ortalaması 50,6±10,2 olup, hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi yüksek bulunmuştur. Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması 111,6±33,0 olup, orta düzey olarak tespit edilmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların Kısa Hastalık Algı Ölçeği ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Jinekolojik kanserli hastaların olumlu hastalık algısı arttıkça öz-bakım gücü de artmaktadır. Jinekolojik kanser evresi bir olan, jinekolojik kanser durumu primer (metastazı olmayan) jinekolojik kanserli hastaların hem hastalık algıları hem de öz bakım gücü daha yüksek olduğu bulunmuştur.

ABSTRACT

Aim: This study aims to investigate the effect of disease perception on self-care power in gynecologic cancer patients.

Method: This cross-sectional study was conducted on 260 gynecologic cancer patients who were admitted to the Outpatient Chemotherapy Unit and Inpatient Clinics of the Medical Oncology Hospital of a state university hospital between July 2018 and April 2019. Data were collected with the Personal Information Form prepared by the researcher according to the literature, The Illness Perception Questionnaire Brief (IPQ-B) and The Self-Care Agency Scale (SCAS).

Results: The mean age of the patients with gynecologic cancer was 50.0±8.7, and 53.1% of them had a chronic disease. It was determined that 38.8% of patients with gynecologic cancer had endometrial cancer, 36.5% had ovarian cancer, 21.9% had cervical cancer, and 55.0% had gynecological cancer metastasis. The mean score of Brief Disease Perception Scale of the patients with gynecologic cancer was 50.6±10.2 and the mean score of Self-Care Power Scale was 111.3±33.0. There was a statistically significant relationship between Short Disease Perception Scale and Self-Care Power Scale of gynecologic cancer patients.

Conclusion: As the positive perception of disease increases in gynecologic cancer patients, self-care power increases. The gynecological cancer stage is a primary, gynecological cancer condition primary (non-metastatic) gynecological cancer patients were found to be higher in both disease perceptions and self-care power.

Kaynak Gösterimi: Küçükkaya, B. ve Erçel, Ö. (2019). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Öz-bakım Gücüne Etkisi , EGE HFD., 35 (3):137-145

How to cite: Küçükkaya, B. and Erçel, Ö. (2019). The Effect of Disease Perception on Self-Care Power in Gynecologic Cancer Patients, EGE HFD., 35 (3):137-145

GİRİŞ

Günümüzde kanser, giderek artan ve yaygınlaşan, sonuçlarıyla tüm toplumu etki altına alan ve Türkiye ve dünyanın geri kalanındaki en önemli sağlık sorunlarından biri olarak değerlendirilmektedir (Riahi ve ark 2019). Kanseri, 21. yüzyılın başlarında ölüme yol açan hastalıklar arasında yedinci sırada bulunurken, bugün dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de kardiyovasküler rahatsızlıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (Saritaş ve Büyükbayram 2016, Yıldırım ve Duman, 2019). Dünyada 18,1 milyon yeni kanser tanısı almış birey ve 9,6 milyon kanser sebebi ölüme olduğu bildirilmektedir (Ferlay ve ark 2019).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre kanser verileri her yıl; yaklaşık 98 bin erkek ve 63 bin kadının kansere yakalandığını ve kadınlarda jinekolojik kanserlerin sıralamasında ilk sıralarda uterus, over, serviks kanserinin yer aldığı gösterilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu 2013). Global Cancer Observatory (GLOBACon), 2018 verilerine göre, tüm yeni kanser olguların %3,2'sinin serviks, %1,6'sının over, %0,2'sinin vulva ve %0,1'inin vajina kanseri olduğu belirlenmiş olup, 8,6 milyon yeni kanser tanısı alan kadın olguların %6,6'sının serviks, %4,4'ünün korpus uteri, %3,4'ünün over kanseri tanısı aldığı saptanmıştır (Bray ve ark 2018). Türkiye Kanser İstatistikleri 2017'de yayımlanan kanser istatistikleri verilerine göre, 2014'te kadınların %9,8'inin uterus korpusu, %6,1'inin over ve %4,0'ünün uterus serviks kanserlerinin görüldüğü tespit edilmiştir (Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).

Jinekolojik kanserin ölümlere sebep olması, tedavi sürecinde meydana gelen fiziksel, ruhsal ve sosyoekonomik problemler, hasta ve hasta yakınları tarafından endişe edilen bir durum halini almaktadır (Saritaş ve Büyükbayram 2016). Jinekolojik kanserli hastalar hastalık tanısı aldıklarında, çoğunlukla kendi durumları hakkında hastalığa inanama, hastalığı kabul etme, yaşanan acı duygusuyla var olan en iyi şartlarda hayatını sürdürüp sürdüremeyeceğine ilişkin emosyonel, psikolojik ve davranışsal çabaya sahip olma durumu, isyan, hastalığı sebebiyle suçlayıcı duygular, ailesel ilişkilerin kötüye gideceği, sosyal desteğin yetersiz olacağı, yalnız kalacağı, dini inanışlar ve kadınlık özelliklerini kaybedeceği gibi çeşitli inanışlar oluşturmaktadırlar. Kişilerin bu tip inanışları, hastalığın yönetiminde ve oluşan davranışta anahtar-kilit rolünü ortaya çıkartmaktadır (Eker ve Aslan 2017). Bu inanışlarla birlikte jinekolojik kanser tanısının konulması ve sonrasında devam eden süreç insanların çoğunun yaşamında büyük değişimlere neden olmaktadır (Karabinis, Koukourikos ve Tsaloglidou 2015). Hastaların yaşam kalitesinin artırılması, hastalık algısının olumlu olması, öz bakım gücünün artırılması ve sürece uyumun kolaylaştırılması açısından, hastaların şikayetleri ve sürece verdiği tepkilerin öğrenilip, gereksinimlerinin karşılanması oldukça önemli yer tutmaktadır (Carlson ve Bultz 2003). Arap topluluğu olan Ürdün'de yaşayan insanların, sosyal olarak kabul edilmeleri için kültürel normlara saygı duyarak uydukları Arap kültürünün, insanların hastalıklarını algılayış biçimlerini, hastalık, iyilik halleri ve kavramlara yüklediği değerler ile şekillenmektedir ve bu şekillenme sonucunda bireylerin hastalıkla başa çıkma mekanizmaları ve öz bakım gücü etkilenmektedir. Bu nedenle, hastaların sahip oldukları öz bakım gücü ile hastalık algılarının doğrudan veya dolaylı olarak birbirlerini etkileme durumları ve düzeylerinin belirlenmesi ve incelenmesiyle bireysel iyilik halinin artırılması sağlanmaktadır (Al-Amer ve ark 2016, Lau-Walker 2006).

Bu süreçte hastalık algısı jinekolojik kanserli hastalarda öz bakımı etkileyerek fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik değişimlere neden olmasıyla birlikte, değişimler sonucunda bireylerin öz-bakım gücünde düşüş görülmektedir (Al-Amer ve ark 2016). Literatür incelenmesi ile birlikte jinekolojik kanserli hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisini irdeleyen hem ulusal hem de uluslararası çalışma bulunmamasından dolayı, yapılan çalışmanın literatüre yeni bakış açısı katıp, literatürü desteklemektedir. Bu doğrultuda çalışmada, jinekolojik kanserli hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisini incelemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma; jinekolojik kanserli hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve korelasyonel olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Bu araştırma Temmuz 2018 – Nisan 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Medikal Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Yatan Hasta Kliniklerinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırma evrenini, Temmuz 2018 – Nisan 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Medikal Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesine ve Yatan Hasta Kliniklerine başvuran 376 jinekolojik kanserli hasta oluşturmuştur. Literatür taraması sonucu bu konuda yapılan çalışma bulunamadığından Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) skoru arasında 0,30'luk bir korelasyon öngörülerek, %1 yanılma payı ve %99 güç değeriyle 260 jinekolojik kanserli hastanın (127 jinekolojik kanserli hasta Medikal Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesinden ve 133 jinekolojik kanserli hasta Yatan Hasta Kliniklerinden) çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma örneklemini dahilinde alınan jinekolojik kanserli hastalardan çalışmaya katılmak istemeyen katılımcı olmamıştır.

Veri Toplama Aracı: Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan bir Anket Formu, Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Anket Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu geliştirilen hastaların kişisel özelliklerini (yaş, boy, kilo, BKİ, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, gelir durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve kronik hastalık

varlığı) içeren 12 soru ve jinekolojik kanser (kanseri tipi, evresi, hastalığın durumu, şuan alınan tıbbi tedavi, cerrahi tedavi alma durumu, cerrahi ameliyat tarihi ve şekli) ile ilgili soruları içeren 7 soru toplam 19 sorudan oluşmaktadır ([Sonay Kurt ve Savaşer 2013](#), [Aydın Bektaş ve Akdemir 2006](#)).

Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ): Broadbent ve ark. tarafından 2006 yılında geliştirilen Kısa Hastalık Algı Ölçeği, 2007 yılında Kocaman ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır ([Broadbent ve ark 2006](#), [Kocaman ve ark 2007](#)). KHAÖ, dokuz (9) madde içermektedir. Her madde hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulamaktadır. Katılımcılar her maddeye sıfır (0) ile 10 arasında bir değer vermektedir. Ölçeğin ilk sekiz maddesi; hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalık üzerinde kontrol, tedaviye inanç, şikâyetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme şeklindeki algıları belirler. İstatistiksel analizler sonucunda 3., 4., ve 7. alt boyutlara verilen 0-10 arası puan artışı olumlu tepkiyi göstermekte, 1., 2., 5., 6. ve 8. alt boyutlara verilen 0-10 arası puan artışı olumsuz tepkiyi göstermektedir. Tersine döndürülerek hesaplanan alt boyutlar, 3., 4. ve 7.'dir (Broadbent ve ark 2006). Ölçek alt boyutlarından ve toplamdan alınan yüksek puanlar, hastalık algısında olumsuz tepkileri göstermektedir. Bu sekiz maddeye verilen değerler hesaplanarak hastalık algısı skoru elde edilir. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. KHAÖ'nin dokuzuncu maddesinde vakalara hastalıklarının nedeni olarak inandıkları faktörlerin ne olduğu sorulur ([Kocaman ve ark 2007](#)). Çalışmada KHAÖ'nin Cronbac's alfa katsayısı 0,92 olarak hesaplandı.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ): Öz bakım gücünü değerlendirmek amacıyla Kearney ve Fleischer (1979) tarafından geliştirilen ve Nahcivan (1993) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan "Öz-Bakım Gücü Ölçeği" kullanılacaktır ([Kearney ve Fleischer 1979](#), [Nahcivan 1993](#), [Nahcivan 2004](#)). Öz-bakım gücü ölçeği; 35 soruluk kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 140 iken en düşük puan 35'tir. Öz bakım gücü ölçeğinden alınan toplam puanın yüksek olması bireyin öz bakımını gerçekleştirmede bağımsız ve yeterli olduğunu göstermektedir ([Nahcivan, 1993](#), [Nahcivan 2004](#)).

Verilerin Toplanması: Veriler araştırmacılar tarafından bir üniversite hastanesinin Medikal Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Yatan Hasta Kliniklerinde özel bir görüşme odasında, yüz yüze görüşme yöntemi ile ortalama 10 dk. sürede toplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Üniversitenin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2018/23 sayılı etik onay alındıktan sonra Üniversite Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni alınarak araştırmaya başlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü jinekolojik kanserli hastalardan bilgilendirilmiş sözlü onam alınmıştır.

Verilerin İstatistiksel Analizi: Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 23,0 (IBM Statistical Package for the Social Sciences, version 23.0 IBM Corp.; Armonk, NY, ABD) programı kullanılmıştır. Analizler öncesinde nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluklarında tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Hastaların sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özellikleri tanımlayıcı istatistikler kullanarak (ortalama, standart sapma, yüzde) değerlendirilmiştir. Ölçek skorlarının dağılım özellikleri incelendiğinde, tek örneklem Kolmogorov Smirnov testine göre normal dağılım gösterdiği ($p>0.05$) bulunmuştur. Değişkenler arası ilişkileri incelemede Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı değeri olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan jinekolojik kanserli hastaların kişisel özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların yaş ortalaması $50,0\pm 8,7$, BKİ ortalaması $29,8\pm 14,6$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların %97,7'sinin evli, %65,4'ünün eğitim durumu okur-yazar ve ilköğretim, %83,1'inin gelirinin gıdere eşit, %78,5'inin ev hanımı, %96,2'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %94,6'sının sigara kullanmadığı, %99,6'sının alkol tüketmediği, %46,9'unun kronik hastalığı olmadığı ve %47,5'inin hipertansiyonu olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan jinekolojik kanserli hastaların hastalık ile ilgili özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların %38,8'inin endometriyum kanseri, %36,5'inin over kanseri, %21,9'unun serviks kanseri, %2,8'inin vulva kanseri olduğu, %43,5'inin jinekolojik kanser evresinin 3 olduğu, %55,0'mının jinekolojik kanserin metastatik olduğu, %51,1'inin herhangi bir tıbbi tedavi almadığı, %83,8'inin cerrahi tedavi aldığı ve %100,0'mının histerektomi ameliyatı geçirdiği bulunmuştur.

Çalışmaya katılan jinekolojik kanserli hastaların KHAÖ ve ÖBGÖ sonuçları ve arasındaki ilişki Tablo 3'te gösterilmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların ÖBGÖ puan ortalaması $111,3\pm 33,0$ ve KHAÖ puan ortalaması $50,6\pm 10,2$ olup, KHAÖ'nin alt boyutları olan sonuç algısının puan ortalaması $7,7\pm 3,2$, süre algısının puan ortalaması $6,9\pm 3,4$, kişisel kontrol algısı puan ortalaması $2,9\pm 3,6$, tedavi yararı algısı puan ortalaması $5,2\pm 3,9$, semptom şiddeti algısı puan ortalaması $7,7\pm 3,0$, endişe boyutunun puan ortalaması $8,0\pm 3,2$, hastalığı anlama algısının puan ortalaması $4,8\pm 3,8$, emosyonel boyut puan ortalaması $7,5\pm 3,6$ olarak saptanmıştır. Jinekolojik kanserli hastaların KHAÖ ile ÖBGÖ arasında istatistiksel olarak negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,224$; $p<0.001$).

Tablo 1. Jinekolojik kanserli hastaların kişisel özellikleri (n=260)

| Özellikler | | Ort±SS | |
|--------------------------|------------------------|----------------------------------|------|
| Yaş | | 50,0±8,7 (min: 32; max: 78) | |
| BKİ | | 29,8±14,6 (min: 18,0; max: 45,7) | |
| | | n | % |
| Medeni Durum | Evli | 254 | 97,7 |
| | Bekar | 6 | 2,3 |
| Mezun Olunan Lise | Okur-yazar değil | 31 | 11,9 |
| | Okur-yazar- ilköğretim | 170 | 65,4 |
| | Ortaöğretim ve üzeri | 59 | 22,7 |
| Gelir Durumu | Gelir giderden az | 35 | 13,5 |
| | Gelir gidere eşit | 216 | 83,1 |
| | Gelir giderden fazla | 9 | 3,4 |
| Çalışma Durumu | Ev Hanımı | 204 | 78,5 |
| | Çalışıyor | 30 | 11,5 |
| | Emekli | 26 | 10,0 |
| Sağlık Güvencesi Varlığı | Var | 250 | 96,2 |
| | Yok | 10 | 3,8 |
| Sigara Kullanma Durumu | Kullanmıyor | 6 | 2,3 |
| | Kullanmıyor | 246 | 94,6 |
| | Bırakmış | 8 | 3,1 |
| Alkol Tüketme Durumu | Tüketmiyor | 259 | 99,6 |
| | Bırakmış | 1 | 0,4 |
| Kronik Hastalık Varlığı | Var | 122 | 53,1 |
| | Yok | 138 | 46,9 |
| Kronik Hastalık Tipi | Hipotiroidi | 34 | 27,9 |
| | Hipertansiyon | 58 | 47,5 |
| | Diyabet | 30 | 24,6 |

Tablo 2. Jinekolojik kanserli hastaların hastalık ile ilgili özellikleri (n=260)

| Özellikler | | n | % |
|-----------------------------|------------------------|-----|-------|
| Jinekolojik Kanser Tipi | Endometrium | 101 | 38,8 |
| | Serviks | 57 | 21,9 |
| | Over | 95 | 36,5 |
| | Vulva | 7 | 2,8 |
| Jinekolojik Kanser Evresi | 1 | 61 | 23,5 |
| | 2 | 80 | 30,8 |
| | 3 | 113 | 43,5 |
| | 4 | 6 | 2,2 |
| Jinekolojik Kanserin Durumu | Primer (metastaz yok) | 117 | 45,0 |
| | Metastatik | 143 | 55,0 |
| Alınan Tıbbi Tedavi | Radyoterapi | 9 | 3,5 |
| | Kemoterapi+Radyoterapi | 118 | 45,4 |
| | Tedavi almadı | 133 | 51,1 |
| Cerrahi Tedavi | Evet | 218 | 83,8 |
| | Hayır | 42 | 16,2 |
| Cerrahi Ameliyat Tipi** | Histerektomi | 218 | 100,0 |
| | Vulvektomi | 7 | 2,7 |

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3. Jinekolojik kanserli hastaların KHAÖ ve ÖBGÖ sonuçları ve arasındaki ilişki (n=260)

| Ölçekler | Ort±SS | p | r |
|----------------------------------|------------|--------|--------|
| Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) | 111.3±33.0 | | |
| Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) | 50.6±10.2 | | |
| Sonuç algısı | 7,7±3,2 | <0,001 | -0,224 |
| Süre algısı | 6,9±3,4 | | |
| Kişisel kontrol algısı | 2,9±3,6 | | |
| Tedavi yararı algısı | 5,2±3,9 | | |
| Semptom şiddeti algısı | 7,7±3,0 | | |
| Endişe boyutu | 8,0±3,2 | | |
| Hastalığı anlama algısı | 4,8±3,8 | | |
| Emosyonel boyut | 7,5±3,6 | | |

Jinekolojik kanserli hastaların bazı kişisel ve hastalık ile ilgili özellikleri ile KHAÖ ve ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. BKİ'si düşük olan, geliri giderine eşit olan (p=0,035), çalışan (p=0,006), vulva kanserine sahip olan (p<0,001), jinekolojik kanser evresi bir olan (p<0,001), jinekolojik kanser durumu primer (metastazı olmayan) (p<0,001) ve herhangi bir tıbbi tedavi almayan (p=0,001) jinekolojik kanserli hastaların hastalık algılarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden fazla olan (p=0,019), jinekolojik kanser evresi bir olan (p<0,001) ve jinekolojik kanser durumu primer (metastazı olmayan) (p<0,001) jinekolojik kanserli hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. Jinekolojik kanserli hastaların bazı kişisel ve hastalık ile ilgili özellikleri ile KHAÖ ve ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=260)

| | Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) | | Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| | Mean (SD) | Test | Mean (SD) | Test |
| BKİ | -20,76±17,82 | -18,789 <0,001 | -81,43±36,39 | -36,080 <0,001 |
| Gelir Durumu | | | | |
| Gelir gidenen az | 58,22±5,36 | KW=6,69** 0,035 | 93,89±35,71 | KW=7,96** 0,019 |
| Gelir gidere eşit | 50,28±9,65 | | 110,04±32,57 | |
| Gelir gidenen fazla | 50,51±13,54 | | 123,17±32,30 | |
| Çalışma Durumu | | | | |
| Ev Hanımı | 51,06±10,77 | KW=10,16** 0,006 | 110,50±32,50 | KW=1,53** 0,466 |
| Çalışıyor | 51,40±6,88 | | 112,83±36,88 | |
| Emekli | 45,88±7,66 | | 115,31±32,97 | |
| Jinekolojik Kanser Tipi | | | | |
| Endometriyum | 52,95±9,09 | KW=19,95** <0,001 | 106,44±31,16 | KW=2,82** 0,421 |
| Serviks | 48,08±9,95 | | 115,40±28,80 | |
| Over | 52,47±10,47 | | 109,42±36,71 | |
| Vulva | 41,86±8,01 | | 115,43±48,77 | |
| Jinekolojik Kanser Eyresi | | | | |
| 1. | 46,66±12,13 | KW=21,77** <0,001 | 132,20±24,93 | KW=40,16** <0,001 |
| 2. | 48,86±9,98 | | 108,71±27,33 | |
| 3. | 53,81±7,71 | | 101,04±35,93 | |
| 4. | 52,67±16,01 | | 124,50±12,05 | |
| Jinekolojik Kanser Durumu | | | | |
| Primer (metastaz yok) | 46,97±11,78 | Z=-5,269* <0,001 | 126,50±23,26 | Z=-6,018* <0,001 |
| Metastatik | 53,55±7,57 | | 98,78±34,55 | |
| Alınan Tıbbi Tedavi | | | | |
| Radyoterapi | 65,56±0,53 | KW=11,57** 0,001 | 129,56±0,53 | KW=3,05** 0,081 |
| Kimoterapi+Radyoterapi | 52,17±9,58 | | 103,75±34,38 | |
| Tedavi almadı | 48,37±10,32 | | 116,66±31,37 | |

TARTIŞMA

Jinekolojik kanser hastaları, hastalık algısını olumsuz yönde etkileyecek ve öz bakımını sürdürmeyi zorlaştırabilecek birçok problemle karşı karşıya kalmaktadır ve bu nedenle destekleyici bakım ihtiyaçları oluşturmaktadır. Destekleyici bir bakım ihtiyacı, hastanın yaşamış olduğu bir sorunla baş etmede destek alma arzusu olarak tanımlanmaktadır (Faller ve ark. 2019). Destekleyici bakımı sağlayabilecek olan hemşireler, duyulan ihtiyacın değerlendirilmesi, hastaların yardıma ihtiyaç duyduğu alanların ve ihtiyaç duydukları yardımın seviyesinin belirlenmesi ile hastalık algısı ve öz bakım gücünü olumlu yönde etkileyebilirler.

Çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların çoğunun endometrium ve over kanseri olduğu, jinekolojik kanser evresinin üç olduğu ve jinekolojik kanserin metastatik olduğu bulunmuştur. Manne ve ark.'nın (2017) yeni tanı alan jinekolojik kanser hastaları için iki psikolojik müdahalenin karşılaştırıldığı çalışmada, yeni tanı alan jinekolojik kanser hastaların %61,4'ünün over, %13,1'inin endometrium, %8,8'inin fallop tüpü, %8,5'inin uterus, %4,0'mın serviks kanseri olduğu, %49,4'ünün FİGO evrelemesine göre jinekolojik kanser evresinin 3 olduğu ve %91,2'sinin metastatik hastalık olmadığı saptanmıştır. Sørensen ve ark.'nın (2016) Danimarka Jinekolojik Kanser Veri Tabanı'nı inceledikleri çalışmada, Danimarka Jinekolojik Kanser Veri Tabanı'na göre tanı alan kadınların toplamda %38,4'ü endometrial, %23,6'sı over, %19,1'i serviks, %1,7'si vulva, %1,6'sı tubal ve %0,2'si vajina kanseri olduğu tespit edilmiştir. Ergin ve ark.'nın (2019) 2012-2017 yılları arasında kadınlarda görülen kanser türleri ve dağılımlarını inceledikleri çalışmada, kanser tanısı alan kadınların %17,3'unun uterus korpus, %9,8'inin serviks, %5,0'mının over, %1,2'sinin vulva-vajen ve %1,1'inin fallop tüpü kanseri olduğu saptanmıştır. Güler ve Mete'nin (2019) jinekolojik kanserli kadınlar ile yaptıkları çalışmada, %24,6'sının over kanseri, %43,1'inin endometrium kanseri, %30,9'inin serviks kanseri ve %1,4'ünün vulva kanseri olduğu, %38,0'mın sadece cerrahi tedavi aldığı, %4,0'mın hem kemoterapi hem de radyoterapi aldığı belirlenmiştir. Koç ve Şener'in (2017) onkoloji hastaları ile yaptıkları çalışmada, onkoloji hastaların %1,1'inin jinekolojik kansere sahip olduğu, %33,7'sinin kanser evresinin iki olduğu, %47,2'sinin tıbbi tedavi olarak hem kemoterapi hem de radyoterapi aldığı saptanmıştır. Literatür bulguları ile bazı çalışma bulguları ile benzerlik gösterirken bazı çalışma bulguları ile değişiklik göstermiş olup, bazı çalışmalarla benzerlik göstermemesi örneklem sayısından, çalışmanın yürütüldüğü ülke veya bölgenin farklı olmasından ve çalışmanın yapıldığı yerde yürütülen sağlık politikalarının farklılığından kaynaklanmaktadır.

Bu çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların ÖBGÖ puan ortalaması 111,3±33,0 olup, orta düzeyde bulunmuştur. Goudarjian ve ark.'nın (2019) İranlı kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, kanser hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasını 131,72±12,45 olup, öz bakım gücünü yüksek düzeyde belirlenmiştir. Bae ve ark.'nın (2017) lenfödemli kadın onkoloji hastaları ile yaptıkları çalışmada, kadın onkoloji hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasını 151,32±21,32 olup, öz bakım gücünü yüksek düzeyde saptamıştır. Castro ve ark.'nın (2015) servikal kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmada, kontrol grubu olan servikal kanserli hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasını 91,94±14,95 olup, öz bakım gücünü orta düzeyde belirlenmiştir. Çankaya'nın (2018) meme koruyucu cerrahi yapılan kadınlar ile yaptıkları çalışmada, öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasını 102,22±27,24 olup, öz bakım gücünü yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Koç ve Şener'in (2017) yaptıkları çalışmada, onkoloji hastalarının öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasını 79,5±22,6 olup, öz bakım gücünü orta düzeyde tespit etmiştir. Gün'ün (2011) histerektomili hastalarda benlik saygısının öz-bakım gücüne etkisini incelediği çalışmada, öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasını 80,31±11,78 olup, öz bakım gücünü orta düzeyde belirlemiştir. Ulusal literatür bulguları ile çalışma bulguları benzerlik göstermiş olup, jinekolojik kanserli hastaların öz bakım gücünün orta düzeyde belirlenirken, bazı uluslararası literatür bulguları ile benzerlik göstermekte olup, bazı uluslararası literatür bulguları ile çalışma bulguları arasında belirlenen öz bakım gücünün düzey farklılığının kaynağı örneklem grubunun yaş, eğitim seviyesi ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların KHAÖ puan ortalaması 50.59±10.22 olup, hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalığın sonucunu, emosyonel boyutu, hastalığın süresini ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi yüksek; hastalığı anlama ve tedavi yararı algılama düzeyi orta ve kişisel kontrol algılama düzeyi düşük bulunmuştur. Thong ve ark.'nın (2019) endometriyal kanserden kurtulanlarda hastalık algıları ile sağlık bakımı kullanımı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, hastaların sonuç algısının puan ortalaması 3,2±2,4, süre algısının puan ortalaması 3,1±2,8, kişisel kontrol algısı puan ortalaması 5,6±3,3, tedavi yararı algısı puan ortalaması 3,4±2,9, semptom şiddeti algısı puan ortalaması 2,9±2,5, endişe boyutunun puan ortalaması 3,6±2,7, hastalığı anlama algısının puan ortalaması 4,3±3,2, emosyonel boyut puan ortalaması 3,3±2,6 olup, daha fazla fiziksel semptom sıkıntısı yaşayan ve iyimserlik seviyesi düşük olan bireylerin olumsuz hastalık algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Zhang ve ark.'nın (2016) kanser tanılı olup iyileşen hastaların hastalık algısını inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların tedavi yararı algılama düzeyi yüksek ve hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalığın sonucunu, emosyonel boyutu, hastalığın süresini, kişisel kontrol algılama, hastalığı anlama ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi orta olup, daha fazla fiziksel semptom sıkıntısı yaşayan ve iyimserlik seviyesi düşük olan bireylerin olumsuz hastalık algısının yüksek olduğu saptanmıştır. Hopman ve Rijken'in (2015) kanser hastalarında hastalık algılarını inceledikleri çalışmada, sonuç algısının puan ortalaması 2,69±0,82, kişisel kontrol algısı puan ortalaması 2,65±0,68, tedavi yararı algısı puan ortalaması 3,36±0,72, hastalığı anlama algısının puan ortalaması 3,80±0,69 ve emosyonel boyut puan ortalaması 2,47±0,91 olup, kanserli hastaların hastalığın negatif sonuçlarına ilişkin algılarının yüksek olduğu bulunmuştur. Scharloo ve ark.'nın (2010) baş ve boyun skuamöz hücreli karsinomda hastalık algısını inceledikleri çalışmada, hastaların hastalığın negatif sonuçlarına ilişkin algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Süt'ün (2017) jinekolojik cerrahi operasyon öncesi hastaların hastalık algıları üzerine etkili faktörleri incelediği çalışmada, KHAÖ puan ortalaması 44,7±16,1, sonuç algısının puan ortalaması 6,1±3,2, süre algısının puan ortalaması 4,8±3,2, kişisel kontrol algısı puan ortalaması 6,3±3,1, tedavi

yararı algısı puan ortalaması $3,1 \pm 2,8$, hastalığı anlama algısının puan ortalaması $5,9 \pm 3,1$, endişe boyutunun puan ortalaması $6,3 \pm 3,0$, uyum algısı puan ortalaması $5,6 \pm 3,3$ ve emosyonel boyut puan ortalaması $6,5 \pm 3,1$ olup, kanserli hastaların hastalığın negatif sonuçlarına ilişkin algılarının yüksek olduğu bulunmuştur. [Karabulutlu ve Karaman'ın \(2015\)](#) kanser hastalarında hastalık algısını değerlendirdiği çalışmada, kanserli hastaların hastalığın şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olan etkileriyle ilgili olumsuz inançlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Literatür bulguları ile çalışma bulguları hastalıktan etkilenme, hastalığın sonucu, emosyonel boyut, hastalığın süresi, hastalığı endişe verici olarak algılama, hastalığı anlama, tedavi yararı algılama ve kişisel kontrol algılama düzeyleri açısından benzerlik göstermiş olup, jinekolojik kanserli hastaların hastalığın sonucuna, kişisel kontrole, tedavinin yararına, semptom şiddetine, endişeye, hastalığı anlama düzeyine, emosyonel duruma bağlı olarak olumsuz inançları yüksek olmaktadır.

Bu çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların hastalık algı düzeylerinden olumsuz inanç seviyesi arttıkça öz-bakım gücü azaldığı bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastalar üzerinde yapılmış olan, ulusal ve uluslararası literatürde anahtar kelimeler ve konusu kapsamında kelimeler taratılıp incelendiğinde, çalışma bulgularını kapsayan çalışmalara ulaşılamamış olup, çalışma bulgusu literatürü destekleyeceği düşünülmektedir. [Al-Amer ve ark.'nın \(2016\)](#) diyabetli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastalık algısı ile öz bakım gücü arasında bir ilişki olduğu ve hastalık algısı olumsuz olarak algılandıkça öz bakım gücünün de negatif etkileyeceği belirtilmiştir. Bu doğrultuda, jinekolojik kanserli hastaların, hastalığın sonucunun olumsuz olacağı, hastalık üzerinde kontrolü olmadığını, tedavinin hastalık üzerinde etkisinin olmadığını, hastalığın belirtilerini azaltmadığı, var olan endişeyi azaltmak yerine arttırdığını düşünmesi, hastalığı tam olarak kavrayamama durumunun olması ve emosyonel durumunun negatif etkilenmesiyle birlikte öz bakım gücü olumsuz etkilenmektedir.

Çalışmada, BKİ'si düşük olan, gelir giderine eşit olan ($p=0,035$), vulva kanserine sahip olan, jinekolojik kanser evresi bir olan, jinekolojik kanser durumu primer (metastazı olmayan) ve herhangi bir tıbbi tedavi almayan jinekolojik kanserli hastaların hastalık algıları daha iyiyken, geliri giderinden fazla olan, jinekolojik kanser evresi bir olan ve jinekolojik kanser durumu primer (metastazı olmayan) jinekolojik kanserli hastaların öz bakım gücü daha yüksek olduğu bulunmuştur. [Süt'ün \(2017\)](#) yaptığı çalışmada, gelir düzeyi orta olan hastaların gelir düzeyi düşük olan hastalara göre hastalık algısının daha iyi olduğunu saptamıştır. [Gün'ün \(2011\)](#) yaptığı çalışmada, geliri giderinden fazla olan, jinekolojik kanser evresi bir olan ve jinekolojik kanser durumu primer (metastazı olmayan) olan histerektomili hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Literatür bulguları ile çalışma bulguları benzerlik göstermiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Jinekolojik kanserli hastaların olumlu hastalık algısı arttıkça öz-bakım gücünde artmaktadır. Gelir, kanser evresi, metastaz durumu değişkenlerinin hem hastalık algısı ve hem de öz bakım gücü; BKİ, kanser tipi, alınan tedavinin hastalık algısı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda; hastalığın sonucuna, kişisel kontrole, tedavinin yararına, semptom şiddetine, endişeye, hastalığı anlama düzeyine, emosyonel duruma bağlı olarak olumsuz inançları yüksek olan jinekolojik kanserli hastaların bakımından sorumlu olan hemşirelerin, bireylerin öz bakımını arttırmaya yönelik olumlu hastalık algısı geliştirmesi ve öz bakım gücünü yükseltmesi, hem hastalık algısını hem de öz bakım gücünü etkileyen kanser evresi ve metastaz durumuna yönelik olarak erken evrede hastalığın tanımlanması amacıyla bu alanda uzmanlaşan hemşirelerin aktif katılımının sağlanması ile erken tarama programları hakkında farkındalık kazandırma amaçlı seminerler ve etkinlikler düzenlenmesi, kanser haftalarına yönelik aktiviteler düzenlenmesi, erken tarama programlarının yaygınlaştırılmasına katkıda bulunmak amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkezi (KETEM) ile işbirliği içinde olunarak jinekolojik kanserlerin erken tarama programlarına yönlendirilmesi ile hastalık algısının artmasıyla öz bakım gücünün artmasının sağlanacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Al-Amer R, Ramjan L, Glew P, Randall S, Salamonson Y. Self-efficacy, Depression, and Self-care Activities in Adult Jordanians with Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perception. *Issues in Mental Health Nursing* 2016;37(10):744-55.
- Aydın Bektaş H, Akdemir N. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;26(5):488-99.
- Bae KR, Im YS, Noh GO, Son Y, Seo HG. Relationships Among Hope, Self-Care Agency and Quality of Life of Female Oncology Patients with Lymphedema. *Asian Oncology Nursing* 2017;17(4):213-9.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2018;68(6):394-424.
- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res* 2006;60(6):631-7.
- Carlson LE, Bultz DB. Benefits of Psychosocial Oncology Care: Improved Quality of Life and Medical Cost Offset. *BioMed Central; Health and Quality of Life Outcomes*. Retrived April 17, 2019, from <http://hql.o.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-8>.
- Castro EKD, Peuker AC, Lawrenz P, Figueiras MJ. Illness Perception, Knowledge and Self-Care About Cervical Cancer. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2015;28(3):483-9.
- Çankaya G. Meme Koruyucu Cerrahi Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz Bakım Gücü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2018.
- Eker A, Aslan E. Psychosocial Approaches for Gynecological Cancer Patients/Jinekolojik Kanser Hastalarında Psiko-sosyal Yaklaşım. *Journal of Education and Research in Nursing* 2017;14(4):298-304.
- Ergin A, Özdilek R, Dutucu N. 2012-2017 Yılları Arasında Kadınlarda Görülen Kanser Türleri ve Dağılımları: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2019;5(1),1-21.
- Faller H, Hass HG, Engehausen D, Reuss-Borst M, Wöckel A. Supportive Care Needs and Quality of Life in Patients with Breast and Gynecological Cancer Attending Inpatient Rehabilitation: A Prospective Study. *Acta Oncologica* 2019;58(4):417-24.
- Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating The Global Cancer Incidence and Mortality in 2018: GLOBOCAN Sources and Methods. *International Journal of Cancer* 2019;144(8):1941-53.
- Güler B, Mete S. Effects of Some Characteristics of Gynecological Cancer Diagnosis and Treatment on Women's Sexual Life Quality. *Indian J Cancer* 2019;56:157-62.
- Goudarzian AH, Boyle C, Beik S, Jafari A, Nesami MB, Taebi M, Zamani F. Self-care in Iranian Cancer Patients: The Role of Religious Coping. *Journal of Religion and Health* 2019;58(1):259-70.
- Gün Ç. Histerektomili Hastalarda Benlik Saygısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2011.
- Hopman P, Rijken M. Illness Perceptions of Cancer Patients: Relationships with Illness Characteristics and Coping. *Psycho-Oncology* 2015;24(1):11-8.
- Karabinis G, Koukourikos K, Tsaloglidou A. Psychological Support and Quality of Life in Patients with Gynecological Cancer. *IJRMS* 2015;3(11):2992-7. doi: doi/10.18203/2320-6012.ijrms20150948.
- Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *HSP* 2015;2(3):271-84.
- Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an Instrument to Measure Exercise of Self Care Agency. *Research In Nursing & Health* 1979;2(1):25-34.

- Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:271-80.
- Koç Z, Şener A. Distress Symptoms, Anxiety, Depression Level, and Self-Care Ability of Oncology Inpatients in a Region of Turkey. *Eur. J. Oncol* 2017;22(1):76-87.
- Lau-Walker M. Predicting Self-Efficacy Using Illness Perception Components: A Patient Survey. *British Journal of Health Psychology* 2006;11(Pt 4):643-61. doi:10.1348/135910705x72802
- Manne SL, Virtue SM, Ozga M, Kashy D, Heckman C, Kissane D, et al. A Comparison of Two Psychological Interventions for Newly-Diagnosed Gynecological Cancer Patients. *Gynecologic Oncology* 2017;144(2):354-62.
- Nahcivan N. Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 1993.
- Nahcivan N. A Turkish Language Equivalence of The Exercise of Self-Care Agency Scale. *Western Journal of Nursing Research* 2004;26(7):813-24.
- Riahi S, Mokhtari AM, Vali M, Abdzadeh E, Mohseni S, Salehiniya H, Hassanipour S. The Incidence and Mortality Rate of Cervix Cancer in Iran from 1990 to 2016: A Systematic Review and Meta-Analysis Running title: Cervix cancer in Iran. *Journal of Contemporary Medical Sciences* 2019;5(1):1-7.
- Sartaş SÇ, Büyükbayram Z. Kemoterapi Alan Hastaların ve Bakım Veren Yakınlarının Anksite Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15(2): 141-50.
- Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TPM, Velzen-Verkaik E, Akker MD, Kaptein AA. Illness Cognitions in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Predicting Quality of Life Outcome. *Support Care Cancer* 2010;18(9):1137-45.
- Sørensen SM, Bjørn SF, Jochumsen KM, Jensen PT, Thranov IR, Hare-Bruun H, et al. Danish Gynecological Cancer Database. *Clinical Epidemiology* 2016;8:485-90.
- Sonay Kurt A, Savaşer S. Kanserli Adölesanların Yaşam Kalitesi Düzeyine Re-Mission Video Oyununun Etkisi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2013;28(2):51-8.
- Süt HK. Jinekolojik Cerrahi Operasyon Öncesi Hastaların Hastalık Algıları Üzerine Etkili Faktörler. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2017;13:83-90.
- The Danish Ministry of Health and prevention, Declaration of Approval of Clinical Quality Databases. Declaration nr 459 of 16/05/2006 §1, part 4. Retrieved June 14, 2019, from <http://www.retsinformation.dk>.
- Thong MSY, Mols F, Kaptein AA, Boll D, Vos C, Pijnenborg JMA, et al. Illness Perceptions are Associated with Higher Health Care Use in Survivors of Endometrial Cancer: A Study from The Population-Based PROFILES Registry. *Supportive Care in Cancer* 2019;27(5):1935-44. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4451-3>.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Retrieved April 18, 2019, from <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5119,yilliktrpdf.pdf>.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. Retrieved June 11, 2019, from https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR_uzuuun.pdf.
- Yıldırım E, Duman NB. Geriatrik Yaş Grubundaki Kadınlarda Jinekolojik Kanserler ve Taramalar. *Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics* 2019;5(1):8-14.
- Zhang N, Fielding R, Soong I, Chan KK, Tsang J, Lee V, et al. Illness Perceptions Among Cancer Survivors. *Supportive Care in Cancer* 2006;24(3):1295-304.

Mahire Olcay ÇAM¹
Orcid : 0000-0002-6115-7306

Ege Miray TOPCU¹
Orcid :0000-0001-5574-7441

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Ege Miray TOPCU
egemiray@yandex.com

Anahtar Sözcükler:

Çocuk, DEHB, hemşirelik, bakım

Key Words:

Child, ADHD, nursing, care

Çocukluk Dönemi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Childhood Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Mental Health and Psychiatric Nursing

Alınış (Received): 19.03.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 19.08.2019

ÖZ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında başlayan, belirtileriyle günlük yaşamı aksatan ve sonucunda yaşam kalitesinin olumsuz etkileyen bir bozukluktur. Bu derlemenin amacı, DEHB tanılı çocukların günlük yaşantılarında yaşadıkları zorlukları göz önüne alarak ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin çocuk ve aileye yönelik bakımda dikkat etmesi gereken noktaları sunmaktır.

DEHB tanılı çocukların akran, kardeş ve aile bireyleri ile ilişkileri, dil ve anlama süreçlerinin gelişimi, iletişim kurma ve problem çözme becerilerinde aksama, akademik alanda sorun yaşama, duygularını ifade etmede zorlanma, öfke duygusunu yönetememe gibi zorlanılan yaşam alanları literatürde belirtilmektedir. Bu çocuklara farmakolojik tedavinin yanı sıra psiko-sosyal müdahale, ebeveyn eğitimi, davranış terapisi, bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimi önerilmektedir. Bu çocukların ve ailelerinin günlük yaşamlarında zorlandıkları alanlarda desteklenmesi için ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresi; çocuk ve ergenleri bilgilendirmeli, farmakolojik, non-farmakolojik tedavi ve terapi programlarını yürütmeli ve ayrıca çocuğun ailesinin de sürece aktif katılımını sağlamaları önemlidir. Aileye hastalık hakkında eğitim vermek, yan etkiler konusunda bilgilendirmek, tedavide aile ve çocukla birlikte, işbirliği içerisinde çalışmak hemşirelik girişimlerinin hedeflerini oluşturan başlıca unsurlardır.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD) is a disorder that begins in childhood and affects quality of life negatively, with daily life disruption. The aim of this review is to present the points that mental health and psychiatric nurses should pay attention to in the care of children and families by considering the difficulties experienced in the daily life of children with ADHD.

Difficulties such as the relationship between the children with ADHD, peer, siblings and family members, development of language and comprehension processes, problems in communication and problem solving skills, problems in academic field, difficulty in expressing emotions, inability to manage feelings of anger are mentioned in the literature. Mental health and psychiatric nurses to support these children and their families in areas where they have difficulty in their daily lives; inform children and adolescents, carry out pharmacological, non-pharmacological treatment and therapy programs, and also ensure that the child's family is actively. To educate the family about the disease, to inform about the side effects, to work in cooperation with the family and the child are the main factors that constitute the goals of nursing initiatives.

Kaynak Gösterimi: Çam, M.O. ve Topcu, E.M. (2019). Çocukluk Dönemi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği , EGE HFD., 35 (3):147-154

How to cite: Çam, M.O. and Topcu, E.M. (2019). Childhood Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Mental Health and Psychiatric Nursing, EGE HFD., 35 (3):147-154

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında başlayan, çocukların yaşlarına ve gelişimlerine uygun olmayan, dikkatsizlik, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik belirtilerinin eşlik ettiği nörogelişimsel bir bozukluktur (DSM – 5 2014). Yapılan iki meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre, 2007 yılında çocuklar için yaygınlık oranının %5.9 olduğunu, bu oranın 2014 yılında %7.1 e ulaştığını belirtmiştir (Polanczyk ve ark. 2007, Polanczyk ve ark. 2014). Belirtilen oranlar 30 kişilik bir sınıfta yaklaşık olarak 3–4 öğrencinin DEHB tanılı olabileme ihtimali olarak örneklendirilebilir. DEHB'nun tedavisinde farmakolojik ajanlar ve psikososyal müdahaleler yer almaktadır.

DEHB çocukların hayatını birçok alanda olumsuz yönde etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren bir bozukluktur (Göker ve ark. 2011, Kandemir ve ark. 2014). Aileler doktora “eli dursa ayağı durmaz”, “onu bir yerde zapt etmek imkânsız”, “derste sanki başka yerde”, “kendisine bir şey söylendiğinde sanki burada değil”, “çok unutkan” gibi ve benzeri yakınma cümleleri ile başvurumaktadırlar (Ercan ve Aydın 2014). DEHB tanılı çocuklar iletişim becerilerinin etkilendiği belirtiler nedeniyle, kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkileyen bir takım zorluklar yaşamaktadırlar. Yaşanılan bu zorluklar çocuğun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Göker ve ark. 2011, Kandemir ve ark. 2014, Topcu 2017).

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireleri terapötik görüşmeler yaparak, ruhsal problemi olan çocukların sorunlarını saptayıp, girişimleri planlayabilir ve planlanan girişimleri uygulayıp sonuçlarını değerlendirebilir. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin DEHB'na özgü uygulayabileceği standart bir girişim bulunmamaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin temel felsefesinde de yer aldığı gibi bakım birey merkezli planlanmalıdır (Arslan ve Buldukoğlu 2015). DEHB sadece çocuğun ruhsal durumunu değil gelişim hızını, ilişkilerini ve çevresinde yer alan kişilerin de etkilendiği bir bozukluktur. Bu derlemenin amacı, DEHB tanılı çocukların günlük yaşamlarını etkileyen sorunları incelenerek, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin çocuk ve aileye yönelik bakımda dikkat etmesi gereken noktaları sunmaktır.

Gentschel ve McLaughlin (2000) araştırmalarında, DEHB'nu bir sosyal sorun olarak tanımlamaktadır. DEHB ile birlikte yaşayan bireyler de sosyal açıdan birçok sorun bildirmektedir. Sosyal açıdan yetersiz çocuklar okul ve günlük yaşamlarında bulunan akran ya da aile üyeleriyle ilişkilerinde zorluk yaşamaktadır. Aynı zamanda iş birliği yapma kendi kendini yönetme de sorun yaşamaktadırlar (Akbaş ve ark. 2015). DEHB tanısı alan çocukların aynı cinsiyetteki sınıf arkadaşlarına kıyasla daha itici ve dışlanmış görüldükleri ayrıca daha az sayıda ikili ilişki kurdukları (Ayaz ve ark. 2013), %60 - 80 oranında akran ilişkilerinde reddedildikleri ve bu durumun ret edilme ile sınırlı olmadığını daha fazla kıyaslama ve sosyal destek eksikliği yaşadıkları (Hoza 2007) belirtilmektedir. Normal büyüme gelişme sürecinde akran ilişkileri çocuğun psikolojik ve sosyal gelişimi için önemlidir. Akalın'ın (2005) çalışmasında, DEHB tanısı alan çocukların abla/ağabeylerinin de günlük yaşamlarında sosyal sorun yaşadıkları ve sosyal yeterliliklerinin daha az olduğu saptanmıştır.

DEHB tanılı çocukların ailelerinin, diğer ailelere kıyasla aile ilişkilerinde daha çok sorun yaşadıkları ve çeşitli güçlüklerle mücadele etmek zorunda kaldıkları görülmektedir (Soysal ve ark. 2013, Savcı 2017). Türe (2010) çalışmasında, aile tutumları ve bu tutumların DEHB tanılı çocukların benlik saygısı üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda DEHB tanılı çocukların annelerinin aşırı koruyuculuk ve ev kadınlığını reddediş tutumlarının, evlilik çatışması – geçimsizlik sorunları yaşamalarının çocuklarının benlik saygılarının etkilediği belirlenmiştir. Aile açısından olumsuz sonuçlar sadece aile işlevselliği üzerinde değil, ebeveynlerin karar vermeleri, başa çıkma yöntemleri ve becerileri, anksiyete düzeyleri, genel sağlık algıları üzerinde de etkili olduğunu belirten çalışmalar vardır (Chen ve ark. 2015, Özyurt ve ark. 2015, Abacı 2018).

DEHB tanılı çocuklarının dil ve anlama becerilerinin aynı yaş gelişimindeki çocuklara göre daha geride olduğunu gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır (Gut ve ark. 2012, Caillies ve ark. 2014). Caillies ve arkadaşları (2014) DEHB tanılı çocukların kelimenin ikinci anlamını ve ironisini anlamakta güçlük çektiklerini ve sözel cevaplandırmalarda daha az başarılı olduklarını belirtmişlerdir. Işıtan ve Doğan (2011), DEHB tanılı çocukların sözel anlatı becerilerini değerlendirmiş ve öykü anlatmada DEHB tanılı çocukların diğer çocuklara göre anlamlı olarak daha başarısız olduklarını belirtmiştir. DEHB tanılı çocuklar hikâye anlatımında zamanı belirtme bölümünü sıklıkla atladıkları, matematiksel düşünme ve duyulan sese tepki verme puan ortalamalarının bu çocuklarda kontrollere göre daha geri olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada seçici dikkatleri ve başarı motivasyonları kontrollere göre daha düşük bulunmuştur (Gut ve ark. 2012). Bu alanda yaşanan sorunların karmaşık komutları uygulayamama, dinlemiyormuş gibi görünme, unutkanlık gibi belirtilerinin kaynağı olduğu düşünülmektedir.

DEHB tanılı çocuklarda düşük okul puanları, okuma becerisinde gerilik, matematik dersinde zorlanmalar görülmektedir ve başarı motivasyonlarının da normal çocuklara göre daha az olduğu belirtilmektedir (Habboushe ve ark. 2001, Loe ve Feldman 2007). García ve arkadaşlarının (2015) DEHB tanılı çocukların sınıf içerisindeki performanslarının incelendiği bir çalışma sonucuna göre ise; sınıf içinde dikkatlerini toplama, düşünerek, bilinçli ve farkında olarak davranabilmede, bağımsız işlevlerinde zorluk yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çocuğun sağlıklı gelişimi için uygun geri bildirim alması ve onaylanması önemlidir. Ericson'un (1984), psikososyal gelişim kuralları kapsamında, gelişim ödevlerini ve görevlerini incelediğimizde, okul çağı çocukluğunda, çocukların okul içerisindeki başarıları, uygun düzeyde geri bildirim ve onay almaları çocuğun bu dönemi sağlıklı bir şekilde tamamlayarak, bir sonraki döneme geçişinde önem taşıdığı vurgulanmaktadır. DEHB tanısı alan çocuklarda, diğer çocuklar gibi zamanlarının büyük bölümünü okulda geçirmektedirler. Bu nedenle, okuldaki sosyal ilişkileriyle, akademik başarıları ya da uygun

geri bildirim ve destek görmeleri gelişimleri açısından önem arz etmektedir.

DEHB tanılı çocuklar belirtilen zorlukların yanı sıra duygularını ifade etme ve yönetme de zorluk yaşamaktadır. DEHB tanılı çocuklarda, empati becerileri ve duygu ifadesi tanıma gibi sosyal bilişsel becerilerde bozukluklar olduğu belirtilmektedir (Uekermann 2010). DEHB belirtileri ile öfkeyi yönetme becerileri arasında bir ilişki olduğu saptanmış ve bu çocukları daha olumsuz sonuçlarla karşılaştıkları saptanmıştır (Oliver ve ark. 2015). Gümüştaş (2011), DEHB tanısı alan ve almayan 8-14 yaş grubu çocuk ve ergenler ile yaptığı çalışmasında, DEHB olgularında empati becerilerinde sağlıklı kontrol grubuna oranla yetersizlikler görüldüğü, empati becerilerinin erkek çocuklarda daha belirgin oranda bozuk olduğu sonuçlarına ulaşmıştır. Ayaz ve arkadaşları çalışmalarında, DEHB tanılı çocukların yüz ifadelerini tanıma ve karşılıklı ilişkileri başlatma, sürdürme ve sosyal duruma uygun tepki verebilme becerisinin bozulduğunu belirlemişlerdir. Çalışmaları yüz ifadesine dayanarak duyguları tanıma açısından DEHB tanılı çocukların zorlandıklarını vurgulamaktadır. Duyguları tanımanın yanı sıra DEHB tanılı çocukların, duygularını düzenlemede de sorun yaşadığını bildiren çalışmalar vardır (Uekermann 2010, Ciuluvica ve ark. 2013, Zahmacioğlu ve ark. 2017, Öztürk ve ark. 2018). Ciuluvica ve arkadaşları (2013) çalışmalarında; duygu düzenleme zorlukları ile DEHB semptomları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Yaş arttıkça DEHB semptomlarında artma görüldüğünü de belirleyen araştırmacılar erken yaşta DEHB'nu tanımanın ve tedavinin önemini vurgulamışlardır (Ciuluvica ve ark. 2013, Zahmacioğlu ve ark. 2017).

DEHB ve Hemşirelik Bakımı

DEHB belirtileri, çocukların yaşam kalitelerini düşürerek ve iletişim becerilerini olumsuz olarak etkileyerek özellikle kişilerarası ilişkilerinde sorunlara yol açmaktadır. DEHB tedavisinde farmakolojik ajanlar ve psikososyal müdahaleler birlikte ya da ayrı ayrı tercih edilen ve önerilen tedavi biçimleridir. Ancak DEHB'nun tedavisinde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin birlikte kullanımının etkili olduğu ileri sürülmektedir. So ve arkadaşları (2008), DEHB tanılı çocukların tedavilerinde ilaç dışı yöntemlerin eşlik etmesiyle kullanılan ilaç dozunda azalma olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle tedavide multi-model tedavi yöntemi önerilmektedir (Thapar ve Munoz – Solomondo 2008, Ercan ve Aydın 2014, Yıldız Gündoğdu ve ark. 2016, Çunkuş ve Taşdemir Yiğitoğlu 2018).

Uygulanan psikososyal müdahaleler arasında; ebeveyn eğitimi ve davranış terapisi, bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimleri yer almaktadır. Ayrıca anti-sosyal davranışlar ve suç davranışları, eğitim ve iş bulma sorunları, ilişki sorunlarının varlığında, ihtiyaç doğrultusunda eğitimler düzenlenmesi yine öneriler arasındadır (Thapar ve Munoz – Solomondo 2008, Hodgson ve ark. 2014, Yıldız Gündoğdu ve ark. 2016, Çunkuş ve Taşdemir Yiğitoğlu 2018, Goode ve ark. 2018). İncelenen literatür kapsamında farmakolojik tedavi yöntemi dışında DEHB tanılı kişilerde genel olarak; anneler için karar çatışması eğitimi (Ayuanditaa ve Handayab 2016), bireysel tedavi programı basamaklarının oluşturulması (Kronenberg ve ark. 2015), müzik ve sanatın kullanılması (Petruta-Maria 2015), boyama yapma (Khadar ve ark. 2013), dikkati geliştiren anne ile oynanabilecek oyun uygulaması (Uskan 2011), oyun oynama programı (Dereceli 2011), Thai Che uygulaması (Waite ve Tran 2010), davranış terapisi (So ve ark. 2008), stratejik problem çözme (Watkins ve Wenzel 2008), bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası sorun çözme beceri eğitim programı (Özcan 2007), folklor egzersizi (Topcu ve ark. 2007), aritmik hareket tedavisi (Majoreka ve ark. 2004) gibi eğitim, tedavi ve uygulama programlarının yararlı olduğu belirtilmektedir. Zahmacioğlu ve Kılıç (2017) erken tanımanın önemini vurgularken, bir çalışma ise en iyi sonucun aile ve öğretmeni de içine katan multidisipliner bir ekiple çalışmayla elde edildiği vurgulanmaktadır (Danciu 2011).

Multidisipliner çalışmanın ve psikososyal müdahalenin vurgulandığı ve iletişim becerilerinin geliştirilmesinin kilit rol oynadığı DEHB'nun sağaltımında hemşirenin rolü büyük öneme sahiptir. Hemşire, sağlığın iyileştirilmesi, sürdürülmesi ve korunması sürecinde aktif role sahip bir sağlık profesyoneli. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin çocuk ve ergen ruh sağlığı alanındaki görev ve sorumluluklarında yer alan “aile döngüsü içerisinde çocuğun bakımını sağlamak, çocuğun kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri, ipuçlarını takip etme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütme, sorunlarla başa çıkma ve sorun çözme konusunda çocuk ve aileye eğitim, yönlendirme yapma” ibareleri bunu desteklemektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 19 Nisan 2011). Bu kapsamda, hemşirelik alanında, ulusal literatür incelendiğine, DEHB ile ilgili çalışmalar daha çok tanımlayıcı nitelikte olduğu görülmektedir. Yaygın olarak çocuk ve ergen ruh sağlığı hemşireliğine genel bakış açısıyla ele alınan çalışmalarla karşılaşmıştır (Keskin 2014, Arslan ve Buldukoğlu 2015, Bilge ve Keskin 2015, Buldukoğlu 2015, Karakaya ve Özgür 2015, Yılmaz ve Türkleş 2015). Ulusal tez veri tabanında hemşirelerin yönettiği, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin empati düzeyleri (Özcan 2002), kişilerarası sorun çözme eğitiminin etkisi (Özcan 2007), annelerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri, tükenmişlik düzeyleri ve çocuk yetiştirme tutumları (Polat 2015), ailelerin bilgi düzeyleri (Aslan 2016), ebeveynlerin iletişim becerilerinin (Topcu 2017), annelerin anksiyete, depresyon ve dayanıklılık düzeylerinin incelendiği (Abacı 2018) araştırmalara ulaşılmıştır. Hemşirelerin ekibin önemli bir parçası olduğunu ve özellikle akademik başarının artırılması için pediatri hemşiresi ve okul hemşiresinin işbirliği içinde çalışmalarının önemli olduğunu vurgulayan çalışmalar kaynaklar arasında yer almaktadır (Betz 2006, Heuer ve Williams 2015). İncelenen çalışmalarda hemşireler tarafından yürütülen, girişimsel çalışmaların sayısının az olduğu görülmüştür.

Hemşire bakım ve iyileşme sürecinde hekim, hasta ve yakınları arasında hem hasta ile birebir olarak daha çok vakit geçiren hem de bu üç grup arasındaki kesişim kümesini oluşturan sağlık profesyoneli. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireleri ruhsal problemi olan çocuklarla sorunun saptanması, girişimlerin planlanması, planlanan girişimlerin uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi için terapötik görüşmeler yapmalıdır (Arslan ve Buldukoğlu 2015). DEHB tanısı olan çocukların yaşadığı sorunları tespit etmek

ve bunlara dair önerileri ve yolları üretmek için yapılan girişimsel çalışmalarda dikkat çeken unsur, belirtilen çocuk ve ergenlerin yaşadığı sorunların temelinde iletişim, özellikle iletişim hatalarının önemli yer kapladığıdır. Günlük yaşamda yönetilemeyen belirtilerin neden olduğu bu döngü içerisinde, akademik başarısızlıktan, benlik saygısına, duyguları ifade etme biçimine, şiddet ve şiddet görme riskinin artmasına kadar geniş bir yelpazede sorunlara neden olabilmektedir.

DEHB tanılı çocukların akran, kardeş ve aile bireyleri ile ilişkileri, dil ve anlama süreçlerinin gelişiminde, iletişim kurma ve problem çözme becerilerinde aksama, akademik başarıda sorun yaşama, duygularını ifade etmede zorlanma, öfke duygusunu yönetememe, zorlanılan yaşam durumları ve alanları olarak belirtilmiştir. DEHB tanılı çocuklar sadece kardeş ve aile, akran ilişkilerinde iletişim ve ilişki kökenli sorunlar yaşamaktadır. Bu nedenle; Hemşirenin bakım sürecinde, bütüncül bir bakış açısıyla, çocuğun yakın çevresi de yer almalıdır. Aile ile yapılacak terapötik görüşmelerle bilgi eksikliğinin giderilmesinin yanı sıra ailenin soruları dinlenmeli, ailenin duygularını ifade etmesi sağlanmalıdır. Ailenin ve kardeşlerin farkındalık eğitimlerine katılmaları, DEHB ve çocuğun yaşadıkları hakkında empati kurmalarını kolaylaştırabilir. Belirtileri sadece çocuğun yönetmesini beklemek gerçekçi değildir. DEHB yaşamın birçok alanı gibi, günün ve geleceğin üzerinde etkili bir bozukluktur. Birlikte yol almak, terapötik ilişkiyi güçlendirme ile birlikte tedavi motivasyonunu arttırmada etkilidir ([Çunkuş ve Taşdemir Yiğitoğlu 2018](#)).

Araştırma sonuçları ailelere, öğretmenlere ve sağlık profesyonellerine DEHB tanılı çocuklarla kuracakları sözel iletişimlerinin kalitesi hakkında ipuçları sunmaktadır. Ruh sağlığı hemşiresi hem kendi iletişimi esnasında hem de aileler ile yapacağı görüşmelerde, DEHB tanısı olan çocuklarla iletişimde temel noktalara dikkat etmelidir. DEHB tanısı olan çocuklarla iletişime geçerken; terapötik iletişim becerilerini çocuğa ve duruma özgü yordayarak, kısa ve hedefe yönelik cümleler kurma, çocuktan anladığını tekrar etmesini isteme, her bir cümlede tek eylem kullanma, uyarını az ve çocuğun dikkatini topladığı düşünülen ortamda önemli görüşmeleri yapma, düzen ve kurallar için hatırlatıcılar kullanma, hastalığını ve ilaçlarını bir cezalandırıcı olarak kullanmama konusunda dikkatli olmalıdır. Çocuğun bir durumu ya da kendini ifade etmesi sırasında olayları sırayla anlatamaması ve araya başka konuları katması ile konudan uzaklaşması muhtemeldir. Çocuğun konu ile söylediği son cümleyi tekrarlatarak çocuğun hangi konuda olduğunu hatırlatmak gereklidir ([Özcan 2006, Abalı 2009](#)). Çocuklar görüşmeler esnasında kendini ifade edecek sözcük seçiminde zorlanabilirler ve sözel iletişim kurmakta, utangaçlık, kızgınlık, dalga geçilme korkusu yaşayabilirler. Görüşme sırasında kendini rahat ifade edebilecekleri güvenli ortam sağlanmalı, konuşma açısından çocukları cesaretlendirme önemlidir. Yönlendirmeli sorulardan uzak durarak açık uçlu sorular sormak, destekleyici bir iletişim kullanmak gereklidir. Doğrudan ya da kendiliğinden cevap vermeyen çocuklarda oyun, resim çizme, kukla oynatma teknikleri kullanılabilir. Çocuklarla iletişime geçerken hemşire çocuğun normal gelişimi hakkında bilgi sahibi olmalı ve gelişimsel ihtiyaçlarını göz ardı etmemelidir ([Keskin 2014, Arslan ve Buldukoğlu 2015, Bilge ve Keskin 2015](#)).

DEHB tanılı çocukların diğer bir sorun alanı ise okul durumu ve akademik başarı ile ilgili durumlardır. DEHB'nun alt tiplerine göre farklı zorluklar yaşansa dahi, dersi dinlemekte zorlanma, verilen komutları ve ödevleri algılama ve eksiksiz uygulama, dersin düzenini sürdürmede zorlanma, ev ödevlerini tam olarak not alamama, eşyalarının düzenini koruyamama ve sıklıkla kaybetme gibi sorunlar bir çatı altında toparlanabilir. Belirtilen sorunların yanı sıra ikincil olarak daha önce de belirtildiği gibi, akran ilişkilerinde dışlanma, ortak çalışmalarda bulunamama ve olumsuz eleştirel geri bildirimler bu çocukların akademik başarı ve benlik saygısı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır ([Göker ve ark. 2011](#)). DEHB tanılı çocuklar okul yaşantılarında, sınıf arkadaşlarının olumsuz geri bildirimleri, arkadaşlarına göre düşük akademik başarının yanı sıra ailenin bu yöndeki olumsuz ve eleştirel geri bildirimleriyle de karşılaşmaktadır. Ailenin, öğretmenin ve sağlık profesyonellerinin tutumu son derece önemlidir. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresi belirtileri tanıyarak, neden ve sonuç ilişkisi kurmalı ve çocukta oluşabilecek olası yıkıcı sonuçlar açısından çocuğu korumalıdır. Bunu sağlaması için bahsedilen belirti ve sonuçlar için aileyi bilgilendirerek farkındalık sağlamalıdır. Aynı zamanda aileye içinde bulunduğu durumla ilgili duygularını ve düşüncelerini ifade etmesi için fırsat vermeli ve etkili baş etme yöntemlerini bulmaları konusunda destek sağlamalıdır ([Durukan ve ark. 2008](#)).

Hemşirelik sürecinde verilen tedaviyi uygulamak ve bakım vermek kadar sağlığın korunması için girişimleri sürdürmek sağlığın devamlılığı için önemlidir. DEHB tanılı çocukların şiddet görme oranları ve dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri nedeniyle travma riski yüksektir. Travma riski, deri bütünlüğünde bozulma riski gibi bakım tanılarını kapsamında hemşirenin aileye vereceği bilgilendirmeler sonucunda, ev ortamının düzenlenmesi sağlanabilir ve davranış çalışmaları uygulanabilir.

SONUÇ

DEHB'nun belirtileri göz önünde alındığında, DEHB'nun her bir tipi için, bu tanıya sahip çocukların günlük yaşantılarını aksatıcı ve bütüncül sağlıklarını olumsuz yönde etkileyici birçok faktörle yüz yüze kaldıkları görülmektedir. Çocukların zorlandıkları alanlar ve etkiler için multidisipliner bir ekip çalışması gerekliliği tekrar vurgulanmalıdır. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin bozukluğun neden olduğu ve günlük yaşantıda çocukların sık karşılaştığı engellerin farkında olarak bakım süreçlerini yürütürken, DEHB tanılı çocukların bilgilendirilmesinde, terapötik iletişim tekniklerinin çocuğun gelişim özellikleri göz önünde bulundurularak kullanılmasında, farmakolojik, non-farmakolojik tedavi, terapi ve destekleyici programlardan uygun olanın belirlenmesinde ve sürece çocuğun ve çevresindeki kişilerin dahil edilmesinde dikkat etmelidir. Aileye hastalık hakkında eğitim vermek, ilaçlarının yan etkileri konusunda bilgilendirmek, tedavide aile ve çocukla birlikte, işbirliği içerisinde çalışmak ise, hemşirelik girişimlerinin hedeflerini oluşturan önemli unsurlardır. Ancak bu sürecin anlatıcı – dinleyici ilişkisinden farklı olarak, çocuğun işbirliği

çerçevesinde, daha katılımcı olmasının yarar oranını arttıracakı düşünülmektedir.

Hemşirelerin sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki önemli bir ekip üyesi olması, daha sağlıklı yeni nesillerin yetişmesini sağlamak konusundaki mesleki sorumlulukların önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. DEHB'nun çocukluk döneminde başlamasına rağmen ergenlik ve yetişkinlik döneminde devam etmesi nedeniyle, bu grupta yer alan çocukların ve yakınlarının bakımı, sağlıklı yeni nesillerin inşasında önem arz etmektedir. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin, alanda ihtiyaca yönelik gerekli bakım sağlamaları için bu alanda girişimsel çalışmalar ile kanıt temelli uygulamaları alana kazandırmaları ve DEHB'na özgü hemşire bakım protokolleri ya da uygulama rehberlerinin oluşturulması konusunda bilimsel çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abacı K. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018. 89-92.
- Abalı O. Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği. İstanbul. ADEDA Yayıncılık; 2009:159-201.
- Akalın AOB. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Abla Ve Ağabeylerinin Sosyal Beceri Düzeyi Ve Kardeş İlişkileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2005. 76-79.
- Akbas NB, Kilic EZ, Zahmacioglu O, et. al. Attention Deficit and Hyperactivity Symptoms in A Group of University Students and Relations with Temperament and Character Profiles. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015;28:189-95.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal El kitabı. Çevirenler: Köroğlu E. 5.Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014. 29-36.
- Arslan ŞB, Buldukoğlu K. Çocukla Terapötik Görüşmenin Hemşirelik Sürecine Göre İncelenmesi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2015; 657-62. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/hsbfd/issue/7893/103927>.
- Aslan F. Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan Ailelerin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing - Special Topics* 2016;2(1): 47-53.
- Ayaz AB, Ayaz M, Yankı Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Sosyal Cevaplılıkta Görülen Değişiklikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24(2):101-10.
- Ayuanditaa E, Handayab RM. The Successful ADHD Therapy Result Based on Mother's Therapy Decision Making Process. *Social and Behavioral Sciences* 2016;217:1098–102.
- Betz CL. Attention Deficit Hyperactivity Disorder:Nurses are Important Members of the Team. *Journal of Pediatric Nursing* 2006;21(3):171-4.
- Bilge A, Kesin G. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Alanında Bakımın İncelikleri. *Türkiye Klinikleri Dergisi Psikiyatri Hemşireliği Özel Sayısı* 2015;1(1):32-9.
- Buldukoğlu K. Çocuk – Ergen Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğinin Kavramsal Temelleri. *Türkiye Klinikleri Dergisi Psikiyatri Hemşireliği Özel Sayısı* 2015;1(2): 1–7.
- Caillies S, Bertot V, Motte J, et.al.Social Cognition in ADHD: Irony Understanding and Recursive Theory of Mind. *Res Dev Disabil* 2014;35(11): 3191-8.
- Chen JY, Clark MJ, Chang YY, et.al. Anxiety, Decision Conflict, and Health in Caregivers of Children with ADHD: A Survey. *J Pediatr Nurs* 2015;30(4):568-79.
- Çiuluvica C, Mitrofana N, Grill A. Aspects of Emotion Regulation Difficulties and Cognitive Deficit in Executive Functions Related of ADHD Symptomatology in Children. *Social and Behavioral Sciences* 2013;78: 390 –4.
- Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G. Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'na Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Hastaya Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2018;10(4):370-80.

- Danciu EL. Multidisciplinary Approach of The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Between Hope and Reality. *Social and Behavioral Sciences* 2011;15: 2967–71.
- Dereceli . Tai-Chi Programına Katılımın Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan İlköğretim I. Kademe Öğrencilerinin İç- Dış Denetim Odağı Ve Dikkat Düzeylerine Etkisinin Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011. 53-54.
- Durukan İ, Erdem M, Tufan AE ve ark. DEHB Olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kullanılan Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:217-23.
- Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anne - Baba ve Eğitimciler İçin. 5. Basım. İstanbul. Pupa Yayınları; 2014. 17-225.
- Ericson EH. (1984) İnsanın Sekiz Çağı. Çevirenler: Üstün T, Şar V. 2. Baskı. Ankara: Birey ve Toplum Yayınları; 2006. 86-95.
- García JV, Grau C, Garcés J. Learning and Behaviour of Three- to Five-Year-Old Children with ADHD. *Journal For The Study Of Education and Development* 2015;38(4):775-807.
- Gentschel DA, Laughlin TF. Attention Deficit Hyperactivity Disorder as a Social Disability: Characteristics and Suggested Methods of Treatment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2000;12(4):333-47.
- Goode AP, Coeytaux RR, Maslow GR et al. Nonpharmacologic Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. [Pediatrics](#) 2018;141(6): 1-9.
- Göker Z, Aktepe E, Kandil S. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerin Benlik Saygıları ve Yaşam Kaliteleri. *Yeni Sempozyum Dergisi* 2011;49(4):209-16.
- Gut J, Heckmann C, Meyer CS et al. Language Skills, Mathematical Thinking, and Achievement Motivation in Children with ADHD, Disruptive Behavior Disorders, and Normal Controls. *Learning and Individual Differences* 2012;22(3):375–9.
- Gümüştaş F. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerde Empatik Yanıt Verebilme, Duygusal Yüz İfadelerinin Tanınması, Empati- Agresyon İlişkisi ve İlaç Tedavisinin Empati Becerileri Üzerine Etkileri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2011. 100-104.
- Habboushe DE, Daniel-Crotty S, Karustis JL, et. al. A Family-School Homework Intervention Program for Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice* 2001;8(2);123–36.
- Heuer B, Williams S. Collaboration Between PNPs and School Nurses: Meeting the Complex Medical and Academic Needs of the Child with ADHD. *Journal of Pediatric Health Care* 2015;30(1):89-93.
- Hodgson K, Hutchinson AD, Denson L. Nonpharmacological Treatments for ADHD: A Meta-Analytic Review. *Journal of Attention Disorders* 2014;18(4):275–82.
- Hoza B. Peer Functioning in Children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics* 2007;7(1):101-6.
- Iştan S, Doğan Ö. Normal Gelişim Gösteren ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Anlatı Analizine Dayalı Dil Becerilerinin Karşılaştırılması Olarak İncelenmesi. *Balikesir University Journal of Social Sciences Institute* 2011;14(25):116-35.
- Kandemir H, Kilic BG, Ekinci S, et. al. An Evaluation of the Quality of Life of Children with ADHD and Their Families. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2014;15:265-271.
- Karakaya D, Özgür G. Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Çözüm Odaklı Yaklaşım *Türkiye Klinikleri Dergisi Psikiyatri Hemşireliği Özel Sayısı* 2015;1(2):52-7.
- Keskin G. Çocukluk Dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde: am O, Engin E, Editör. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2014. 641-646.

- Kronenberg LM, Verkerk-Taminga R, Goossens PJ, et. al. Personal Recovery in Individuals Diagnosed with Substance use Disorder (SUD) and Co-Occurring Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Autism Spectrum Disorder (ASD). *Arch Psychiatr Nurs* 2015;29(4):242-8.
- Loe IM, Feldman HM. Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Ambul Pediatr* 2007;7(1):82-90.
- Majoreka M, Tuchelmann T, Heusser P. Therapeutic Eurythmy Movement Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Pilot Study. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 2004;10: 46–53.
- Mangle L, Phillips P, Pitts M, et. al. Implementation of Independent Nurse Prescribing in UK Mental Health Settings: Focus on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* 2014;6(4):269-79.
- Oliver ML, Han K, Bos AJ, et. al. The Relationship between ADHD Symptoms and Driving Behavior in College Students: The Mediating Effects of Negative Emotions and Emotion Control. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour* 2015;30:14–21.
- Özcan A. Hemşire – Hasta İlişkisi ve İletişim. Ankara. Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Şti; 2006. 98-133.
- Özcan CT. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anne - Babalarının Empati Düzeyi ve Aile İşlevlerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002. 64-6.
- Özcan CT. Kişilerarası Sorun Çözme Eğitiminin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklardaki Karşı Gelme Belirtileri Üzerine Etkileri. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007. 48-50.
- Öztürk Y, Özyurt G, Tufan AE ve ark. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2018;10(2): 199- 207.
- Özyurt G, Akay Pekcanlar A, Öztürk Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Olan Olgularda Aile İşlevselliği ve Anne Anksiyetesinin Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2015;3:162-72.
- Petruta-Maria C. The Role of Art and Music Therapy Techniques in the Educational System of Children with Special Problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2015;187: 277–82.
- Polanczyk GV, Silva de Lima M, Horta BL, et. al. The Worldwide Prevalence of ADHD; A Systematic Review and Meta- Regression Anaylsis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):942-48.
- Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum AG et. al. ADHD Prevalence Estimates Across Three Decades: An Updated Systematic Review and Meta-Regression Anaylsis. *International Journal of Epidemiology* 2014;43(2):434-42.
- Polat H. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Annelerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri, Tükenmişlik Düzeyleri ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015. 45-6.
- Savcı U. Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Aile İşlevselliği ve Yürütücü İşlevlerin Aile İşlevselliğine Olan Etkileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017. 4 -7.
- So CYC, Leung PWL, Hung Se-F. Treatment Effectiveness of Combined Medication/Behavioural Treatment with Chinese ADHD Children in Routine Practice. *Behaviour Research and Therapy* 2008;46: 983–92.
- Soyсал AŞ, Yıldırım A, Acar A ve ark. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tipleri Aile İşlevleri Üzerindeki Etkisi. *Düşünen Adam* 2013; 26(3): 286 – 94. DOI: 10.5350 /DAJPN2013260308.
- TC Sağlık Bakanlığını. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Erişim tarihi: 17.05.2019 Erişim Adresi: <http://www.turkhemsirelerde.net.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliğinde-degisiklik/hemsirelik%20%202011.pdf>

- Thapar A, Munoz- Solomondo A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Syndromes Psychiatry* 2008;7(8):340-4.
- Topcu B, Yıldız S, Bilgen ZT. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Folklor Egzersizinin Etkisi. *Genel Tıp Derg* 2007;17(2):88-93.
- Türe FS. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeylerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010. 87-104.
- Uekermann J, Kraemer M, Abdel-Hamid M, et. al. Social Cognition in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Neurosci Biobehav Rev* 2010;34(5):734-43.
- Uskan C. Dikkat Eksikliği Bozukluğu Olan 8-10 Yaşındaki Çocukların Dikkat Becerilerini Geliştirmeye Dayalı Bir Programın Etkililiğinin Sınanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011. 126-127.
- Waite R, Tran M. Explanatory Models and Help-Seeking Behavior for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Among a Cohort of Postsecondary Students. *Arch Psychiatr Nurs* 2010;24(4):247-59.
- Watkins DE, Wentzel KR. Training Boys with ADHD to Work Collaboratively: Social And Learning Outcomes. [Contemporary Educational Psychology](#) 2010;33(4):625-46.
- Yıldız Gündoğdu Ö, Varol Taş F, Yıldırım Özyurt E ve ark. Okul Öncesi Dönemde DEHB: Psikososyal Tedavi Yaklaşımlarının Gözden Geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17(2):143-55.
- Yılmaz M, Türkleş S. Çocuk – Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları Kapsamında Türkiye’ de Yapılmış Çalışmaların Hemşirelik Müdahalelerine Etkisi; Sistematik Bir Derleme. *Türkiye Klinikleri Dergisi Psikiyatri Hemşireliği Özel Sayısı* 2015;1(2):107-14.
- Zahmacıoğlu O, Kılıç EZ. Early Diagnosis and Treatment of ADHD are Important for a Secure Transition to Adolescence. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2017;18(1):79-84. DOI:10.5455/apd.220054.

Gonca BURAN¹
Orcid : 00000-0001-9082-553X

Emine GERÇEK²
Orcid : 0000-0002-0310-547

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Gonca BURAN
goncaburan@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Üriner inkontinas, konservatif tedavi,
kanıta dayalı uygulamalar

Key Words:

Urinary incontinence, conservative
treatment, evidence-based practice

Kadında Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel ve Kanıta Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi

Current and Evidence-Based Applications in Conservative Treatment of
Urinary Incontinence in Woman: Literature Review

Alınış (Received): 22.04.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 17.09.2019

ÖZ

Üriner inkontinans kadın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Kadın yaşı ilerledikçe sorun ciddi boyutlara ulaşabilmektedir. Dünyada kadın nüfusunun ve kadınların yaşam ömürlerinin uzun olması, üriner inkontinans insidansında artış riskine neden olması açısından, önlenmesi ve tedavisi ayrı önem taşımaktadır. Üriner inkontinansın tedavisinde konservatif tedavi yöntemleri, cerrahi yöntemin riskleri nedeniyle uygulanmadığı, istenmediği ya da cerrahi girişimin uygun olmadığı durumlarda kullanılabilir. Hemşirelerin üriner inkontinansa yönelik tedavi, bakım ve danışmanlık hizmetlerini güncel ve kanıt temelli sunmaları, hastaların tedavi ve bakım kalitesini artırarak daha olumlu sonuç almalarını sağlayabilmektedir. Bu çalışmada kadınlarda üriner inkontinans sorunlarına yönelik uygulanan konservatif tedavi yöntemlerindeki güncel ve kanıt temelli yaklaşımların hemşirelik uygulamalarına yansıtılabilmesi için incelenmesi ve tartışılması amaçlanmaktadır. Çalışmanın temel bulgularından bazıları; davranışsal tedavilerin sıkışma tipi inkontinans ve stres üriner inkontinans (SÜİ) anlamlı bir azalma sağladığıdır. Mesane eğitiminin sıkışma veya miks tip inkontinansın tedavisinde ilk basamak olarak uygulanabileceği (A düzeyinde kanıt), konların ise; pelvik taban egzersizleri ve elektrostimulasyona benzer etkinlikte olduğu ve tedavi opsiyonu olarak önerilebileceği şeklindedir. Sonuç olarak, literatürde yer alan güncel ve kanıt temelli çalışmalar, konservatif tedavi yöntemlerinin üriner inkontinans türlerinin tedavisinde farklı kanıt düzeylerinde etkili olduğunu göstermektedir.

ABSTRACT

Urinary incontinence is an important problem that negatively affects the quality of life of women. The prolongation of women's influence and life expectancy in the world population. Prevention and treatment of the female population and women are of great importance in terms of the long life span of the women and the risk of an increase in the incidence of urinary incontinence. Conservative treatment methods can be used in the treatment of urinary incontinence when the surgical method cannot be applied because of the risks, or when surgical intervention is not appropriate. Providing nurses with up-to-date and evidence-based treatment and treatment services for urinary incontinence may provide more positive results by increasing the quality of treatment and care of patients. In this study, it is aimed to examine and discuss the current and evidence based approaches in conservative treatment methods applied to the problems of urinary incontinence in women to reflect on nursing practices. Some of the main findings of the study; treatment of behavioral therapies is a significant reduction in urge and stress urinary incontinence (SUI). Bladder training can be applied as a first step in the treatment of compression or mixed type incontinence (evidence of A level); it is similar to pelvic floor exercises and electrostimulation and may be recommended as a treatment option. In conclusion, current and evidence-based studies in the literature show that conservative treatment methods are effective in different levels of evidence in the treatment of urinary incontinence types.

Kaynak Gösterimi: Buran, G. ve Gerçek, E. (2019). Kadında Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel ve Kanıta Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi, EGE HFD., 35 (3):155-161

How to cite: Buran, G. and Gerçek, E. (2019). Current and Evidence-Based Applications in Conservative Treatment of Urinary Incontinence in Woman: Literature Review, EGE HFD., 35 (3):155-161

GİRİŞ

Üriner inkontinans (Üİ) yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, hijyenik ve sosyal bir sorun oluşturan istem dışı idrar kaçırılmasıdır (The International Continence Society 2017). Multiparite, yaş ve yüksek beden kitle indeksi (BKİ), gebelik ve doğum, menopoz, kafein, alkol ve sigara Üİ için önemli risk faktörlerindedir (Özcan ve Kopucu 2014, Barbosa ve ark. 2018, Almousa ve ark. 2018). Üriner inkontinans riski doğum yapmamış ergenlerde %1 iken, orta yaşlı kadınlarda % 42.2'ye yükselmekte ve yaş ilerledikçe bu sorun artış göstermektedir (Almousa ve ark. 2018).

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de yaşam ömrü artış göstermekte ve yaşlı kadın nüfusu da artmaktadır (TUİK 2017, UN 2018). Bu da kadınların yaş aldıkça menopozun da etkisi ile pelvik bağ dokularının daha da zayıflaması ve farklı risk faktörlerine bağlı olarak gelişen üriner inkontinans sorununda artış anlamına gelmektedir (Taşkın 2016). Doğal olarak artan üriner inkontinans sorunları kadının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte ve Üİ' in önlenmesi ve tedavisi de gün geçtikçe önem kazanmaktadır. İnkontinans sorununun önlenmesi ve giderilmesi multidisipliner ekip çalışması gerektirmektedir. Hemşireler bu ekibin temel üyelerinden biridir ve rolleri sürekli genişlemektedir. Kontinans hemşirelerinin rol ve sorumlulukları arasında; klinisyen/uygulayıcı, araştırma, danışmanlık, sağlığı koruma/geliştirme, eğitim, karar verme, tedavi yönetimi, yönetim ve koordinasyon yer almaktadır (Başgöl ve Kızılkaya Beji 2015, Özkan ve ark. 2019).

Konservatif tedavi yöntemleri; gebelik düşünen ve fertilitasını korumak isteyen, cerrahi yöntem istemeyen ya da cerrahi girişimlerin riskli olduğu, üriner inkontinans ya da hafif prolapsusa sahip kadınların hastalığının ilerlemesinin engellenmesi amacıyla kullanılmaktadır (Demir ve Taşdemir 2018, Kretschmer ve Bauer 2018). Hemşirelerin üriner inkontinansın önlenmesi, şikâyetlerin azaltılması, tedavisi ve bakımı, kadının yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik girişimlerin uygulanmasında rol ve sorumlulukları oldukça önemlidir (Cangöl ve ark. 2013, Başgöl ve Kızılkaya Beji 2015). Hemşireler üriner inkontinansın risk faktörlerini azaltmak, için pelvik taban kas egzersizi, davranış terapisi, bireyin ihtiyacına göre zayıflamak için fiziksel egzersiz, yaşam tarzı değişiklikleri de dahil olmak üzere konservatif tedavi yöntemlerinin eğitim ve uygulanmasında aktif rol almaktadır (Silva ve D'Elboux 2012). Bu süreçte hemşirelerin güncel tedavi yaklaşımları ve kanıt düzeylerini yakından takip ederek uygulamalarına aktarmaları, kaliteli sağlık hizmeti sunmaları açısından son derece önemlidir.

Bu çalışmada kadınlarda üriner inkontinans sorunlarına yönelik uygulanan konservatif tedavideki güncel ve kanıt temelli yaklaşımların hemşirelik uygulamalarına yansıtılabilmesi için incelenmesi ve tartışılması amaçlanmaktadır.

KADINDA ÜRİNER İNKONTİNANSIN KONSERVATİF TEDAVİSİ

Konservatif tedavi seçenekleri;

- Hayat tarzı Değişiklikleri; kilo verme, sigaranın bırakılması, diyetin düzenlenmesi, sıvı tüketiminin düzenlenmesi.
- Davranışsal tedaviler; mesane eğitimi.
- Pelvik taban kas eğitimi,
- Vajinal konlar,
- Elektriksel uyarılma,
- Biyofeedback,
- Manyetik uyarılma,
- Peserlerdir (Dumoulin ve ark. 2014, Sjöström ve ark. 2015, Vaughan ve ark. 2018, Sharifi-Rad ve ark. 2018, Suders2019).

Hayat Tarzı Değişiklikleri

Kilo verme, sigaranın bırakılması, diyetin düzenlenmesi, sıvı tüketiminin düzenlenmesi gibi hayat tarzı değişiklikleri inkontinansın konservatif tedavi seçenekleri içerisinde yer almaktadır (Vaughan ve ark. 2018).

Kilo verme: Aşırı kilo ve obezite kadın üriner inkontinans etiolojisinde önemli bir risk faktörüdür. Aşırı kilo abdominal basınç artışı ile mesane içi basınç artışına, ürretral hipermobilité ve aşırı aktif mesaneye (AAM) neden olarak stres üriner inkontinans oluşumunu tetiklemektedir (Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015, Taşkın 2016). Beden kitle indeksi ile mesane içi basınç arasında doğrudan bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Vissers ve ark. 2014, Lai ve ark. 2019). Kilo verilmesi ile maksimal mesane içi basınçta azalma olması kilo kaybının üriner inkontinans tedavisinde önemli bir yerinin olduğunu desteklemektedir (Vissers ve ark. 2014).

Vissers ve ark (2014) metaanaliz çalışmasında altı aylık yoğun bir kilo verme programının ardından ortalama %8'lik kilo kaybıyla idrar kaçırma sıklığında %47'lik bir azalma olduğunu bildirmiştir. Avrupa Üroloji Derneği'nin inkontinans kılavuzu da obez kadınların kilo vermesi gerektiğini A kanıt düzeyinde önermektedir (Lucas ve ark. 2012). NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2013) rehberinde BKİ > 30kg / m² olan kadınlara kilo vermelerini önermektedir.

Sigaranın bırakılması: Sigara kullanımı ile SÜİ arasında bağlantı olabileceği bildirilmiştir. Sigara kronik öksürük etkisiyle SÜİ ve AMM ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca sigaradan idrara geçen kimyasal maddelerin de AAM patofizyolojisinde rol oynayabileceği bildirilmiştir. Imamura ve ark. (2010) tarafından yapılan sistematik derlemenin sonucuna göre sigarayı bırakmanın tedavi edici özelliğine ait bir kanıt olmamakla birlikte, Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzu sigaranın bırakılmasını A kanıt düzeyinde önermektedir (Lucas ve ark. 2012).

Diyetin düzenlenmesi: Çay, kahve, kakao ve çikolata kafein içermektedir. Kafein diüzezi arttırmakta ve inkontinansa neden olabilmektedir. Engberg ve ark (2018) ile Cohn ve ark (2018)'nin çalışması aşırı miktarda kafein içeren içeceklerin tüketilmesinin diüzezi artırarak üriner inkontinansa neden olduklarını göstermiştir. Wells ve ark. (2014) tarafından yapılan çift kör randomize kontrollü çalışmada kafein alımının azaltılmasının SÜİ sıklığını ve AAM etkilerini azalttığını göstermiştir. Amerikan Üroloji Derneği kılavuzunda da (2018) kafein alımının azaltılması ile acil inkontinans ve sık idrara çıkma semptomlarının iyileştirilebileceği (B kanıt düzeyi) bildirilmiştir (Nambiar ve ark. 2018).

Kronik konstipasyon inkontinans oluşumunda risk faktörü olarak yer almaktadır (Taşkın 2016, Zhou ve ark. 2019). Bu nedenle kadının konstipe olmaması ve diyetinin düzenlenmesi önemlidir (Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015, Smilen ve ark.2019). Amerikan Üroloji Derneği (2018) konstipasyon süresi ile Üİ gelişimi arasında tutarlı bir ilişkinin olduğunu (C kanıt düzeyi), ancak yetişkinlerde konstipasyon tedavisinin tek başına Üİ' i iyileştirdiğine dair tutarlı bir kanıt olmadığını bildirmiştir.

Sıvı tüketiminin düzenlenmesi: Fazla sıvı tüketimi SÜİ ve AAM oluşumu üzerinde etkili olabilmektedir. Mesane günlük ile kadının aşırı miktarda sıvı tüketip tüketmediği saptanabilir. Bu durumda SÜİ ve AAM semptomlarının iyileştirilmesinde sıvı kısıtlaması önerilebilir. Ancak bu uygulamada dikkat edilmesi gereken şey, aşırı sıvı kısıtlamasına gidilmemesidir (Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015). Çünkü aşırı sıvı kısıtlaması idrar konsantrasyonunun artmasına ve konstipasyona neden olabilmektedir ve mesane fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Wells ve ark. 2014).

Davranışsal Tedaviler

Davranışsal tedavilerde, mesane kapasitesini arttırmak ya da pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. İnkontinanslı olan bireyde risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasının yanında, yeni davranışların kazandırılması da konservatif tedavi açısından önem taşımaktadır (Nambiar ve ark. 2018). Hay-Smith ve arkadaşları tarafından (2011) yapılan ve Cochrane veritabanında yayınlanan sistematik derlemede; davranışsal tedavilerin hafif ile orta derecede semptomu olan, cerrahi tedavi uygun olmayan ya da cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalar için önerilebileceği bildirilmektedir.

1. Mesane Eğitimi: İki grupta ele alınmalıdır. Bunlar işeme sıklığının azaltılması ve işeme sıklığının artırılmasıdır

a) **İşeme sıklığının azaltılması:** Mesane günlüklerinden elde edilen verilerle mevcut mesane kapasitesinin dereceli olarak artırılması hedeflenir (Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015).

Miksiyonu kontrol etme teknikleri:

- Derin ve yavaş nefes alma
- Diğer vücut bölümlerini gevşetirken pelvik taban kaslarının sıkılması

“Bekleyebilirim” ve “Kontrolü ele alabilirim” gibi zihinsel, görsel, kendi kendine motive edici ifadeleri kullanarak dikkatin başka yöne çekilmesidir (Kaya ve ark.2015, O'Reilly ve ark.2018). Avrupa Üroloji Derneği (2018) mesane eğitiminin sıkışma veya miks tip inkontinans tedavisinde ilk basamak olarak uygulanmasını önermektedir (A kanıt düzeyi) (Lucas ve ark. 2012, Nambiar ve ark. 2018).

b) **İşeme sıklığının artırılması:** Mesanenin aşırı dolu olması ile işeme sıklığının gerektiğinden az olması inkontinans açısından risk oluşturmaktadır. Bu tür hastalarda işeme sıklığı artırılır. Ancak işeme sıklığının fazla olmasının, mesane kapasitesini azaltacağı ve aşırı aktif detrusor kontraksiyonlarına zemin hazırlayacağı da unutulmaması gereken önemli bir noktadır. Bu uygulamadaki hedef hasta grubu; işeme sıklığı günde beşten az olan hastalardır (Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015).

Kanıtlar, davranışsal tedavilerin sıkışma tipi (urge) inkontinans tedavisinde klinik olarak anlamlı bir azalma sağladığını göstermektedir (Burgio ve ark.2002, Hay-Smith ve ark.2011). Davranışçı terapi, birkaç hafta içinde kademeli olarak olumlu sonuçlar vermektedir. Davranışsal tedavi Üİ'nin başlangıç tedavi yaklaşımı olarak tavsiye edilmesine rağmen, birtakım engeller vardır. Öncelikle kadının uygulamayı sürdürmesi ve motivasyonu önemlidir. Ayrıca davranışsal tedaviyi uygulaması ile ilgili olarak bilgi eksikliği, davranışsal becerileri öğretmek için gereken zamanın ayrılmaması ve maliyet diğer önemli engellerdir (Dugan ve ark.2013, Vaughan ve ark., 2018).

2. Pelvik Taban Kas Eğitimi: Kegel tarafından 1948 yılında tanımlanmıştır. Levator ani kaslarının (pubococcygeus, coccygeus, and iliococcygeus) kontraksiyonuna dayanır. Bu egzersizde amaç, pelvik kasları sıkıştırmak, desteklemek ve güçlendirmektir. Bu kaslarının güçlendirilmesi üretral sfinkterin iyileştirilmesi ile inkontinansın önlenmesine olanak sağlar ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

Uygulanışı: Bacakları dizden bükülü pozisyonda olan hasta, vajen ve makat çevresindeki kaslarını içeri çeker tarzda sıkıca kasar. İlk uygulamada 3-4 saniye boyunca, daha sonra 10 saniyeye kadar tutmaya çalışır. Kasma hareketinden sonra 8-10 saniye sürecek dinlenme dönemine geçilir. Bu esnada kasların gevşemesinin hissedilmesi hastanın farkındalığının artmasına katkıda bulunur. Günde en az 10 defa 10 kasma gevşeme hareketleri şeklinde yapılmalıdır. Kegel'e göre bu sayı günde 300 kere olmalıdır ([Cangöl ve ark.2013.;](#) [Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

Hagen and Stark (2011)'ın Cochrane sistematik derlemesinde pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans üzerine etkisini belirleyen çalışma sonuçlarının çelişkili olduğu bildirilirken, Dumoulin ve ark (2011)'nın Cochrane sistematik derlemesinde stres, sıkışma ve mikst tip idrar kaçırma pelvik taban egzersizinin etkin bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmiştir. Ayrıca çalışma ped testinin pelvik taban egzersizi yapanlarda daha iyi sonuç verdiğini ve kadınların yaşam kalitesinde artış olduğunu da göstermiştir. Dumoulin ve ark (2014)'nın pelvik taban egzersizine ilişkin yaptıkları Cochrane derlemesinde, Kegel egzersizinin pelvik taban kas gücünü arttırdığı, pelvik organ prolapsusu riskini azalttığı bildirilmiştir. Avrupa Üroloji Derneği (2018) pelvik taban kas eğitiminin SÜİ ve Miks tip Üİ olan kadınlarda Üİ'ı ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğunu bildirmiştir (A kanıt düzeyi).

3. Vajinal Konlar: Vajinal konlar, pelvik taban kaslarını güçlendirmede kullanılan bir yöntemdir. Konlar 3-9 adettir ve 20 gr'dan 100 gr'a kadar artan ağırlıklardan oluşur. Pelvik taban kaslarında güçlü kasılmalar sağlayarak kas gücünün artırılması hedeflenmektedir. Tedavide istemli ya da istemsiz pelvis taban kasılmalarıyla bir biyofeedback duygusu oluşturulmaktadır. Günde iki defa 15 dakikalık seanslar halinde uygulanması istenir. Hastanın ayaktaiken en hafiften başlayarak en az bir dakika vajinal konu vajende tutması ve böylece pelvik taban kaslarını çalıştırması hedeflenir. Pelvik taban kas egzersizlerinde hasta başarılı olamayıp abdominal veya gluteal kaslarını kasabilir. Fakat kon uygularken böyle bir durum gerçekleşmez. Yanlış kas grubunu kullandığında kon vajinadan düşer. Kon şiddetli prolapsusun iyileştirilmesinde etkili değildir, kronik vajinal hastalıklarda da kontrendikedir. Obez olan ve fazla doğum yapan kadınlarda kullanımı zor olup, önerilmemektedir ([Seo ve ark. 2004](#)).

Seo ve arkadaşlarının (2004) çalışması, SÜİ varlığında ağırlıklı vajinal kon kullanımının fonksiyonel elektriksel stimülasyon (FES) – Biofeedback tedavi uygulanmasından daha iyi olduğu ve SÜİ riskini azalttığı; ancak vajinal konlar Pelvik Taban Kas Egzersizi (PTKE) ile karşılaştırıldığında fark olmadığını göstermektedir. Herbison ve Arnold (2009)'un Cochrane sistematik derlemesinde vajinal konların pelvik taban egzersizleri ve elektrostimülasyon ile benzer etkinlikte olduğu bildirilmekte ve konların tedavi opsiyonu olarak önerilebileceği ifade edilmektedir. Avrupa Üroloji Derneği (2018) rehberine göre, vajinal konla yapılan pelvik taban egzersizi, SÜİ, sıkışma tipi Üİ, mikst tip Üİ'in tedavisi ve yaşam kalitesinin artmasında etkilidir (A kanıt düzeyi). Ancak mikst tip Üİ'deki etkisi, SÜİ'dan daha düşüktür ([Nambiar ve ark. 2018](#)).

4. Elektriksel Uyarılma: Elektriksel uyarılma SÜİ, sıkışma tipi Üİ ve mikst tip üriner inkontinans tedavisinde kullanılabilir. Her inkontinans tipinde farklı frekansta elektriksel uyarılma kullanılır. Stres üriner inkontinans varlığında yüksek frekans, sıkışma tipi üriner inkontinanstaki düşük frekans tercih edilmektedir. Elektriksel uyarımda pudendal sinir uyarımı yapılır, pelvik taban kaslarında pasif kontraksiyon sağlanır ([Sharifi-Rad ve ark, 2018](#)). Elektriksel uyarılmanın hastaya efor sarf etmeden uygulama şansı vermesi avantaj iken, elektriksel uyarıların sağladığı pasif kontraksiyonların, hastanın efor sarf ederek uyguladığı kontraksiyonlara göre daha güçsüz kalması dezavantajdır. Uygulamanın lokasyonu, frekansı, dalga uzunluğu, dalga-dinlenme oranı, günde uygulanan tedavi sayısı, kaç gün uygulanacağı, her tedavi seansının süresi gibi birçok değişkenin dikkate alınması gerekmektedir. Standart bir yöntem olmaması sebebiyle etkinliği konusunda henüz net bir fikir bulunmamaktadır ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)). Ancak Avrupa Üroloji Derneği (2018) elektriksel uyarılmanın SÜİ tedavisinde tek başına önerilmemesi gerektiğini, sıkışma tip inkontinanstaki ise davranışsal tedaviler ile kombine şekilde uygulanabileceğini önermektedir.

5. Biyofeedback: Fizyolojik aktivitenin kaydedilip görsel ve/veya duysal işaretlere dönüştürüldükten sonra hastaya yansıtılmasıdır. İstemli veya algılanamayan vücut işlemleri monitorize edilir. Haftada üç kez 25-35 dakika uygulanır ve 15-20 seans sürdürülmelidir. Bu seansların sonunda etkili sonuç elde edilir ([Collins ve Bradshaw 2019](#)).

Basit biofeedback yöntemleri:

- Perineye bir parmak yerleştirmek,
- Kontraksiyonları izlemek için ayna kullanmak,
- İnvajinal şişirilmiş bir foley kateterini dışarıya çekmek için güç uygulamak ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

Cochrane veri tabanında Biyofeedback yöntemine ilişkin çalışma sonucuna ulaşılamamıştır. Bu konuda ulaşılan en güncel araştırma Chiu ve ark (2018)'nın üriner inkontinans tedavisi ve pelvik taban rehabilitasyonu için biofeedback ve elektriksel stimülasyon yöntemini karşılaştırdığı retrospektif çalışmadır. Bu çalışmanın sonucunda; biofeedback ve elektrostimülasyon ile

pelvik taban rehabilitasyonun, üriner inkontinans için etkili bir terapi olduğu ve idrar kaçırma sayısını önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (Chiu ve ark.2018).

6. Manyetik Uyarılma: Etki mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır. Hasta manyetik güç üreten bir sandalyeye oturur ya da mobil bir cihaz ile pelvik taban kaslarının kasılması gerçekleştirilir. Dahili proba ihtiyaç duyulmaz ve hastanın günlük kıyafetleriyle işlemi gerçekleştirmesi hasta açısından avantajdır. Toplam 16 seans uygulanan yöntemde hastadan sekiz hafta süresince haftada iki defa, 20 dakika oturması istenmektedir. Manyetik uyarılma sandalyesi 1998’de Food and Drug Administration (FDA) onayı almıştır. Lim ve ark. (2015) tarafından yapılan sistematik derlemede, manyetik uyarılmanın SÜİ tedavisinde etkili olabileceği, ancak kısa ve uzun vadeli etkilerinin zayıf olduğuna dair kanıtlara ulaşıldığı gösterilmiştir. Üroloji Derneği Kılavuzu’nda (2018) manyetik uyarılmanın kısa vadede pelvik taban kas eğitimine fayda sağlayabileceği bildirilmiştir (B kanıt düzeyi).

7. Peserler: Silikon ve plastikten yapılmıştır. Pelvik organ prolapsusu (POP) ve SÜİ birlikte görüldüğünden POP derecesine göre değişik türde ve büyüklükte peser bulunmaktadır. Cerrahi için uygun olmayan, cerrahi tedavi istemeyen ya da belirli bir süre ertelemek isteyen, gebe olan ya da ileri dönemde gebelik planlayan hastalarda kullanılabilir. Aktif genital enfeksiyonu olan ve lateks alerjisi olanlarda kullanımı kontrendikedir ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

Temel olarak iki çeşit peser vardır.

- 1) Destek sağlayan peserler
- 2) Boşluk dolduran peserler

İnkontinans tedavisinde kullanılanlar: Halka, tabak, hodge, gehrung olarak sayılabilir. İnkontinansı olan kadınlarda başlık içeren halka peser kullanılmalıdır ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu, 2015](#)). Başlık üretrayı komprese ederek ve üretral basıncı artırarak inkontinansın tedavisine yardımcı olmaktadır.

Komplikasyonları; peserin yerinden çıkması, idrar kaçırma ve rektal ağrı, hastanın uygulamayı bırakmasına sebep olacak düzeyde vajinal akıntıdır. Nadir olarak vezikovajinal ve rektovajinal fistül ile fekal tıkaç oluşumu söz konusu olabilir ([Temeltas 2013](#)). Shaikh ark (2006)’nın Cochrane sistematik derlemesinde Üİ tedavisindeki yeri konusunda henüz yeterli veri bulunmadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Lipp ve ark (2014)’nın Cochrane sistematik derlemesinde mekanik cihazların kullanımı ve inkontinans üzerine etkileri incelenmiş ve peserlerin üriner inkontinans tedavisinde etkilerine karar vermek için yapılan randomize kontrollü çalışmaların yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Konservatif tedavi seçenekleri üriner inkontinans türlerinin tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Konservatif tedavi seçenekleri arasında yer alan hayat tarzı değişiklikleri kapsamında eğitim ve danışmanlık hizmeti veren hemşireler kilo verme (A kanıt düzeyi), sigaranın bırakılması (A düzeyi), diyetin düzenlenmesi ve sıvı tüketiminin düzenlenmesine daha fazla önem verilmelidir. Ayrıca hemşireler mesane eğitimini, sıkışma veya miks tip inkontinansı olan hastaların tedavisinde ilk basamak olarak uygulamalı, (A düzeyinde) önerilmeli ve mutlaka ele alınmalıdır. Pelvik taban kas eğitimi üriner inkontinansın önlenmesinde ve SÜİ tedavisinde seçenek olabilir. Vajinal konlar, SÜİ riskini azaltmakta etkilidir ve pelvik taban kas eğitimine benzer etki göstermektedir. Elektriksel uyarılma, SÜİ tedavisinde tek başına önerilmemesi gerektiği bildirilirken, sıkışma tip inkontinanstaki davranış tedavileri ile kombinasyonu önerilmektedir. Manyetik uyarılmanın ise inkontinans tedavisinde yeri olmadığı belirtilmektedir. Biyofeedback ve peserlerin üriner inkontinans tedavisinde kullanımına dair yeterli kanıt yoktur. Bu konuda randomize kontrollü daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu derlemenin, ürojinekoloji alanında çalışan hemşirelerin bakım ve danışmanlık hizmetlerindeki kanıt temelli uygulamalarına, hastalarının iyileşme ve yaşam kalitelerinin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Almoussa S, Van Loon A B. The Prevalence of Urinary Incontinence in Nulliparous Adolescent and Middle-Aged Women and the Associated Risk Factors: A Systematic Review. *Maturitas* 2018; 107:78-83.
- Barbosa L, Boaviagem, A, Moretti E, & Lemos A. Multiparity, Age and Overweight/Obesity as Risk Factors for Urinary Incontinence in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Urogynecology Journal* 2018:1-15.
- Başgöl Ş, Kızılkaya Beji N. Kontinans Hemşirelerinin Gelişen Rollerinin Uluslararası Düzeyde İrdelenmesi. *Evaluation of the Developing Nursing Roles at The International Level. Florans. N. Hem. Derg* 2015; 23(3): 224-30.

- Burgio KL, Goode PS, Locher JL et al. Behavioral Training With and Without Biofeedback in the Treatment of Urge Incontinence in Older Women: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002, 288, 2293–2299.
- Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Thiruchelvam N, Tubaro A. Guidelines Associates: Ambühl D, Bedretinova D, Farag F, Lombardo R, Schneider MP. *EAU Guidelines on Urinary Incontinence*. 2018.
- Cangöl E, Aslan E, Yalçın Ö. Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizleri ve Hemşirenin Rolü Pelvic Floor Muscle Exercises for Women and the Nurse's Role Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizleri ve Hemşirenin Rolü Pelvic Floor Muscle Exercises for Women and the Nurse's Role. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10 (3):49-56.
- Collins B, & Bradshaw E. Optimising Pouch Function Using Biofeedback. in the *Ileoanal Pouch* Springer, Cham 2019: 153-9.
- Coşkun B. ve Kadıhasanoğlu M. Üriner İnkontinans Konservatif Tedavi Seçenekleri, in: Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi, Edt. Onur R. Ve Bayrak Ö. *Türk Üroloji Derneği/ Turkish Association of Urology, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul* 2015; 213-331.
- Demir R, Taşpınar A. Kadın Sağlığının Korunmasında Kegel Egzersizlerinin Önemi ve Ebelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018; 34 (2): 77-88.
- Dugan SA, Lavender MD, Hebert-Beirne J et al. A Pelvic Floor Fitness Program for Older Women with Urinary Symptoms: A feasibility study. *Phys Med Rehabil* 2013; 5:672–6.
- Dumoulin C, Hay-Smith J, Habee-Seguin GM, Mercier J. Pelvic Floor Muscle Training Versus No Treatment, for Inactive Control Treatments, for Urinary Incontinence in Women: A Short Version Cochrane Systematic Review with Meta-Analysis. *Neurourology and Urodynamics* 2014; 34:300-8.
- Ellington DR, Erekson EA, Richter HE. Outcomes of Surgery For Stress Urinary Incontinence in the Older Woman. *Clin Geriatr Med*. 2015; 31(4):487–505.
- Engberg S. Management of Urinary Incontinence in the Presence of Fecal Incontinence. *Management of Fecal Incontinence for the Advanced Practice Nurse*. Springer, Cham, 2018: 291-305.
- Friedman B. Conservative Treatment for Female Stress Urinary Incontinence: Simple, Reasonable and Safe. *Canadian Urological Association Journal= Journal de l'Association des urologues du Canada* 2012; 6: 61-3.
- Hagen S, Stark D. Conservative Prevention and Management of Pelvic Organ Prolapse in Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No: CD003882. DOI: 10.1002/14651858.CD003882.pub4.
- Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, et al. Systematic Review and Economic Modelling of the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Non-Surgical Treatments for Women with Stress Urinary Incontinence *Technology Assessment* 2010; 14: 1-188.
- Kaya S, Akbayrak T, Gursen C, & Beksac S. Short-term Effect of Adding Pelvic Floor Muscle Training to Bladder Training for Female Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial. *International Urogynecology Journal* 2015; 26(2): 285-93.
- Kretschmer A, & Bauer RM. Conservative treatment options for female incontinence. *Aktuelle Urologie* 2018; 49(1): 73-7.
- Lai HH, Helmuth, ME, Smith A R, Wiseman JB, Gillespie BW, & Kirkali Z. Relationship Between Central Obesity, General Obesity, Overactive Bladder Syndrome and Urinary Incontinence Among Male and Female Patients Seeking Care for Their Lower Urinary Tract Symptoms. *Urology* 2019; 123: 34-43.
- Lipp A, Shaw C, Glavind K. Mechanical Devices for Urinary Incontinence in Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 12: Art. No.: CD001756. DOI: 10.1002/14651858.CD001756.pub6.
- Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. *EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence*. *European Urology* 2012; 62:1130-42.

- Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. European Association of Urology. EAU Guidelines on Surgical Treatment of Urinary Incontinence. *Actas Urol Esp* 2013; 37: 459-72.
- National Institute for Health and Care Excellence. Urinary Incontinence in Women: Management. NICE Guideline (CG 171). NICE 2013. [nice.org.uk/guidance/cg171](http://www.nice.org.uk/guidance/cg171)
- Nambiar AK, Bosch R, Cruz, F, Lemack GE, Thiruchelvam, N, Tubaro A, ... & Schneider, M. P. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European urology* 2018; 73(4): 596-609. <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>.
- Seo JT, Yoon H, Kim YH. A Randomized Prospective Study Comparing New Vaginal Cone and FES-Biofeedback *Yonsei Med J.* 2004 ;45(5): 879-84.
- Shaikh S, Ong EK, Glavind K, Cook J, & N'Dow J M. Mechanical Devices for Urinary Incontinence in Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 3.
- Sharifi-Rad L, Ladi-Seyedian S. S, Manouchehri N, Alimadadi H, Allahverdi B, Motamed F, & Fallahi, G. H. Effects of Interferential Electrical Stimulation Plus Pelvic Floor Muscles Exercises on Functional Constipation in Children: A Randomized Clinical Trial. *The American journal of Gastroenterology* 2018; 113 (2):295.
- Silva, V A, & D'Elboux M J. Nurses' Interventions in the Management of Urinary Incontinence in the Elderly: an Integrative Review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012; 46(5): 1221-6.
- Sanders K. Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women: A Medical and Surgical Review. *Urologic Nursing*, 2019; 39(1): 29-35.
- Sjöström M, Umefjord G, Lindholm L, Samuelsson E. Cost-effectiveness of an Internet-based Treatment Program for Stress Urinary Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2013; 34: 244–50.
- O'Reilly Nelson H D, Conry J M, Frost J, Gregory K D, Kendig S M, ... & Qaseem A. Screening for Urinary Incontinence in Women: A Recommendation from the Women's Preventive Services Initiative 2018.
- Özcan M. ve Kapusuz S. Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 101–9.
- Özkan SA, Bilgiç D & Beji, NK. Türkiye'de Hemşirelik Alanında Üriner İnkontinansla İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 2019; 10(2):201-10.
- Temeltaş G. Stres Tipi İdrar Kaçırma ve Pelvik Organ Prolapsusunda Cerrahi Dışı Tedavi Seçenekleri. *Kadın ve İşlevsel Üroloji Bülteni* 2013; 3:5-9.
- The International Continence Society 2017 <https://www.ics.org/> Erişim: 12.12.2018
- Vaughan CP, Markland AD, Smith PP, Burgio KL, Kuchel GA, Report and Research Agenda of the American Geriatrics Society and National Institute on Aging Bedside-to-Bench Conference on Urinary Incontinence in Older Adults: A Translational Research Agenda for a Complex Geriatric Syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018; 66(4): 773-82.
- Vissers D, Neels H, Vermandel A, De Wachter S, Tjalma WA, Wyndaele JJ, et al. The Effect of Non-Surgical Weight Loss Interventions on Urinary Incontinence in Overweight Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for The Study of Obesity* 2014;15:610-7.
- Wells MJ, Jamieson K, Markham TC, Green SM, Fader MJ. The Effect of Caffeinated Versus Decaffeinated Drinks on Overactive Bladder: a Double-Blind, Randomized, Crossover Study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN* 2014; 41(4): 371-8.
- Zhou J, Liu Y, Zhou K, Liu B, Su T, Wang W, & Liu Z. Electroacupuncture for Women with Chronic Severe Functional Constipation: Subgroup Analysis of a Randomized Controlled Trial. *BioMed research international*, 2019.

Behice Belkıs Çalışkan¹
Orcid : 0000-0001-7249-2954

Nermin Gürhan²
Orcid : 0000-0002-3472-7115

¹Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu,
İstanbul
²Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Behice Belkıs Çalışkan
bhcbklsayan@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Majör depresyon, Hildegard Peplau,
kişilerarası ilişki, hemşirelik bakımı

Key Words:

Major depression, Hildegard Peplau,
interpersonal relationship, nursing care

Majör Depresyon Tanılı Bir Olgunun Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Teorisi Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care According to Peplau's Interpersonal Relations Theory of a Case with Major Depression: Case Report

*Bu çalışma 21.11.2018 tarihinde, Antalya'da düzenlenen V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde 4214 ID numarası ile poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Alınış (Received): 02.05.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 18.10.2019

ÖZ

Hemşirelik, insanın yaşam süreci boyunca sağlık ve hastalık durumlarında gereksindiği bakım ve uygulamaları gerçekleştirmektedir. Bu bağlamda; hemşirelik kuramları hemşirenin analitik düşünme becerisini geliştirmesinde, hemşirelik işlevlerinde amaç belirleme ve geliştirme yeteneğini kazanmasında bir rehber olarak yardım eder. Literatürde hemşirelik modellerini temel almadan yalnızca hemşirelik sürecini kullanmanın, bakım uygulamalarını açıklamakta yetersiz kaldığı ve uygulamaları mekanik bir iş haline getirdiği belirtilmektedir. Bunun için hemşireler, hemşirelik teorilerinden yararlanırlar. Bu teorilerden birisi Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Teorisi'dir. Peplau "biyolojik" ve "davranış" bilimlerinin bilgisini kullanarak sorunların çözümlenebilmesi için hemşirelik girişimlerinin bu yönde planlanması gerektiğine inanır. Bu doğrultuda Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Teorisi temel alınarak, Organik Nedenlere Bağlı Majör Depresyon tanısıyla psikiyatri servisine yatırılan, 19 yaşındaki hastanın ve ailesinin yaşadığı güçlükler, fiziksel ve ruhsal belirtiler incelenmiş, hastanın ve ailenin hastalığa oryantasyonu, yaşadıkları stresli durumla baş etmesi ve kaygılarının azaltılması amaçlanmış ve bu doğrultuda bakım planı oluşturulmuştur. Peplau Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik bakımının hasta ve ailenin anksiyetesini azalttığı, hasta ve ailede var olan problemlerin çözümünde faydalı olduğu ve teorinin kullanılabilirliği sonucuna ulaşılmıştır.

ABSTRACT

Nursing carries out the care and applications required for health / illness situations throughout the life process. In this context, nursing theories help the nurse to develop analytical thinking skills as a guide in gaining the ability to identify and develop goals in nursing functions. It is stated in the literature that using only the nursing process without being based on nursing models is inadequate to explain care practices and makes applications become a mechanical work. For this, nurses benefit from nursing theories. One of these theories is Peplau's Theory of Interpersonal Relations. Peplau believes that under the influence of "biological" and "behavioral" sciences, many nursing problems arise from "human relationships" and that nursing initiatives must be planned in this direction so that the development of individuals can continue and problems can be resolved. In this direction, Based on Peplau's Theory of Interpersonal Relations, Dependent on Organic Causes Major Depression, which is admitted to the psychiatric service, The difficulties, physical and psychological symptoms experienced by a 19-year-old patient and his family were examined, the orientation of the patient and the family to the illness, the coping with the stressful situation they experienced and the reduction of their worries were aimed and the care plan was established in this direction. According to the Peplau Theory, the nursing care applied is helpful in reducing the anxiety of the patient and the family, and in solving the problems existing in the patient and family, and the result of the theory being used.

Kaynak Gösterimi: Çalışkan, B. B. ve Gürhan, N. (2019). Majör Depresyon Tanılı Bir Olgunun Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Teorisi Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu, EGE HFD., 35 (3):163-171

How to cite: Çalışkan, B. B. and Gürhan, N. (2019). Nursing Care According to Peplau's Interpersonal Relations Theory of a Case with Major Depression: Case Report, EGE HFD., 35 (3):163-171

GİRİŞ

Yaşamın her aşamasında ve yaşam boyu her daim kullanılan bir kavram olan iletişim, çok kanallı bir süreç olup iki kişinin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirlerini anlamayı içerir. Bu nedenle iletişim, kişiye özel bir yetenek değil, sonradan öğrenilen bir dizi teknik olduğu için yaşamsal bir öneme sahiptir. Yaşamda bu kadar önemli bir yer tutan iletişimin, hemşirelik bakımında önemli bir yerinin varlığı inkar edilemez bir gerçektir. Hemşirenin bireye, kendine özgü özelliği, kişiliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygılı bir şekilde bakım vermesi için kişilerarası iletişim tekniklerini bilmesi ve bunları uygulaması gerekmektedir ([Kumcağız ve ark 2011, Yalçın ve Aştı 2011](#)).

Hemşire ve hasta arasındaki ilişkinin önemini ve boyutlarını ilk defa Hildegard Peplau (1952) tanımlamıştır. Peplau “biyolojik” ve “davranış” bilgisini kullanarak birçok hemşirelik sorununun “insan ilişkilerinden kaynaklandığını ve bireylerin gelişimlerinin devam edebilmesi ve sorunların çözümlenebilmesi için hemşirelik girişimlerinin bu yönde planlanması gerektiğine inanır. Peplau, hemşirelerin kendi davranışlarının farkında olmasının, başkalarının davranışlarını da anlamlandırabilmelerine neden olacağına inanmıştır. Böylece hemşireler, insan ilişkilerinden kaynaklanan sorunları, daha iyi tanıyıp; çözümüne yardımcı olabileceklerdir. Daha çok hasta ve hemşire arasındaki ilişkinin üzerinde duran Peplau, bu etkileşimi dört aşamada tanımlamıştır;

✓ Oryantasyon aşaması; hastanın yardıma gereksinim duyduğu, hemşire ile hastanın tanıştıkları ve hasta hakkında bilgilerin toplandığı başlangıç evresidir. Oryantasyonun başlangıcında hemşire ve hasta/aile birbirine yabancıdırlar. Hasta ya da ailenin bir gereksinimi vardır ve bundan dolayı profesyonel yardım aramaktadır. Bu gereksinim bireylerin kendileri tarafından tanımlanmış ya da anlaşılmış olmayabilir. Hemşirenin hastaya ve ailesine, hastaya ne olduğunu anlamak üzere yardım etme gereği duyması, bu aşamanın içinde yer alır.

✓ Tanımlama aşaması; hasta, hemşireyi kendine yardım edecek biri olarak kabul eder, duygularını hemşire ile paylaşır ve onunla dayanışma içine girerek uyum ve güven sağlar, hasta bütüncül olarak değerlendirilir. Hastanın ilk izlenimleri az çok belirginleştikten sonra, gereksinimlerine yardımcı olacak kişiye seçici olarak tepki gösterir. Bu aşamada her hasta başka türlü davranır. Hasta, ya aktif olarak hemşireyi arar ya da hemşire onu arayana kadar sabırla bekler.

✓ Yararlanma aşaması; İlişkinin terapötik çalışması bu evre esnasında meydana gelir, hastanın gerçeklik algısı ve iç görüşü artırılır, hedefe ulaşmaya yönelik olarak sürekli bir biçimde gelişmeleri değerlendirilir. Bu aşamada girişimlerin neler olacağı hastanın özelliğine ve gereksinimlerine bağlıdır. Birey, ona yardım eden çevrenin bir parçası olduğunu hissetmeye başlar. Kendisine sunulan yardımın, içinde bulunduğu durumu biraz da olsa denetleyebileceğini hisseder.

✓ Çözümleme aşaması; burada hastanın bağımsız olarak hareket edebilmesi ve tüm hasta-hemşire ilişkisi aşamasında ele alınan aktivitelerde başarılı olması beklenir. Bu evrenin ana görevi, ilişkiyi terapötik bir şekilde sonlandırmaktır. Hastanın gereksinimleri hemşire ve hastanın karşılıklı çabalarıyla karşılanmış durumdadır. Bu aşamada hasta ve hemşire tedaviye yönelik ilişkiyi sonlandırmalı ve aralarındaki bağı çözmelidir ([Velioğlu 2012, Courey ve ark2008, Penckofer ve ark. 2011, Pektekin 2013, Townsend 2016, Bozdoğan, 2016](#)).

Senn (2013), bir çalışmada Peplau'nun kişiler arası ilişkiler kuramının hemşirelik uygulamalarının pek çok alanında kullanımını vurgulamıştır. Sonuç olarak, herhangi bir ortamda hastalarla ustalıkla iletişime geçilmesinin kritik bir öneme sahip olduğu, hasta ve hemşire arasında karşılıklı güven ilişkisi oluşarak, terapötik ilişkinin kurulduğu belirtilmiştir ([Senn, 2013](#)). Benzer bir çalışmayı [Thibeault \(2016\)](#) psikiyatri hemşireleri üzerinde yaparak, hemşirelerin hastalar ile kurduğu terapötik ilişkiyi Peplau'nun “kişiler arası ilişkiler kuramının basamaklarına göre yorumlamıştır ([Thibeault, 2016](#)). [Çırlak \(2019\)](#) Peplau'nun kişilerarası hemşirelik kuramından faydalanarak oluşturduğu bir modelde yeni mezun hemşirelerin klinikte çalışmaya başladıkları süreçte yaşadıkları zorlukları belirtmiş ve uyum süreçlerini çerçevelemeye çalışmıştır. Uygulanan bu modele göre yeni mezun hemşirelerin kendilerine olan güvenin arttığı, kuruma olan uyumun hızlandığı, performanslarının geliştiği ve yaptıkları işten doyum sağladıkları görülmüştür ([Çırlak, 2019](#)).

Bizim olgumuz, psikiyatri kliniğine “organik sebeplere bağlı majör depresyon” ön tanısı ile yatırılan bir kadın hastadır. Belirti ve bulgular psikiyatri kliniğinde izlenmiş ve yapılan tetkikler sonucunda “ensefalopati” olduğu tespit edilerek, hasta nöroloji kliniğine tedavi edilmek üzere sevk edilmiştir. Olgumuzun ön tanısı majör depresyondur; çökkünlük, kederli hissetme, yaşamdan doyum alamama, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması, uykuda azalma yada artma, psikomotor yavaşlama, suçluluk ve değersizlik hissi, konsantrasyon güçlüğü ve öz kıyım (intihara) eğilim gibi depresyonun pek çok belirti ve bulgusu bulunmaktadır ([American Psikiyatri Birliği 2014](#)). Yapılan tetkikler sonucunda aldığı metabolik ensefalopati tanısı; santral sinir sisteminin primer yapısal anormalliği olmaksızın sistemik hastalıklara sekonder gelişen, sıklıkla fokal semptom ve bulgulara yol açmayan geçici bilinç bozukluğu yaratan, santral sinir sistemi hastalığı olarak tanımlanır ([Aslan ve ark. 2006](#)).

Olgu, Peplau'nun “Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'na göre yorumlandı. Peplau kuramında, hastaların sağlıklarını pozitif anlamda değiştirme sürecinde hemşirelerin yardım ettiğine inanılmaktadır. İletişim, hasta davranışlarında olumlu değişiklikler yapmak için kullanılan bir araç olarak görülmektedir. Bu doğrultuda hasta için planlanan bakım planı Peplau'nun belirttiği basamaklar üzerinden tartışılmıştır ([Senn 2013, Hochberger ve ark. 2017](#)).

Olgu Hakkında Genel Bilgiler

Sosyo-demografik özellikler; kadın hasta, 19 yaşında, bekâr, Almanya'da ailesi ile beraber yaşıyor, lise mezunu, eğitimine devam ediyorken hastalığından dolayı iki yıldır ara vermiş.

Sağlık Öyküsü; hasta, ailesinden ve hekiminden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirildi. Hastanın 15 yaşına kadar belirgin bir rahatsızlığı olmamış, 4 yıl önce baş dönmesi, çift görme, baş ağrısı, kusma gibi şikâyetler ile doktora başvurmuş. Hastaya psödötümör serebri ve ülseratif kolit teşhisi koyularak, diazomid tedavisi başlanmış ve 1,5 yıl boyunca belli aralıklarla lomber ponksiyon (LP) yoluyla beyin omurilik sıvısı (BOS) her seferinde 20 ml kadar çekilmiş ve işlem yaklaşık 40 defa tekrarlanmış. Son olarak da 14 Kasım 2017'de LP yapılmış. Hastada bir süre sonra içe kapanma, konuşmama, yoğun kaygı duyma, anormal sözler söyleme şikâyetleri başlamış ve Haziran 2017 tarihinde Almanya'da bir hastanede psikiyatri kliniğine başvurmuş bunun üzerine SSRI sınıfı bir antidepresan olan essitalopram 10 mg/gün başlanmış ve şikâyetlerinin devam etmesi sonucu Eylül 2017'de 15mg/gün e çıkarılmış.

Hasta bu tedaviden o dönemde fayda görmüş, işlevselliği düzelmeye başlamış, konuşması akıcıymış, anormal söz ve davranışlar sergilemiyormuş. Fakat aynı dönemde uyku problemleri yaşamaya başlamış ve ilerleyen zaman içinde rutin hayatı olumsuz etkilenmiş. Bu olumsuzluk hastada içe kapanma, konuşmama, uykusuz kalma, yersiz kaygı ve korku, kendini mutsuz hissetme beden hareketlerinde yavaşlama, tepki vermeme gibi şikâyetlerin oluşmasına ve giderek artmasına neden olmuş. Aile, kızlarını yeniden kliniğe götürmüş ve bu defa essitalopram 15mg/gün tedavisi kesilerek katatonik durumu göz önünde bulundurulup yerine bir antipsikotik olan olanzapin 10 mg/gün başlanmış. Hastanın uyku ve iştahı düzelmiş ama içe kapanıklığı ve konuşmama durumunda değişiklik olmamış. Bunun üzerine hastanın ailesi hastayı, değişiklik olması açısından Türkiye'de yaşayan anneanne ve dedesinin yanına getirmeye karar vermiş. Belirtilerin Türkiye'de artması üzerine 26 Aralık 2017 tarihinde üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğine yatırılıp yapılan hasta bu tarihten itibaren değerlendirilmeye başlanmıştır.

Psikiyatrik Öykü; hasta, hastalığının ilk dönemlerinde kendisini mutsuz hissettiğini söylüyormuş, hareketlerinde yavaşlama, yersiz korku ve kaygı oluşmaya başlamış. İlk defa Almanya'da beyin manyetik rezonans görüntüleme çekildiğinde doktorların kendisine çip taktıklarını söylemiş. Babasının Almanya'da mali problemleri varmış, bu yüzden gerçek olmadığı halde Türkiye'den Almanya'ya bir daha dönemeyeceklerini düşünüyormuş. Çok ender konuşuyormuş, konuştuğu zamanlarda da "anne ben seni üzecek bir şey yapmadım, sen beni biliyorsun değil mi" diyor. Bazen de annesine onları çok üzdüğünü söylüyormuş. Bütün gün hiçbir şey yapmadan oturuyormuş. Tuvalet ve banyo gibi öz bakım ihtiyaçları için kimseden yardım almıyor fakat kendisine yapması söylenmeden yapmıyormuş. Yalnız kalmaktan korkuyormuş. Annesinin yanından ayrılmasını istemiyormuş ve bir keresinde "anne ben anaokuluna giden bir çocuk gibi kendimi güçsüz hissediyorum" demiş. Hastanın öz kıyım gibi kendine zarar verici girişimleri olmamış.

Klinikte Gözlemlene; genel görünüm; hastanın (ailesinin yardımıyla) öz bakımı iyiydi, soru sorulmadıkça konuşmuyordu, sorulan sorulara kısa ve çok yavaş konuşarak cevap veriyordu, tepkisiz ve mutsuz bir görüntüsü vardı. Etrafa karşı ilgisizdi, duygu durumunda çökkünlük vardı ve künt görünmesine rağmen endişeliydi. Paranoid görünüm sergilemiyordu. Kendisine verilen komutları beklenenden daha yavaş da olsa yerine getiriyordu. Psikomotor aktiviteleri azalmıştı. Bilinci açık, zaman, yer ve kişi yönelimi yerinde, gideceği yerleri bulabiliyordu. Bellek durumu anlık, çok yakın, yakın ve uzak bellekte bozulma saptandı. Dikkatte azalma olduğu tespit edildi.

Okuma yazma kapasitesi; okuyabili ama anlamlı cümle yazamadı.

Görsel uzamsal yeterlilik; saat ve ev şekli çizmesi istendi ikisini de çizebildi. Hasta bazı basit hesaplamaları yapamadı. Zekâ düzeyinin orta seviyede olduğu ve algı ile ilgili sıkıntıları olduğu gözlemlendi. Hastanın düşünce süreçleri ve akışı oldukça yavaştı. Hasta sadece kendisine sorulan sorulara kısa cevaplar verebiliyor, soru sormuyordu. Kendi hayatı hakkında tek başına karar verebilme yetisi bozuktu. İç görüşü yoktu.

Kullandığı İlaçlar; Azathioprine 2*150 mg, Salofalk 1*1000 mg, Diazomid 2*250 mg, Omeprazid 1*20 mg

Hasta ile kliniğe yatırıldığı andan itibaren 7 gün boyunca görüşme yapılmış, kliniğin içinde (8.⁰⁰-23.⁰⁰) gözlemlenmiş, Peplau'nun kişiler arası ilişkiler teorisine göre NANDA'nın hemşirelik tanıları konularak bakım planı hazırlanmış ve hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

OLGU ANALİZİ

Tablo 1. Hasta İzlemi ve Yapılan Görüşmeler

| | | |
|-------|---------------------|---|
| 1.gün | Oryantasyon Aşaması | Hastanın yatışı yapıldı. Yanında anne ve babası vardı, hemşire odasında hastanın öyküsü alındı. Hastayla ilgili bilgiler daha çok anneden alındı bütün sorulara anne cevap verdi. Hasta, kendisine sorulan sorulara çok kısa ve yavaş cevap verdi bazılarını hiç cevaplayamadı. Sandalyede gergin ve endişeli bir şekilde oturuyordu, göz teması kurarken boş bir ifade ile bakıyordu. Kendisi ile iletişim kurulduğunda önce biraz bekleyip anlamaya çalışıyor sonra çok kısık sesle ve yavaş cevap veriyordu. İlk gün odasına yerleştirildi, annesi refakatçi olarak yanında kaldı. |
| 2.gün | Tanımlama Aşaması | Sabah görüşüldüğünde sıkıntısı yoktu, kendini iyi hissettiği ve ortama uyum sağlamaya çalıştığı gözlemlendi. Güler yüzlü ve aktif davranışları vardı, iyi olduğunu söyledi. Öğlen görüşüldüğünde “bu gün tombala oynadım ve ilk defa güldüm” dedi. Akşam annesi ile görüşüldü. Annesi “bu gün üç saat dışarı çıktım bana anne sen git ben burada durabilirim beni merak etme dedi, geldiğimde iyi görünüyordu, daha sonra gün içinde bir saatliğine yanından ayrıldım ve döndüğümde ortalığı birbirine katmış. Herkese bağırıp çağırmış, benim gelmeyeceğimi düşünmüş ve kaygılanmış, oturup ağlamış sürekli. Akşam yemeğe gittiğimizde burada yemek istemediğini söyledi. Sonra ‘Anne benim gördüğümü sende görüyor musun?’ dedi. Neyi? diye sorduğumda ‘neyse boş ver’ diyerek başını çevirdi.” dedi. O gün geceyi rahat geçirmiş ve uyumuş. |
| 3.gün | Yararlanma Aşaması | Hasta geceyi rahat geçirmiş, sabah yanına gidildiğinde kendini iyi hissettiğini söyledi, öğlene doğru görüşme yapmak amacıyla vakit belirlendi. Öğleden önce yanına gidildiğinde, annesi yatağında oturduğunu söyledi. Yatağında gergin bir şekilde oturuyordu. Konuşması ilk geldiği güne göre daha açık ve anlaşılırdı. Hasta görüşme odasına alındı. Sonra birden “beni sürekli denemeyin ben her şeyi biliyorum aptal değilim. Bana artık adımlı söylemeyin ben yokum öldüm, beynim öldü benim. Okula dönmek istemiyorum ben hiçbir şey yapmak istemiyorum, yeniden doğmak dünyaya gelmek başka biri olmak istiyorum zaten annemi de çok üzüyorum” dedi. Biraz sessiz kaldı. Daha sonra “sonra görüşebilir miyiz, kendimi iyi hissetmiyorum” dedi. Hastaya daha sonra da görüşme yapmaya devam edilebileceği söylendi. Akşam annesi görüşme yapmak istedi ve görüşme odasına geçildi. Gün içerisinde nöroloji ve psikiyatri hekimi konuşurken kulak misafiri olmuş ve kızının psikoz olabileceği söylenmiş. “Bu durum beni yıktı kendimi çok kötü hissediyorum mahvoldum bütün umutlarım bitti gelecek planlarım bitti ben ne yapacağım şimdi, psikoz depresyondan çok daha kötü, onun yanında ağlayamıyorum onu kötü etkilemek istemiyorum” dedi. Bir süre ağladı, rahatlaması için konuşmak anlatmak istediği her şeyi anlatabileceği söylendi. Hiçkırarak ağlamaya başladı ağladıkça rahatladığını söyledi. Terapötik ilişki kuruldu. Gece boyunca annenin ve hastanın anksiyetesi oldukça yüksek seyretmiş. O gece hasta oldukça huzursuzmuş ve uyuyamamış. |
| 4.gün | Tanımlama Aşaması | Annesi sabah vizitten sonra gelerek “geceyi kötü geçirdi, gece sürekli uyandı ve uyurken titriyordu kriz geçirdiğini düşündüm. Bir ara gözünü açtı ‘anne biz şimdi neredeyiz’ dedi, bende sen söyle dedim ‘Ankara’dayız’ dedi. Bende şu anda nerede uyduğunu söyle dedim, bana ‘cennet mi burası’ dedi. Çok endişeliyim ne yapmam gerekiyor bilmiyorum” dedi. Şu anda kızının gözlemlendiğini, bu süreçte bunların yaşanacağını bu yüzden rahat olması gerektiği söylendi. Yarım saat sonra anne yeniden gelerek “ben de psikiyatri doktoruna görünmek istiyorum sanırım çok gerginim, duygularımı kontrol edemiyorum artık” dedi ve hekimler ile iletişim kurması sağlandı, hekimler kendisine yardımcı oldular. Hastaya gün içinde nöroloji doktoru tarafından tanı amaçlı LP yapıldı. Gün içerisinde oldukça gergin ve kaygılı görünüyordu, kimseyle konuşmak istemiyordu. Akşam izinli olarak hastaneden ayrıldı. |
| 5.gün | Tanımlama Aşaması | Akşam izinden döndü, döndüğünde yine kaygılı, huzursuz ve gergin görünüyordu. Duygu durumu bozulmuş ve künt olarak izlendi, zorunlu kalmadıkça iletişim kurmuyordu. Yemeğini oldukça yavaş mekanik hareketler ile yedi. Gece uyuyamadığını ilettili ve seroquel verilerek uyuması desteklendi. |
| 6.gün | Yararlanma Aşaması | Hastanın katatonik bir tabloda olduğu izlendi, öz bakımı oldukça kötüydü, banyo yapmayı, saçlarını taramayı, dişlerini fırçalamayı, üstünü değiştirmeyi reddetti. İştahta azalma gözlemlendi, sıvı alımı da oldukça azaldı ve teklif edilen sıvı alımını reddetti. Gece uyuyamadı, ilaç alarak uyuması desteklendi. |
| 7.gün | Çözümleme Aşaması | Hasta duygu durumu bozuk ve künt olarak izlendi. Ara ara anlamsız söylemleri oldu, sözleri oldukça dağınıktı. Öğle yemeğini uzun süre bekleye bekleye yedi, kısık sesle konuştu ve iletişime geçmekte zorlandı. Nörolojinin yaptığı tetkikler sonucu hastanın kesin tanısı “ensefalopati” olarak kesinleşti ve nöroloji kliniğine tedavi amaçlı sevk gerçekleştirildi. |

Tablo 2. Olgunun Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramına Göre Yorumlanması

a. Oryantasyon Aşaması

| Hemşirelik Tanısı | Tanımlayıcı Özellikler | İlişkili Faktörler | Amaçlar | Göstergeler | Girişimler | Değerlendirme |
|---|---|---|--|--|--|--|
| Acı Çekme (Hastaya Yönelik Tanı) | Çekilme, tepkisizlik, savunmasızlık, konsantrasyon olamama, gergin vücut postürü | Nörolojik hastalıklara sekonder fonksiyon ya da bağımsızlığın kaybı | Kişi acısını/ kederini ifade edecektir | Kaybın kendisi için anlamını tanımlar, kendini diğer önemli kişilerle paylaşır. | <ul style="list-style-type: none"> • Güven duyacağı bir ilişki sağlandı. • Hasta ile mahremiyetini sağlayacak bir ortamda görüşme yapıldı. • İlk görüşme anne, baba ve kendisi ile yapıldı sonraki görüşmeler kendisi ile ve annesi ile ayrı ayrı yapıldı. • Hastanın ve ailesinin yas tepkileri gözlemlendi. • Annesi oldukça kaygılı görünüyordu, kaygısının yüksek olduğunu ve görüşmek istediğini bildirdi, görüşme odasında kendisi ile görüşüldü. • Annenin acı çekme/yas tepkileri değerlendirildi. • Şok ve inanmama durumu paylaşıldı, farkındalık geliştirildi, eski haline dönme durumu yeniden düzenlendi. • Hastanın somatik durumu değerlendirildi. • Kayıp ile ilgili olarak değerlendirme yapıldı. • Annenin güçlü yönlerinin farkında olundu ve bunlar anne ile tartışıldı. • Acılarını paylaşması için anne ile görüşmede mahremiyeti sağlandı. | Bizim olgumuzda, hasta ile ilk karşılaşıldığında oldukça tedirgin olduğu, kaygı yaşadığı ve içten içe acı çektiği gözlemlendi. Fakat klinikte kaldığı süre içinde acısını/ kederini ifade etmedi. |
| Sözel İletişimde Bozulma (Hastaya Yönelik Tanı) | Göz temasının olmaması, iletişimi anlamakta zorluk, vücut ifadelerinin kullanımında zorluk, yüz ifadelerinin kullanımında zorluk | Merkezi sinir sistemi bozukluğuna bağlı | Hasta; sözel ve sözel olmayan davranışların uyumunu gösterebilecek. Sosyal etkileşim için arzusunun ifade edebilecektir. | Anlama yeteneğinde artış göstermesi Kendini ifade etme yeteneğinde ilerleme göstermesi | <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın yüzüne bakılarak, açık ve net konuşuldu • Görüşme yerinin sessiz olması sağlandı • Hastanın, söyleneni tam olarak anlamadığı görüldüğünde, söylenenler tekrar edildi • Normal ses düzeyi kullanılarak kısa cümlelerle acele etmeden konuşuldu • Yorgun olduğunda konuşma ertelendi • Hasta yavaş konuştuğunda, dinlemek için yeterli zaman ayrıldı • Hastanın mesajlarını doğru anlamak için söylediklerini tekrar etmesi istendi | Hastanın göz teması kurmadığı, kendini ifade ederken yüz mimiklerinin ve beden dilinin olmadığı, iletişim kurmakta zorlandığı görüldü. Hasta ile sık aralıklarla görüşmeler yapıldı fakat hastanın iletişim becerilerinde herhangi bir değişiklik olmadı. |
| Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma (Aileye Yönelik Tanı) | Aile Sistemi; krize yapıcı olarak uyum yapmaz yada yapamaz, tüm üyelerin emosyonel gereksinimlerini karşılamaz ya da karşılayamaz | Vakit tüketen tedavilerden dolayı ailenin rutinlerinin bozulması, ailenin hasta üyesinin tedavileri nedeniyle ailenin tüm üyelerinde duygusal değişiklikler olması, ailenin hasta üyesinin hospitalizasyonu | Aile üyeleri birbirini karşılıklı olarak destekleyen fonksiyonel bir sistem sürdürecektir. | Duyguların hemşireye sık sık ifade edilmesi | <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın ilk öyküsü alındığında ailenin durumu değerlendirilmesine yardım edildi • Doğru-tam bilgi vererek ve soruları yanıtlayarak, gerçekçi bir bakış açısına sahip olması için aile cesaretlendirildi • Ailenin güçlü yönleri vurgulandı • Aile üyelerinin suçluluk, öfke, suçlama duygularının sözel olarak ifadesi ve duygularını tanıması sağlandı • Hasta olan üyeden beklentilerin gerçekçi bir şekilde değiştirmeleri için aile üyelerine yardım edildi | Aile farklı bir ülkede yaşıyor ve diğer çocuklarından ayrı oldukları için süreçte bozulma yaşıyordu, bu konu ile ilgili yaşadıkları duygu ve düşüncelerini paylaşımları sağlandı. Özellikle anne ile görüşülerek yaşadığı sıkıntıları paylaşması sağlandı, kızlarının psikiyatrik tedavi görüyor olması ve aile bütünlüğünün kalmamış olması anneyi süreçte oldukça yıpratmış. Anne duygu ve düşüncelerini paylaştıkça rahatladığını dile getirdi. |

(Carpenito-Moyet 2012, Senn 2013, Townsend 2016, Ackley 2019)

b. Tanımlama Aşaması

| Hemşirelik Tanısı | Tanımlayıcı Özellikler | İlişkili Faktörler | Amaçlar | Göstergeler | Girişimler | Değerlendirme |
|--|--|---|--|---|---|---|
| Düşünme Süreçlerinde Bozulma (Hastaya Yönelik Tanı) | İnternal ya da eksternal uyaranların doğru olmayan şekilde yorumlanması Soyutlama/özetleme, problem çözme, bellek yetersizliği şeklinde bilişsel defisitler Uyumsuz sosyal davranış Yoğunlaşmama/dikkatin kolayca dağılması | Depresyon, anksiyete, acı çekme durumlarına sekonder olarak, bilgiyi işleme yeteneğinde ve dikkat süresinde azalmaya | Kişi, gerçeğe oryantasyonunu ve diğerleri ile açık iletişimini sürdürecektir. | Düşünme/ davranıştaki değişimleri tanıması / kabul etmesi | <ul style="list-style-type: none"> Sakin ve destekleyici bir yaklaşımda bulunuldu Yerine getirilemeyecek sözlerden kaçınıldı Gerçek merkezli durumları tartışmak için odağın delüsyonel ifadelerden uzaklaştırıldı Delüsyonel materyali tekrar tekrar tartışmasına engel koyuldu Kısa ve açık cümleler kuruldu Alternatif baş etme yöntemleri tartışıldı Daha fazla sorumluluk aldığı anda hasta desteklendi Kendi tedavi planına katılması için desteklendi Kişinin yere ve zamana oryantasyonu sağlandı Okuma materyalleri, dergi ve mecmua gibi oryantasyonu artırıcı aktiviteler sağlandı | Kişinin oryantasyonu gün geçtikçe bozuldu. İletişime kendini kapattı. |
| Anksiyete (Hastaya ve Aileye Yönelik Tanı) | Hastaya Yönelik; geri çekilme, yoğunlaşmama, dalgınlık, öğrenme yeterliliğinde azalma Aileye Yönelik; endişe, kendine güvensizlik, huzursuzluk, kötü bir şey olacağını bekleme, ağlama | Hastaya Yönelik; hospitalizasyona bağlı gerçek ya da algılanan çevre değişikliği Aileye Yönelik; yetersizlik duygusuna sekonder benlik kavramının tehdit edilmesin ya da tehdit algılamaya | Kişi, psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta artma olduğunu ifade edecektir | Kendi anksiyetesini ve baş etme örüntülerini tanımlaması. Etkili baş etme mekanizmalarını kullanması | <p><u>Hastaya Yönelik;</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın anksiyete düzeyi tanımlandı Hastanın yanında olundu Kısa ve basit cümleler kurularak sakin ve yavaş konuşuldu Empatik bir anlayış aktarıldı (sessizliği kullanma, ağlamaya izin verme) Görüşme yapılırken bireyin karşısında oturuldu <p><u>Aileye Yönelik;</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Annenin anksiyete düzeyi tanımlandı Annenin yanında olundu Annenin ve hastanın yanında olundu Görüşmelerde bireyin karşısında oturuldu Empatik bir anlayış aktarıldı (sessizliği kullanma, ağlamaya izin verme) Fazla uyaranlar etraftan uzaklaştırıldı (görüşme odasına alınarak hastaların yanında, gürültülü ortamda görüşme yapılmadı) | Hasta ile kurulan iletişim görüşmeler sırasında rahatlamasını ve hastane ortamına uyum sağlamasına yardımcı oldu. Ailenin anksiyetesini azaltmaya yönelik yapılan uygulamalar ile ailenin soru işaretleri giderilmeye çalışıldı, anksiyete düzeyleri giderek azaldı. |
| Etkisiz Baş etme (Aileye Yönelik Tanı) | Bir durumla başa çıkamaması, temel ihtiyaçların karşılanamaması, rol beklentisini karşılamada yetersizlik, sosyal desteğe erişimde yetersizlik, yetersiz problem çözümü | Hospitalizasyona ve tedavi sürecindeki belirsizliklere bağlı | Kişi, kendi çevresindeki proaktif/ olumsuz durumları değiştirmek için kararlar verecek ve bu kararlarına uygun eylemlerde bulunacaktır | Aile üyelerine yönelik sağlıksız olan baş etme davranışlarının keşfedilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi | Geçmişteki ve şimdiki aile fonksiyonlarını değerlendirmeleri için aile ile görüşüldü Durumu değerlendirmeleri için aile üyelerine fırsat verildi Duyuların ve belirtilerin başlangıcı, bunların olaylarla ve yaşam değişimleri ile ilişkisi tanımlandı Gerçeklerle bağlantı kurma yeteneği değerlendirildi Dikkatle dinlendi, iletişim becerileri gözlemlendi Yaşadığı duyguların gerçekten güç olduğu belirtildi Birey kötümser olduğunda, daha ümitli ve gerçekçi bir bakış açısı sağlanmaya çalışıldı Görüşmeler sırasında uyaranların az olduğu ortam sağlandı Durumu değerlendirmeleri için aileye yardım edildi | Anne, baş etmekte zorlandığını dile getirdi. Ara ara yapılan görüşmeler anneyi motive etti. |

(Carpenito-Moyet 2012, Senn 2013, Townsend 2016, Ackley 2019)

c. Yararlanma Aşaması

| Hemşirelik Tanısı | Tanımlayıcı Özellikler | İlişkili Faktörler | Amaçlar | Göstergeler | Girişimler | Değerlendirme |
|--|---|---|--|--|--|---|
| İletişimde Bozulma (Hastaya Yönelik Tanı) | Konuşma yeteneğinde azalma, anlamsız konuşma, sözel ve sözel olmayan mesajlar arasında uyumsuzluk, sözcüğü bulma problemleri | Delüsyonel bozukluk, dağınık ve gerçek dışı düşünme | Kişi, iletişim yeteneği ile ilgili doyumunun arttığını bildirecektir | Anlama yeteneğinde artış göstermesi. Kendini ifade etme yeteneğinde ilerleme göstermesi. Alternatif iletişim yöntemlerini gerektiği gibi kullanması. | <ul style="list-style-type: none"> Bireyin yüzüne bakarak açık ve net konuşuldu Eğer kişi söylenenleri tam olarak anlamamış görünüyorsa tekrarlandı, gerekirse kısa sözcüklerle başka şekilde anlatıldı İletişim güçlendirildi Normal ses düzeyi kullanıldı, kısa cümlelerle acele etmeden konuşuldu Yorgun olduğunda konuşma ertelendi Kişi yavaş konuşuyorsa dinlemek için yeterli zaman ayrıldı Anlaşılabilir/açık olmasa bile konuşma çabalarının hepsine tepki verildi Kişi kısa cümlelerle konuşmaya cesaretlendirildi | Hasta ilk geldiği günlerde kendisine soru sorulduğunda cevap veriyor ve sadece annesi ile iletişime geçiyordu. İlerleyen günlerde iletişimini tamamen azalttı ve içe kapanmaya başladı. |
| Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık (Hastaya Yönelik Tanı) | Uykuya dalma ve uyumada güçlük, uyanırken ve gün boyunca yorgunluk, duyu durumunda değişim | Anksiyeteye bağlı, çevresel değişimlere bağlı (hastaneye yatma) | Kişi, dinlenme ve aktivite arasında optimal bir denge olduğunu bildirecektir | Uyumayı inhibe eden ve engelleyen durumları tanımlaması. Uyku hijyeni uygulamalarını tanımlaması. | <ul style="list-style-type: none"> Kişi ile birlikte gün içinde aktiviteler planlandı Gündüz uykuları sınırlandırıldı Alışlageldiği uyku öncesi rutinler uygulandı Öğleden sonra alınan kafein miktarı azaltıldı | Hastanın uykusunun olmadığı gecelerde Seroquel verilerek uyuması sağlandı. |
| Öz Bakım Eksikliği Sendromu (Hastaya Yönelik Tanı) | Kendi kendine yıkanma eksiklikleri (tüm vücudu yıkama, saç tarama, diş fırçalama, cilt ve tırnak bakımını içerir). Vücudu ya da vücudun bölümlerini yıkamaya isteksizlik. | Yetersizlik yaratan, engelleyen anksiyeteye bağlı | Giyinme ve banyo aktivitelerine fiziksel ve sözel katılım sağlayacaktır. Yıkanma aktivitesini beklenen en üst düzeyde yerine getirecektir veya sınırlılıklara rağmen başarılarla ilgili doyum ifade edecektir. | Vücudun temizliği ile ilgili doyum ve rahatlık duygusunu iletmesi. Kendini yıkama-banyo yapma eksikliğine neden olan faktörleri tanımlaması. | <ul style="list-style-type: none"> Öz bakımı yerine getirmeyi engelleyen faktörler tanımlandı (bilişsel bozukluk) Benlik saygısı ve kendi kendine karar verme yetisi değerlendirildi Öz bakım aktivitelerini yerine getirmeye yönelik seçenekler sunuldu Öz bakım aktivitelerine katılım durumu değerlendirildi Öz bakım eksikliğini yetersiz hissetme durumu değerlendirildi | Hasta tek başına öz bakımını yapmak istemiyordu, annesinin ve hemşiresinin yardımı ile öz bakımını yaptı. |

(Carpenito-Moyet 2012, Senn 2013, Townsend 2016, Ackley 2019)

a. Çözümleme Aşaması

- Bizim olgumuzun tanısının ensefalopati olarak belirlenmesi ve nöroloji kliniğine transferinin yapılması sonucu hasta ile ilişki sonlandırılmıştır.
- Transfer sırasında annesi ile görüşülmüş fakat kaygılarının belirsizliğe bağlı olarak artış gösterdiği gözlemlenmiştir. Hastanın durumu ise gittikçe katatonik bir hal almaya başlamıştır.
- Hastanın öz bakım ihtiyaçları hastanın annesi ile beraber giderilmiştir.
- Hastanın tedavisine yönelik ilişki sonlandırılmış olup, arada kurulan bağ çözülmüştür.

(Carpenito-Moyet 2012, Senn 2013, Townsend 2016, Veliöğlu 2012)

Hastaya “acı çekme” tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda yapılan değerlendirme şöyle ele alınmıştır; hasta ile ilk görüşmede gergin ve kaygılı olduğu gözlemlendi. Anne ve baba kaygılı görünüyorlardı ve bütün soruları cevaplamaya çalıştılar. Anne ilerleyen günlerde hastanın tanısının kesinleşmesine yönelik yapılan tahminlerden dolayı çok fazla kaygılı ve çaresiz görünüyordu. Kendisi ile görüşme yapıldıktan sonra kendini daha iyi hissettiğini, bu durum ile baş edebileceğini, zor günleri bir şekilde atlatacağını, kızının yanında güçlü olacağını ve onu destekleyeceğini söyledi.

“Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma” tanısının sonuçları şöyle değerlendirilmiştir;

- Anne ve baba kızlarının geleceği konusunda endişeli olduklarını, okuluna ve sosyal yaşamına dönüp dönmeyeceği konusunda bilinmezlik yaşadıklarını belirttiler.
- Annenin bu süreçte anksiyeteli olduğu gözlemlendi ve kendisi ile konuşuldu, psikolojik destek almak istediğini ve böyle bir desteğe ihtiyacı olduğunu belirtti.

• Annenin diğer çocuğunun farklıda olsa soruları olduğu ve bu sorunlar ile ilgili geçmişte yaşadığı sorunlarıyla nasıl baş ettiği kendisi tarafından bulunup ifade etmesi sağlandı konuya yönelik aile görüşmeleri yapıldı ve bu süreçteki baş etme becerilerinin konuşulması hatırlamasının kendisini rahatlatmış olduğunu ifade etti.

Hem hasta hem de aile “anksiyete tanısı ile izlenmiş olup girişimler şöyle değerlendirilmiştir; Hasta ile görüşmeler sırasında anksiyeteli ve gergin olduğu gözlemleniyordu, hasta sessiz bir odaya alındı. Hasta ile günlük hayatında neler yaptığı konuşuldu fakat ani bir tepki ile “Bundan sonra adımları duymak istemiyorum, geçmişte yaptığım her şeyi unuttum ben, buradan çıkamayacağım, ben öldüm yeniden başka biri olarak doğacağım” gibi cümleler kurmaya başladı. Vücut postürü oldukça tedirgin gözlemleniyordu ve ağlamaya başladı. Sessizlik tekniği kullanılarak ağlamasına izin verildi. “Yalnız kalmak istiyorum” ifadesi sonucu ise “ne zaman konuşmak istersen seni dinlemeye hazırım” cevabı ile görüşmelere ara verildi.

Hastanın düşünme süreçlerinde zorlandığı tespit edilerek “düşünme süreçlerinde zorlanma” tanısı konulmuştur ve girişimlerin sonuçları şöyle değerlendirilmiştir;

- Gazete ve dergi okuma saatleri düzenlendi fakat oryante olamadı, okumayı reddetti,
- Hastanın tanısı değiştiği için nöroloji kliniğine transfer yapıldığında düşünce süreçlerinde değişiklik gözlemlenmedi.

Hastanın katatonik durumundan dolayı konuşma yeteneğinde ve iletişim becerisinde bozulma olduğu görülmüştür bu durumuna yönelik koyulan “iletişimde bozulma” tanısının girişimleri değerlendirilmiştir;

- Hastanın konuşma becerisi oldukça donuktu, sözel ifadelere çok geç cevap veriyor bazen hiç cevap vermiyordu
- Kendini, duygularını ifade etmesi için cesaretlendirildi fakat son zamanlarda iletişime kendini tamamen kapattı

Hastanın hospitalizasyona, tedavi ve takip sürecine bağlı olarak gece uykusunda azalma ve huzursuzluk yaşadığı gözlemlenmiştir. “Uyku örüntüsünde rahatsızlık” tanısının girişimleri şöyle değerlendirilmiştir;

• Hastanın gece uyumada güçlük yaşadığı görüldü, gece hastaya bir antipsikotik olan Seroquel 100 mg verildi ve uyuması desteklendi.

Hastanın ilerleyen günlerde öz bakımını yerine getirmekte zorlandığı tespit edilmiş ve “öz bakım eksikliği sendromu” tanısı ile izlenerek değerlendirilmiştir; Hasta ilk günler öz bakım aktivitelerini yerine getirirken, ilerleyen günlerde tamamen reddetmeye ve içe kapanmaya başladı. Bu yüzden öz bakım aktivitelerine iki gün ara verildi. Sonraki günler banyo yapması için ikna edildi ve banyo yaptırılarak kıyafetleri değiştirildi. Bu süreçte oldukça isteksiz olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Hemşirelikte iletişim becerilerinin önemli bir yeri vardır. Hildegard Peplau “Kişiler Arası İlişkiler Kuramı” ile hemşirelik bakımında iyi bir hemşire-hasta iletişiminin önemini vurgulamaktadır ve bunun sağlanması için de iletişimin belirli aşamalardan geçmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bizim olgumuzda majör depresyon ön tanısı ile izlenen, yapılan tetkikler sonucu ensefalopati kesin tanısı ile tedavisi devam eden hastanın hemşirelik bakımı Peplau’nun kuramı çerçevesinde izlenmiştir. Literatür incelendiğinde Peplau’nun kuramının hemşirelik bakımında kullanıldığı, önemini vurgulandığı görülmektedir ([Marchese 2006](#), [Senn 2013](#), [Hagerty 2017](#)).

Çalışmamızda; olgunun gereksinimlerinin saptanmasının, sorunların belirlenmesinin ve çözülmesinin, hasta ve ailesi ile iş birliğinin sağlanmasının olgu üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Marchese (2006) bir çalışmada, hemşirelik bakım sürecinin Peplau’nun kuramına göre yapılması sonucu, tedavi planında iş birliğinin kolaylaştığı, postoperatif iyileşmenin kolaylaştığı, hastanın yaşam kalitesinin ve bağımsızlık düzeyinin arttığı sonucuna ulaşmıştır. Senn (2013), Peplau’nun kuramının kullanımının hastaların sağlığını geliştirmeye yönelik öneme sahip olduğunu vurgulamıştır. Çunkuş (2018) Peplau’nun kuramını temel alarak çalıştığı bir makalesinde hemşirelik girişimlerinin uygulanmasının olgunun güvenini, inancını ve motivasyonunu önemli ölçüde artırdığını, bu doğrultuda etkili hemşire-hasta iletişimini geliştirmenin, hastaların tedavi ve rehabilitasyonu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilecek daha etkili terapötik iletişim süreçleri kurmanın önemini vurgulamıştır. Bizim çalışmamızda da Peplau’nun kuramının hemşirelik bakımını olumlu etkilediği, süreci kolaylaştırdığı, hasta-hasta yakını-hemşire ilişkisini artırdığı, çözüm odaklı olduğu görülmüştür ([Marchese 2006](#), [Senn 2013](#), [Çunkuş 2018](#)).

SONUÇ ve ÖNERİ

Çalışmamızda, hasta-hemşire, hasta yakını-hemşire arasındaki etkileşim sürecinin olumlu yönde ilerlediği gözlemlenmiştir. Peplau’nun “Kişiler Arası İlişkiler Kuramı”nın kullanılması hemşirelik süreci ile birleşen planlama ve uygulama basamaklarının etkin kullanımına olanak sağlarken, veri toplama basamağından itibaren amaca ulaşmaya yönelik hedeflerin belirlenmesini de

kolaylaştırmaktır. Peplau'nun kuramı bireyi tanımada, terapötik ilişkiyi oluşturmada ve iletişim kurmada hemşireye yol gösterici olacaktır. Bunun yanı sıra Peplau'nun kuramı pek çok disiplinin müfredatında ve hemşirelik eğitiminin hem lisans hem de uzmanlık sağlayan basamaklarında kullanılmaktadır. Bu kuramın klinik süreçlerde uygulanabilir hale gelmesi bakımın bütünselliği açısından önemlidir.

Çalışmanın tek bir olgu üzerinden sonuçlandırılması sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle kuramın daha geniş örneklem üzerinde çalışılması ve hemşirelik bakımında kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Ackley J.B. (2017) Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Gürhan N, Polat Görgülü Ü, Fidancı Eren B, Editörler. 1. Basım. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri; 2019. 139- 817
- American Psikiyatri Birliği. (2013) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (DSM V). Çeviren: Köroğlu E. 5.baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
- Aslan K, Bozdemir H, Taşçılar N, Sarica Y. Metabolik Ensefalopatilerde EEG Bulguları ile Prognoz Arasındaki İlişki. Türkiye Nöroloji Dergisi 2006; 12 (5): 377-84.
- Bozdoğan S, Öz F. Hemşirenin Varlığı: Kuramsal Bir Bakış. Journal of Psychiatric Nursing 2016;7(2):94-9. doi: 10.5505/phd.2016.96967.
- Carpenito-Moyet JL. (2010) Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviri: Erdemir F. İstanbul: Nobel Tıp Dergisi; 2012. 29-481
- Courey JT, Martsolf SD, Draucker BC, Strickland BK. Hildegard Peplau's Theory and The Health Care Encounters of Survivors of Sexual Violence. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2008; 14(2): 136-43. doi: 10.1177/1078390308315613.
- Çelik HF, Hocaoglu C. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Journal Of Contemporary Medicine 2016;6(1): 51-66. doi: 03180.
- Çırlak A. Hildegard E. Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramının Klinik Uyum Sürecinde Yeni Mezun Hemşire-Rehber Hemşire İlişisine Uyarlanması: Bir Özel Hastane Örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 22 (1):71-7.
- Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G. Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'na Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Hastaya Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2018;10(4):370-80. doi: 10.5336/nurses.2018-61786.
- Hagerty AT, Samuels W, Norcini-Pala A, Gigliotti E. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data?. Nurs Sci Q 2017; 30(2): 160-7. doi:10.1177/0894318417693286.
- Hochberger MJ, Lingham B. Utilizing Peplau's Interpersonal Approach to Facilitate Medication Self-Management for Psychiatric Patients. Archives of Psychiatric Nursing 2017; 31: 122-4.
- Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik Balcı S, Avcı, Aydın İ. Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J 2011; 38 (1): 49-56.
- Marchese K. Using Peplau's Theory of Interpersonal Relations to Guide The Education of Patients Undergoing Urinary Diversion. Urologic Nursing 2006;26(5):363-70.
- Pektekin C. Hemşireliğin felsefesi. İstanbul Tıp Kitabevi,1.baskı. İstanbul, 2013.53-59.
- Penckofer S, Byrn M, Mumby P, Ferrans EC. Improving Subject Recruitment, Retention, and Participation in Research Through Peplau's Theory of Interpersonal Relations. Nurs SciQ 2011; 24(2): 146-51. doi:10.1177/0894318411399454.
- Senn FJ. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: Application in Emergency and Rural Nursing. Nursing Science Quarterly 2013; 26(1): 31-5. doi: 10.1177/0894318412466744.
- Thibeault C. An Interpretation of Nurse-Patient Relationships in Inpatient Psychiatry: Understanding The Mindful Approach. Global Qualitative Nursing Research 2016; 3: 1- 10. doi: 10.1177/2333393616630465
- Townsend MC. Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Özcan T, Gürhan N, Editörler. 6. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2016. 26-28.
- Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2012. 234-258.
- Yalçın N, Aştı T. Hemşire-Hasta Etkileşimi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2011; 19(1): 54-9.

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

DERGİ HAKKINDA

Derginin Tanımı

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

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

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

Dergi Künyesi

Önceki Başlığı: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi

Önceki Adıyla Yayımlandığı Yıl Aralığı: 1985-2011

ISSN: 2147-3463

e-ISSN:2667-6648

Amaç ve Kapsam

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi;

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

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

Yayın Politikası

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

Açık Erişim Politikası

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

Genel İlkeler

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

Değerlendirme Süreci

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

Yazar Sorumluluğu

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

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

Editör ve Hakem Sorumluluğu

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

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

Yayın Etiği ve Bilimsel Sorumluluk

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

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

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

Çıkar Çatışması

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

Dil

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

YAZARLARA BİLGİ

MAKALENİN HAZIRLANMASINA YÖNELİK GENEL KURALLAR

MAKALENİN BİÇİMSEL ÖZELLİKLERİ

- Yayın dili, Türkçe ve İngilizcedir.
- Sözcük sayısı: Özgün Araştırma Makaleleri, Meta Analiz ve Sistemik Derlemelerde 6000-8000, Derleme ve Olgu Sunumlarında 3000-5000 kelime ile sınırlandırılmalıdır.
- Kaynak sayısı, tüm makalelerde en fazla 50 ile sınırlandırılmalıdır.
- Sayfanın kenar boşlukları sağdan, soldan, üstten ve alttan 2,5 cm olacak biçimde düzenlenmelidir.
- Başlık ve paragraf girişleri sola yaslı, makalenin tamamı ise iki yana yaslı olacak şekilde biçimlendirilmelidir.
- Ana metin 12 punto, öz, kaynaklar, tablolar ve şekiller 10 punto, çift satır aralıklı ve Times New Roman yazı tipinde yazılmalıdır.
- Ana başlıklar; tüm harfler büyük ve koyu olmalıdır. Ana başlıkların altında yer alan alt başlıklar; sola yaslı, koyu ve ilk harfleri büyük olacak biçimde, alt başlıkların altındaki diğer başlıklar; bir tab içeride, koyu ve ilk harfi büyük diğer harfler küçük olacak biçimde yazılmalıdır.
- Başlık sayfası ve ana metin ayrı iki Microsoft Word dosyası olarak sunulmalıdır. Ana metin; başlık, öz, abstract ve anahtar kelimeler ile başlamalı, metin, kaynakça, tablolar, şekiller ve varsa ekler olarak sunulmalıdır.
- Başlık sayfasından başlanarak tüm sayfalar numaralandırılmalıdır. Sayfa numarası sayfanın sağ alt köşesinde verilmelidir.
- Tablolar metinde kullanılış sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tablo numarasından sonra nokta ve bir karakter boşluk bırakılmalı, kelimelerin ilk harfi büyük olacak biçimde ismi tablonun üzerine yazılmalıdır.
- Tüm makalelerde tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş olmalıdır.

-
- Şekil ve grafik başlıkları yazılırken ilk harf büyük diğer harfler küçük olacak biçimde şekil ve grafiklerin altında yer almalıdır.
 - Şekiller dijital formatlı, 300 DPI çözünürlüğünde ve .jpeg kayıtlı olmalıdır. Tablo, şekil ve grafikler, her biri ayrı sayfada ve kaynaklardan sonra yer almalıdır. Her bir tablo, şekil ve grafiğe metin içerisinde atıfta bulunulmalıdır.
 - Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise kaynak belirtilmelidir.
 - Virgül ve noktadan önce boşluk bırakılmamalıdır.
 - () ve “ ” gibi işaretlerle belirtilen cümle ya da kelimelerden önce ve sonra boşluk bırakılmamalıdır.
 - Ondalıklı sayılar yazılırken nokta kullanılmalıdır.
 - Yüzde (%) ile ifade edilen rakamlarda % ile rakam arasında boşluk bırakılmamalıdır.
 - Çeşitli istatistik veriler simgeleriyle gösterilmelidir. Varyans analizi değerleri (F), istatistiksel değerler (n, %) gibi.
 - Kısaltmalar Başlıkta ve Öz’de kullanılmamalı, metin içinde açıklamaları ilk kullanıldıkları yerde verilmeli ve parantez içinde kısaltması yazılmalıdır. Kısaltma sayısı mümkün olduğunca az olmalıdır.
 - Yazılar “.doc” şeklinde kaydedilmeli Word belgesi olarak gönderilmelidir. “PDF” formatında gönderilmemelidir.

MAKALENİN BÖLÜMLERİ:

Başlık Sayfası

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

Öz/Abstract

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

Ana Metin

Özgün Araştırma Makalesi

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

- *Giriş: Bu bölümde konunun önemi ve dayandığı bilimsel düşünceler anlaşılır ve net olarak ifade edilmeli; ortaya konulan araştırma problemi güncel çalışmalar doğrultusunda açıklanmalı; probleme yönelik bilgi açığı ayrıntılı olarak belirtilmelidir. Ardından araştırmanın amacı, hipotez(ler)i ya da araştırma soru(lar)ına yer verilmelidir.
- *Yöntem: Bu bölümde, araştırmanın tipi, yapıldığı yer, evren ve örnekleme, veri toplama tekniği ve araçları, verilerin değerlendirilmesi ve etik yönü yer almalıdır.
- *Bulgular: Bulgular, istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak araştırma hipotezlerini test edecek ya da sorularına yanıt verecek şekilde ve sistematik bir biçimde sunulmalıdır. Şekil ve tablolarda verilen bilgiler, gerekmedikçe tekrarlanmamalıdır. Bu kısımda sadece analiz sonuçları yer almalıdır.
- *Tartışma: Bu bölümde bulgular değerlendirilmeli ve sistematik biçimde sunulmalıdır. Elde edilen veriler ile araştırma soruları veya hipotezlerin hangilerinin doğrulandığı ya da doğrulanmadığı gerekçeler ile açıklanmalıdır. Çalışmanın sınırlılıklarından, eksik yönlerinden söz edilmelidir.
- *Sonuç: Bu bölümde konunun önemi kısaca vurgulanmalı; tekrara yer vermeden bulgulardan elde edilen sonuçların alana sağlamış olduğu yeni bilgi ya da katkısı özetlenerek gelecek çalışmalara öneriler sunulmalıdır.
- *Kaynaklar: Kullanılan tüm kaynaklar American Psychological Association (APA) 6 (http://www.tk.org.tr/APA/apa_2.pdf) kurallarına göre hazırlanmalı ve metnin sonunda ayrı bir sayfada alfabetik sıraya göre verilmelidir.
- *Tablolar: Tablolar çift satır aralıklı olmalı ve dikey çizgiler sütunları ayırmak için kullanılmamalıdır. Tüm kısaltmalar, p değeri için (*, **) ve diğer semboller dipnotlarda tanımlanmalıdır. Her bir tablo kaynaklardan sonra ayrı bir sayfada yer almalıdır.

Meta Analiz ve Sistematik Derleme

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

Tartışma, Sonuç ve Kaynaklar bölümlerinden oluşmalıdır.

Derleme

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

Olgu sunumu

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

Teşekkür

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

Kaynaklar

Referans Stili ve Formatı

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

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

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

Yayın türlerine göre kaynak gösterme örnekleri aşağıda verilmiştir.

a) Türkçe Kitap

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

b) Editörlü Kitap

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

c) İngilizce Kitap

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

d) İngilizce Kitap İçerisinde Bölüm

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

e) Türkçe Kitap İçerisinde Bölüm

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

f) Türkçe Makale

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

g) İngilizce Makale

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

h) Sekizden Fazla Yazarlı Makale

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

i) DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

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

i) Türkçe Tezler

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

j) Kongre Bildirisi

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

k) Web sayfası, makale başlığı, bölüm başlığı

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

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
SON KONTROL LİSTESİ

1. Makalenin Türü

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

Başlık Sayfası

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

Ana Metin

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

Kaynaklar

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

Tablo, Şekil/Grafik ve Resimler

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

Tüm Makale

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

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....
.....
.....
.....

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

Yazar/ Yazarlar

İmza

Tarih

YAZAR İNDEKSİ

| <u>Yazar</u> | <u>Sayı-Sayfa</u> | <u>Yazar</u> | <u>Sayı-Sayfa</u> |
|---------------------|----------------------|------------------------|-------------------|
| Latife Kaynar | 1: 1-9 | İlknur Yeşilçınar | 2: 85-92 |
| Dilek Özmen | 1: 1-9, 3: 93-102 | Gamze Acavut | 2: 85-92 |
| Tuğba DüNDAR | 1: 11-19 | Eda Şahin | 2: 85-92 |
| Sevgi Özsoy | 1: 11-19 | Leman Küçükkoğlu | 3: 93-102 |
| Belma Toptaş | 1: 11-19 | Yalçın | 3: 103-114 |
| Hilmiye Aksu | 1: 11-19 | Nurcan Bilgin, | 3: 103-114 |
| Aylin Akça Sümengen | 1: 21-27 | Mehmet Gülşen | 3: 103-114 |
| Çiğdem Müge Haylı | 1: 21-27 | Sevgi Çınar Pakyüz | 3: 115-122 |
| Ayşe Ferda Ocakçı | 1: 21-27 | Hacer Gök Uğur | 3: 115-122 |
| İsmail Toygar | 1: 29-35 | Aslıhan Çatıker | 3: 123-135 |
| Asiye Durmaz Akyol | 1: 29-35 | Öznur Gürlek Kısacık | 3: 123-135 |
| Sümeyye Yaşar Kivik | 2: 37-47 | Tuğba Çoşğun | 3: 123-135 |
| Meltem Kürtüncü | 2: 37-47 | Ayşe Taştekin | 3: 123-135 |
| Ümran Bingöl | 2: 49-59 | Burcu Küçükkaya | 3: 137-145 |
| Adalet Kutlu | 2: 49-59, 3: 103-114 | Özge Erçel | 3: 137-145 |
| Seda Akgün | 2: 61-67 | Mahire Olcay Çam | 3: 147-154 |
| Fatma Orgun | 2: 61-67 | Ege Miray Topcu | 3: 147-154 |
| Gizem Arış | 2: 61-67 | Gonca Buran | 3: 155-161 |
| Ezgi Tok | 2: 61-67 | Emine Gerçek | 3: 155-161 |
| Serpil Özdemir | 2: 69-75 | Behice Belkıs Çalışkan | 3: 163-171 |
| Burcu Yılmaz | 2: 69-75 | Nermin Gürhan | 3: 163-171 |
| Süheyla Altuğ Özsoy | 2: 77-83 | | |
| Aynur Çetinkaya | 2: 77-83 | | |

KONU İNDEKSİ

Bireylerin Bilinçli Farkındalık Düzeylerine Göre GSM Baz İstasyonlarının İnsan Sağlığına Etkileri Konusunda Bilgi ve Görüşleri
35 (1):1-9, 2019

Hemşirelikte Mesleki Değerler ve Etkileyen Faktörler
35 (1):11-19, 2019

Göçün Etkilediği Çocukların Yaşadığı Sağlık Sorunları ve Hemşirenin Rolü
35 (1):21-27, 2019

Mikozis Fungoides ve Hemşirelik Yönetimi
35 (1):29-35, 2019

Epidural Anestezi ile Doğum Yapan Primipar Annelerde Erken Ten Tene Temasin Emzirme Üzerindeki Etkisi
35 (2):37-47, 2019

Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi
35 (2):49-59, 2019

Hemşirelik Öğrencilerinin Akademik Başarılarını Etkileyen Örgütsel Faktörlerin İncelenmesi
35 (2):61-67, 2019

Yenidoğanlarda Hiperbilirubinemi ve Başarılı Emzirme
35 (2):69-75, 2019

Hemşirelikte Kuram Geliştirme
35 (2):77-83, 2019

Perinatal Kayıp Yaşayan Kadına Yönelik Roy Uyum Modeline Göre Hazırlanan Hemşirelik Bakım Planı
35 (2):85-92, 2019

Emekli Astsubaylarda Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeyleri İlişkisi ve Etkileyen Faktörler
35 (3): 93-102, 2019

Çalışan Sessizlik ve Sessizlik Davranışları Ölçeğinin Öğretim Elemanları Üzerinde Türkçeye Uyarlanması
35 (3):103-114, 2019

Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
35 (3):115-122, 2019

Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri
35 (3):123-135, 2019

Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi
35 (3):137-145, 2019

Çocukluk Dönemi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
35 (3):147-154, 2019

Kadınlarda Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel ve Kanıta Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi
35 (3):155-161, 2019

Majör Depresyon Tanılı Bir Olgunun Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Teorisi Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu
35 (3):163-171, 2019
