

E-ISSN: 2667-8357



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ



HEMŞİRELİK DERGİSİ

University of Health Sciences Journal of Nursing



Cilt / Volume 1 • Sayı / Number 3 • Aralık / December • 2019

SBÜHD

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK DERGİSİ University of Health Sciences Journal of Nursing

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Baş Editor / Editor in Chief

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Yönetici Editörler / Managing Editors

Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Emine İYİGÜN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Yardımcı Editörler / Assistant Editors

Prof. Dr. Semiha AKIN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Hatice AYHAN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Arzu K. HARMANCI SEREN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Rabiye GÜNEY Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

İstatistik Editörü / Statistical Editor

Prof. Dr. Metin HASDE Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Merve KOLCU Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Dil Editörü / Language Editor

Dr. Öğr. Üyesi Aytaç ÖREN

Dergi Sekreteryası / Journal Secretariat

Dr. Öğr. Üyesi Elif GEZGİNCİ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Bil. Uzm. İlayda TÜRKOĞLU Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Kapak Tasarımı / Cover Design

Neslihan YAKUPÇEBİOĞLU

Yayına Hazırlayan / Prepared by

BRİFF İLETİŞİM HİZMETLERİ • www.briff.com.tr

Yazışma Adresi / Correspondence Address

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane (Haydarpaşa) Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No:38 34668 Üsküdar, İstanbul Tel: +90 216 418 96 16-2301

E-posta / E-mail: sbu.hemsirelikdergisi@sbu.edu.tr

Link: <http://dergipark.gov.tr/sbuhemsirelik>

Sahibi / Owner

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adına Sahibi: Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR (İstanbul, Türkiye)

The Journal is owned by Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR on behalf of the University of Health Sciences (Istanbul, Turkey).

Yayıncı Kuruluş / Publisher: Sağlık Bilimleri Üniversitesi / University of Health Sciences

* Dergide yer alan yazılardan yazarlar sorumludur. Nisan, Ağustos ve Aralık aylarında online olarak yayınlanan bilimsel bir dergidir.

* Papers in the Journal are the responsibility of the authors. This scholarly journal is published three times a year in April, August and December.

DANIŞMA KURULU / ADVISORY BOARD*

- Prof. Dr. Ayşe ÇİL AKINCI (İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul)
 Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ (Kafkas Üniversitesi, Kars)
 Prof. Dr. Asiye AKYOL (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Aygül AKYÜZ (Demiroğlu Bilim Üniversitesi, İstanbul)
 Prof. Dr. Sultan AYAZ ALKAYA (Gazi Üniversitesi, Ankara)
 Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL (Ankara Üniversitesi, Ankara)
 Prof. Dr. Ergül ASLAN (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI (Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun)
 Prof. Dr. Rukuye AYLAZ (İnönü Üniversitesi, Malatya)
 Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK (İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul)
 Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER (Erciyes Üniversitesi, Kayseri)
 Prof. Dr. Ülkü BAYKAL (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. Ayşegül BİLGE (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
 Prof. Dr. Anahit M. COŞKUN (Haliç Üniversitesi, İstanbul)
 Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
 Prof. Dr. Nursan ÇINAR (Sakarya Üniversitesi, Sakarya)
 Prof. Dr. Leyla DİNÇ (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)
 Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Emine EFE (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)
 Prof. Dr. Esra ENGİN (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Nülüfer ERBİL (Ordu Üniversitesi, Ordu)
 Prof. Dr. Yurdagül ERDEM (Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale)
 Prof. Dr. Özgül EROL (Trakya Üniversitesi, Edirne)
 Prof. Dr. Gül ERTEM (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)
 Prof. Dr. Melek Nihal ESİN (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GERSBERGEN (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI (Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)
 Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)
 Prof. Dr. Şeyda SERENİNTEPELER (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
 Prof. Dr. Mevlüde KARADAĞ (Gazi Üniversitesi, Ankara)
 Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Mağfret KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)
 Prof. Dr. Hatice KAYA (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. Hülya KAYA (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)
 Prof. Dr. Selma ÖNCEL (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
 Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN (Yeditepe Üniversitesi, İstanbul)
 Prof. Dr. Nevin ŞAHİN (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. Leman ŞENTURAN (Biruni Üniversitesi, İstanbul)
 Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)
 Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN (Doğu Akdeniz Üniversitesi, KKTC)
 Prof. Dr. Havva TEL (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)
 Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Ayfer TEZEL (Ankara Üniversitesi, Ankara)
 Prof. Dr. Yasemin TOKEM (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)
 Prof. Dr. Şenay UZUN (Yeditepe Üniversitesi, İstanbul)
 Prof. Dr. Ayla ÜNSAL (Ahi Evran Üniversitesi, Kırşehir)
 Prof. Dr. Serap ÜNSAR (Trakya Üniversitesi, Edirne)
 Prof. Dr. Vesile ÜNVER (Acıbadem Üniversitesi, İstanbul)
 Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR (İnönü Üniversitesi, Malatya)
 Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)
 Prof. Dr. Ayten ZAYBAK (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Nuray AKYÜZ (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Melek ARDAHAN (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Elif Ünsal AVDAL (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Gülçin AVŞAR (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)
 Doç. Dr. Dilek AYGİN (Sakarya Üniversitesi, Sakarya)
 Doç. Dr. Serap BALCI (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Doç. Dr. Tülay BAŞAK (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Murat BEKTAŞ (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA (Gazi Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. İlkay BOZ (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
 Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Doç. Dr. Fatma CEBECİ (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
 Doç. Dr. Selda ÇELİK (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul)
 Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA (Çukurova Üniversitesi, Adana)
 Doç. Dr. Şafak DAĞHAN (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Sevil Güler DEMİR (Gazi Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Sergül DUYGULU (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Berna EREN FIDANCI (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul)
 Doç. Dr. Duygu GÖZEN (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Doç. Dr. Nermin GÜRHAN (Gazi Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Nuran GÜLER (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)
 Doç. Dr. Filiz KANTEK (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
 Doç. Dr. Sevgişun KAPUCU (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Gülemdam KARADAĞ (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Ayla KEÇECİ (Düzce Üniversitesi, Düzce)
 Doç. Dr. Meral KELLEÇİ (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)
 Doç. Dr. Serap Parlar KILIÇ (İnönü Üniversitesi, Malatya)
 Doç. Dr. Sevgi KIZILCI (Üsküdar Üniversitesi, İstanbul)
 Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Medet KORKMAZ (İnönü Üniversitesi, Malatya)
 Doç. Dr. Esra OKSEL (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Fatma ORGUN (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN (Koç Üniversitesi, İstanbul)
 Doç. Dr. Serap ÖZER (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Meral ÖZKAN (İnönü Üniversitesi, Malatya)
 Doç. Dr. Dilek SARI (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Hatice YILDIRIM SARI (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Yazile SAYIN (Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul)
 Doç. Dr. Selda SEÇGİNLİ (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Doç. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR (Gazi Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Selmin ŞENOL (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Melek Serpil TALAS (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT (Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)
 Doç. Dr. Sevim ULUPINAR (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Doç. Dr. Zeliha TÜLEK (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)
 Doç. Dr. Hatice YANGIN (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
 Doç. Dr. Figen YARDIMCI (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Medine YILMAZ (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Sema YILMAZ (Selçuk Üniversitesi, Konya)
 Doç. Dr. Meryem YILMAZ (Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)
 Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL (Ege Üniversitesi, İzmir)
 Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)
 Doç. Dr. Handan ZİNCİR (Erciyes Üniversitesi, Kayseri)

ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD*

- Dr. Lyda C. ARÉVALO-FLECHAS (University of Texas, Health Science Center at San Antonio, Texas, USA)
 Dr. Silviya BORISOVA DIMITROVA (Medical University-Varna, The Faculty of Public Health- Department of Nursing Care, Varna, Bulgaria)
 Dr. Anne FLODEN (University of Gothenburg, Sahlgrenska Academy, Gothenburg, Sweden)
 Dr. Bertha E. "Penny" FLORES (UT Health San Antonio, Texas, USA)
 Dr. Ehsan KHAN (King's College London, London, United Kingdom)
 Dr. Katalin PAPP (University of Debrecen, Debrecen, Hungary)
 Dr. Maryam RASSOULI (Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran)
 Dr. Julie SANTY-TOMLINSON (The University of Manchester, United Kingdom)

*Soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır. / Listed alphabetically by last name.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ



HEMŞİRELİK DERGİSİ

University of Health Sciences Journal of Nursing



E-ISSN: 2667-8357

İndeklendiği Dizinler / Indexing: Türk Medline, Google Scholar



EDİTÖRDEN

Değerli Okurlarımız,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi'nin 2019 yılı üçüncü sayısında hemşirelik eğitimi ve hemşirelik uygulamaları ile ilgili üç araştırma, beş derleme, bir sistematik derleme ve üç olgu sunumundan oluşan özgün yazıları sizlere sunmaktan büyük mutluluk duymaktayız.

Bu sayıda "Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği", "Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi" ve "İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Faktörler" başlıklı araştırma makalelerini; "Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı ve Kusmanın Yönetiminde Akupres Uygulamasının Etkinliği: Sistematik Derleme" isimli sistematik derleme çalışmasını; "Sosyal Hizmet Tarihimizi Aydınlatan Fedakâr Hemşirelerimizden: Hilâl-i Ahmer Mecmualarında (1921-1928) Safiye Hüseyin Hanım", "Hemşirelik Mesleğinin Kuşaklararası Değişimi ve Kuşakların Yönetimi", "Geleceğin Teknolojisinde Hemşirelik", "Yaşlılarda Cilt Sorunları ve Bakımı" ile "Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü" başlıklı derleme makalelerini bulacaksınız. Ayrıca diğer sayılardan farklı şekilde olgu sunumu olarak "Amyotrofik Lateral Skleroz Tanılı Bir Hastanın Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu", "Hemşirelik Bakımının Yönetiminde Henderson Hemşirelik Modeli'nin Uygulanması:

Pankreas Kanseri Tanılı Bir Olgu" ve "Amputasyon Bakımında Abdullah'ın Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu" başlıklı yazıları da siz okurlarımızın ilgisine sunuyoruz.

Yayın hayatına Nisan 2019 yılında başlayan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi'nin Türk Medline ve Google Scholar indekslerinde tarandığını bildirmekten gurur duymaktayız. Siz araştırmacıların dergimize göndereceği nitelikli araştırma makaleleri sayesinde TÜBİTAK/ULAKBİM TR Dizin kapsamındaki dergiler arasına girmesi için çalışmalarımızı sürdürüyoruz. Hemşirelik bilimsel bilgi birikimine ve uygulamalarına katkı sağlayacak çok daha güzel gelişmelerle karşınıza çıkmayı planlamaktayız.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, Aralık 2019 sayısını DergiPark sistemi üzerinden yayıma hazırlayan tüm editör kurulu üyelerine, kıymetli çalışmalarını dergimize gönderen sayın yazarlara ve bilimsel katkılarını esirgemeyen hakemlere teşekkür ediyorum. Bu vesileyle yeni yılınızı tebrik ediyor, 2020 yılının sağlık, huzur ve başarı getirmesini diliyorum.

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL
Baş Editör

İçindekiler / Contents

ARAŞTIRMA MAKALELERİ / RESEARCH ARTICLES

1. Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği
Validity and Reliability of Turkish Version of the Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire
Eylül Urhan, Arzu Kader Harmancı Seren 147
2. Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi
Postoperative Pain Assessment and Pain Management in Patients Undergoing Total Knee Replacement
Arzu Yıldırım, Merdiye Şendir 157
3. İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Faktörler
Quality of Life in Primary School Students and Some Influencing Factors
Rabia Sağlam, Nuran Güler 165

SİSTEMATİK DERLEME / SYSTEMATIC REVIEW

1. Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı ve Kusmanın Yönetiminde Akupres Uygulamasının Etkinliği: Sistemik Derleme
The Efficiency of the Acupressure in the Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Systematic Review
Satu Tufan, Demet İnangil..... 173

DERLEME MAKALELER / REVIEW ARTICLES

1. Sosyal Hizmet Tarihimizi Aydınlatan Fedakâr Hemşirelerimizden: Hilâl-i Ahmer Mecmualarında (1921-1928) Safiye Hüseyin Hanım
One of Our Devoted Nurses Who Enlightened Our History of Social Work: Lady Safiye Huseyin in Hilâl-i Ahmer Journals (1921-1928)
Ahmet Zeki İzgöer, İbrahim Topçu..... 183
2. Hemşirelik Mesleğinin Kuşaklararası Değişimi ve Kuşakların Yönetimi
Intergenerational Change of Nursing Profession And Management of Generations
Berra Yılmaz Kuşaklı, Aysun Yerköy Ateş, Gülbahar Çetin 203
3. Geleceğin Teknolojisinde Hemşirelik
Nursing in Future Technology
Merdiye Şendir, Nesibe Şimşekoğlu, Abdulsamed Kaya, Kamber Sümer..... 209
4. Yaşlılarda Cilt Sorunları ve Bakımı
Skin Problems and Care in the Elderly
Selma Bayrak, Semiha Akın 215
5. Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü
The Role of Midwife and Nurse in Breastfeeding
Gülümser Arça, Hafsa Kübra Işık 221

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

1. Amyotrofik Lateral Skleroz Tanılı Bir Hastanın Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu
Evaluation of a Patient Diagnosed with Amyotrophic Lateral Sclerosis According to Henderson's Nursing Model: A Case Report
Gülşen Kılıç, Ebru Akgün Çıtak, Fatma Şeyda Ökdem 229
2. Hemşirelik Bakımının Yönetiminde Henderson Hemşirelik Modeli'nin Uygulanması: Pankreas Kanseri Tanılı Bir Olgu
Application of Henderson's Model in Management of Nursing Care: A Case Diagnosed with Pancreatic Cancer
Emel Yıldız, Özden Dedeli Çaydam..... 239
3. Amputasyon Bakımında Abdellah'ın Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu
The Use of Abdellah's Model in Amputation Care: A Case Report
Niran Çoban, Elif Gezgin, Sonay Göktaş..... 249

Araştırma makalesi / Research article

Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği¹

Validity and Reliability of Turkish Version of the Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire

Eylül Urhan² , Arzu Kader Harmancı Seren³ 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:
E.U. 0000-0002-0718-4469; A.K.H.S. 0000-0002-4478-7234

¹Bu makale, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezinin ölçek geçerlilik güvenilirlik bölümü olarak 2019 yılında sunulmuştur.

²Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi Umuttepe Yerleşkesi İzmit/Kocaeli

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik-te Yönetim Ana Bilim Dalı/İstanbul

Sorumlu yazar / Corresponding author: Eylül Urhan,
E-posta: eylulurhan@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 26.09.2019
Kabul tarihi / Date of acceptance: 06.11.2019

Atf / Citation: Urhan E, Harmancı-Seren A. K. (2019). Hemşireler için Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(3), 147 - 156.

ÖZ

Giriş: Hemşirelerin klinik ortamlarda gelişen sorunları çözümlenebilmesi, gelişime ve değişime uyum sağlayabilmesi, hasta bakım gereksinimlerini saptayabilmesi, sistematik bakım ve klinik karar verebilmesi için eleştirel düşünme düzeylerini geliştirmeleri gerekmektedir.

Amaç: Bu çalışma Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Metodolojik açıdan bu çalışmaya Kocaeli'deki bir üniversite hastanesinde çalışan toplam 540 hemşire dahil edildi. Ölçek İngilizceden Türkçeye çevirisi ve Türkçeden İngilizceye geri çevirisi yapıldıktan sonra uzman görüşüne sunuldu. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini sınamak için kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, madde analizi, Kaiser Meyer Olkin-Bartlett testleri, doğrulayıcı faktör analizi ve iç tutarlılık analizi kullanıldı.

Bulgular: Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0,967 olarak belirlendi. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon değerleri (r) 0,374 ile 0,688 arasında saptandı. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,98 olarak bulundu. Doğrulayıcı faktör analizi sonucu dört faktörlü yapı belirlendi.

Sonuç: Araştırmada Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Düşünme; eleştiri; geçerlilik; güvenilirlik; hemşirelik.

ABSTRACT

Introduction: It is stated that nurses should improve their critical thinking levels to be able to solve the problems in clinical settings, to adapt to development and change, to determine the patient care needs and to be able to provide systematic care and to make clinical decisions.

Aim: The study was performed with the aim to examine the validity and reliability of the Turkish version of the Critical Thinking Scale in Clinical Practice for Nurses.

Methods: Totally 540 nurses working in a university hospital in Kocaeli were included in this methodological study. The scale was submitted to expert opinion after translation from English to Turkish and back translation from Turkish to English. Validity, construct validity, item analysis, Kaiser Meyer Olkin - Bartlett tests, confirmatory factor analysis and internal consistency analysis were used to test the validity and reliability of the scale.

Results: The content validity index of the scale was found to be 0.967. The item total score correlation values (r) of the scale ranged between 0.374 and 0.688. Cronbach's alpha internal consistency coefficient was found to be 0.98. As a result of confirmatory factor analysis, four-factor structure was determined.

Conclusion: The study determined that the Turkish version of Nursing Critical Thinking in Practice Questionnaire was valid and reliable assessment tool.

Keywords: Thinking; critique; validity; reliability; nursing.

Giriş

Hemşirelik sağlık ekibi içinde uygulayıcı, yönetici, araştırmacı ve eğitici gibi farklı roller üstlenen ve bu rolleri yerine getirmede yararlanmak ve kullanmak üzere farklı konularda bilimsel bilgiye ve bir takım özel becerilere sahip olmayı gerektiren bir sağlık disiplini (Winters ve Ballou, 2004; Karagözoğlu, 2005). Hemşirenin bir profesyonel olarak bu rollerini yerine getirirken hem sorun çözme ve karar vermede hem de rollerini uygularken sahip olması gereken en önemli becerilerden biri eleştirel düşünebilmedir (Çıtak ve Uysal, 2012).

Eleştirel düşünme, en basit anlamda düşünmeyi daha iyi hale getirme, daha iyi düşünme, düşünmeyi iyileştirme ve geliştirme sanatıdır. İç içe geçmiş üç safhada ele alınan eleştirel düşünmenin ilk safhasında mevcut düşünme analiz edilir. İkinci safhada düşünme tüm boyutları ile değerlendirilir ve son aşamada ise eleştirel düşünme becerisi geliştirilir (Çıtak ve Uysal, 2012; Paul ve Elder, 2016; Demircioğlu, 2018).

Eleştirel düşünme hemşirelik literatüründe önemi giderek artan bir kavram olarak dikkat çekmektedir. Sağlık bakım hizmeti sunan kurumlarda yaşanan hızlı değişimlerle birlikte, hizmet sunumunda görev alanlardan beklenen yetkinlikler de değişmekte ve çeşitlenmekte, bu anlamda hemşirelerden de eleştirel düşünme yönünden kendilerini geliştirmeleri istenmektedir. Günümüz karmaşık sağlık bakım örgütlerinin ve sistemlerinin içerdiği zorluklar karşısında etkili başa çıkma yöntemleri geliştirebilmeleri ve kendi kişisel gelişimleri için de hemşirelerin eleştirel düşünceleri ve bu düşünceleri uygulama ortamıyla bütünleştirmeleri gerekmektedir (Çıtak ve Uysal, 2012; Paul ve Elder, 2016).

Ulusal ve uluslararası düzeyde düşünüldüğünde, içinde yaşadığımız toplum ilerleyen ve gelişen teknoloji, değişen ve gelişen sağlık bakım uygulamaları, ekonomik kalkınma ve/veya daralma, sanayileşme ve kırdan kente göç gibi pek çok unsurun birbiri ile etkileşimi sonucu bir bütün olarak dönüşmekte ve bu dönüşüme paralel olarak birey, aile ve toplumun sağlık bakım gereksinimleri de farklılaşmakta ve çeşitlenmektedir. Farklılaşan ve çeşitlenen bu unsurlarla ilişkili olarak hemşireler, ortaya çıkan karmaşık sorunları çözümlenmede, söz konusu dönüşüme uyum sağlayabilmede, hemşirelik mesleği ile ilgili geçmişte karşılaşmadıkları profesyonel sorunlarla başa çıkabilmede, sistematik hemşirelik bakımı sunabilmede ve klinik karar vermede eleştirel düşünme düzeylerini geliştirmeye ihtiyaç duymaktadır. Bu yolla bakımın niteliğinin de artması sağlanabilmektedir (Dikmen ve Usta, 2013; Yıldırım ve Taşçı, 2013; Yıldırım ve Koç, 2013).

Bu konu ile ilgili literatür incelendiğinde, klinik uygulamada çalışan hemşirelerin eleştirel düşünme becerilerini araştıran az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (Erkuş ve Bahçecik, 2015; Maharmeh ve ark., 2016; Öztürk Yıldırım ve Karadağ, 2016; Baran ve Balcı, 2017). Ancak bu çalışmaların daha çok yatak başı hemşireler örneğinde değil, yönetici hemşireler örneğinde yürütüldüğü görülmektedir (Erkuş ve Bahçecik, 2015; Öztürk Yıldırım ve Karadağ, 2016; Baran ve Balcı

2017; Bahmanpour ve ark., 2018). Klinik alanda yapılmış çalışmalarda hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin istenilen düzeyde olmadığı ifade edilmektedir. Çalışmalarda bu tablonun nedeni olarak hemşirelik eğitimindeki farklılıklar, iş yoğunluğu, günlük rutin işlerin yerine getirilmesi beklentisi, iş doyumsuzluğu, eleştirel düşünceyi destekleyen yönetsel desteğin olmaması gibi faktörler üzerinde durulmaktadır (Öztürk ve Ulusoy, 2008; Dikmen ve Usta, 2009; Işık ve ark., 2012; Erkuş ve Bahçecik, 2015; Maharmeh ve ark., 2016; Öztürk Yıldırım ve Karadağ, 2016; Baran ve Balcı, 2017).

Literatür incelendiğinde uluslararası ve ulusal yayınlarda hemşirelere özel yapılandırılmış yeterli sayıda ölçüm aracı bulunmadığı ve eleştirel düşünme becerilerini değerlendirmede kullanılacak geçerli güvenilir veri toplama araçlarına gereksinim duyulduğuna dikkat çekilmektedir (Akar Vural ve Kutlu, 2004; Carter, Creed, ve Sidebotham, 2015).

Amaç

Bu araştırma Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olup olmadığını analiz etmek amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırma Soruları

1. Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe formu geçerli bir araç mı?
2. Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe formu güvenilir bir araç mı?

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma metodolojik türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma Kocaeli'deki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde gerçekleştirildi. Günde ortalama 3000 civarı ayaktan hastaya hizmet sunan hastane 727 yataklı olup, Kocaeli'deki en fazla yatağa sahip hastanedir.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini Kocaeli'deki bir üniversite hastanesinde çalışan tüm hemşireler (N = 540) oluşturdu. Örnekleme bu hastanede Aralık 2018–Ocak 2019 tarihleri arasında çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 273 hemşire dahil edildi. Literatürde ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında ulaşılması gereken örneklem büyüklüğünün, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılacak olan ölçekteki madde sayısının iki katından daha az olmaması gerektiği vurgulanmaktadır (Anthoine ve ark., 2014). Geçerliliği ve güvenilirliği yapılan ölçeğin madde sayısı 109 olduğu için 273 kişilik örneklem yeterli olarak değerlendirildi.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerini toplamak için Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği kullanıldı.

Tanımlayıcı Bilgi Formu: Kişisel ve mesleki bilgi formu,

bireylerin cinsiyet, yaş, doğum yeri, medeni durum, mezun olduğu lise, eğitim durumu, çalıştığı birim, çalıştığı pozisyon, meslekte, kurumda ve birimde çalışma süreleri özelliklerini belirlemeyi amaçlayan 11 soruyu içermektedir.

Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği (N-CT-4): Zuriguel-Perez ve arkadaşları tarafından geliştirilen 109 ifadeden oluşan ve orijinal çalışmada Nursing Critical Thinking in Practice Questionnaire olarak adlandırılan ölçek, klinik uygulamada çalışan hemşirelerde eleştirel düşünme becerilerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçek (1) Kişisel Eleştirel Düşünme Boyutu, (2) Entelektüel ve Bilişsel Eleştirel Düşünme Boyutu, (3) Kişilerarası ve Kendi Kendini Yönetimde Eleştirel Düşünme Boyutu ve (4) Teknik Konularda Eleştirel Düşünme Boyutu şeklinde adlandırılan dört boyutta yapılandırılmıştır (Zuriguel-Pérez ve ark., 2017). Toplam 109 ifadenin ilk 39 tanesi (1. madde ve 39. madde dahil) “Kişisel Eleştirel Düşünme Boyutu”nda, 44 tanesi (40. madde ve 83. madde dahil) “Entelektüel ve Bilişsel Eleştirel Düşünme Boyutu”nda, 20 tanesi (84. madde ve 103. Madde dahil) “Kişilerarası ve Kendi Kendini Yönetmede Eleştirel Düşünme Boyutu”nda ve 6 tanesi de (104. madde ve 109. madde dahil) “Teknik Konularda Eleştirel Düşünme Boyutu”nda yer almaktadır. Ölçek maddelerine verilebilecek yanıtlar “Kesinlikle katılmıyorum”dan başlayarak “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğine doğru dörtlü Likert tipte oluşturulmuş, olumsuz yanıtın olumluya doğru 1-4 puan arasında puanlandırılır. Alt boyut ve ölçek bütününde puan artışı bireyin eleştirel düşünme becerilerinin arttığı şeklinde yorumlanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 109, en yüksek puan 436’dır. Ölçekten elde edilebilecek ortalama puan değeri 327’dir (Zuriguel-Pérez ve ark., 2017).

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma kapsamında öncelikle orijinal ölçeği geliştiren Esperanza Zuriguel-Perez’den e-posta aracılığıyla ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması için izin alındı. Ölçeğin daha önce Türkçede kendisinden izin alınarak kullanılmadığı konusunda onay alındı. İstanbul’da bir vakıf üniversitesinin etik kurulundan uygunluk izni (Karar No: 12, Tarih: 12.03.2018) alındı.

Araştırmaya başlamadan önce çalışmanın geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yürütüleceği üniversite hastanesi başhekimliğinden yazılı izin alındı. Son olarak kurumda çalışan ve araştırmaya katılmak isteyen hemşirelere bizzat araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgi verildi ve onamları alındı.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri izin alınan araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşirelerden Aralık 2018 – Ocak 2019 tarihleri arasında toplandı. Hastanede çalışan hemşirelere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra görüşme tekniğiyle elde edildi. Katılımcılar ölçeği doldurduktan sonra veri toplama araçları araştırmacı tarafından toplandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada içerik ve kapsam geçerliliğini incelemede Davis

tekniki, madde analizinde Pearson korelasyon analizleri, yapı geçerliliği için örneklem yeterliliğini değerlendirmede ise Kaiser Meyer Olkin–Bartlett testleri, yapıyı doğrulamada ise Doğrulayıcı Faktör Analizi kullanıldı. Güvenilirlik analizi olarak Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplandı ve zamana karşı değişmezlik test edildi.

Bulgular

Örneklemin özellikleri incelendiğinde hemşirelerin yaş ortalamalarının $30,64 \pm 7,11$ olduğu, çoğunun (%89,9) kadın, lisans mezunu (%65,7), Marmara Bölgesi doğumlu (%44,7) oldukları belirlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunlukla acil, yoğun bakım gibi özelleşmiş birimlerde çalıştıkları (%30,8), beş yıl ve üzerinde (%38,5) mesleki deneyime sahip oldukları buna karşın çalıştıkları hastanede (%53,5) ve birimde (%74,4) sıklıkla beş yıl veya daha az süredir servis hemşiresi olarak çalıştıkları (%89,0) bulundu.

Araştırmada ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında izlenmesi gereken adımlar aşağıdaki sırayla yerine getirildi:

Dil Geçerliliği: Bu aşamada ölçek maddeleri profesyonel bir çeviri firmasına tercüme ettirildi. Tercüme edilen ifadeler 17 uzmanın görüşlerine sunuldu. Uzmanlık görüşlerine başvuru grup, biri tıp, biri İngiliz dili edebiyatı alanında, diğerleri ise hemşirelikte yönetim alanında uzman klinisyenlerden ve akademisyenlerden oluşmaktaydı. Uzman görüşleri sonrası ölçek maddelerinde gerekli düzenlemeler yapıldı. Ardından Türkçe form İngilizceye geri çevrildi.

Kapsam Geçerliliği İndeksinin Hesaplanması: Ölçekte yer alan maddelerin kapsam geçerlilik oranlarının ve ölçeğin bütününe kapsam geçerlilik indeksinin hesaplanmasında Davis tekniği kullanıldı. Davis tekniğinde uzman görüşleri A’dan D’ye, “Madde kesinlikle uygun” ifadesinden “Madde uygun değil”e doğru dört kategoride derecelendirilmektedir. Bu tekniğe göre (A) ve (B) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek maddeyle ilişkili “Kapsam Geçerlilik Oranı” elde edilir (Davis, 1992). Bu çalışmada uzman görüşüne sunulması için hazırlanan Türkçe form ağırlıklı olarak Hemşirelikte Yönetim alanında uzman 17 akademisyen tarafından değerlendirildi. Bu değerlendirme sonucunda 12 ve 17. maddelerin kapsam geçerlilik oranları 0,87 bulundu. Ölçeğin 8, 10, 11, 16, 21, 22, 31, 33, 40, 56, 58, 66, 67, 68, 76, 77, 84, 96, 107, 108 ve 109. maddelerin kapsam geçerlilik oranları 0,93, geriye kalan 86 maddenin ise kapsam geçerlilik oranları 1 olarak bulundu (Tablo1). Buna göre yapılan hesaplama neticesinde taslak ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0,967 olarak belirlendi.

Maddeler Arasındaki Uyumluluğu Sınamak amacıyla Madde Toplam Puan Korelasyon Analizleri: Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği’nin, yapılan madde toplam korelasyon analizleri sonucu elde edilen korelasyon değerleri Tablo 2’de verilmektedir. Toplam 109 madde ile yapılan analiz sonucunda madde toplam puan korelasyon katsayıları (r) 0,374-0,688 arasında değiştiği saptandı.

Yapı Geçerliliğinin Ortaya Konması İçin Faktör Analizi Yapılması: Çalışmada 273 kişilik örneklemden elde edilen veri setine doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulandı. DFA'nın ilk aşamasında ölçeğin alt boyutları Faktör-1: "Kişisel eleştirel düşünme", Faktör-2: "Entelektüel ve bilişsel eleştirel düşünme", Faktör-3: "Kişilerarası ve kendi kendini yönetmede eleştirel düşünme", Faktör-4: "Teknik konularda eleştirel düşünme" ve ölçek Faktör-5: "Hemşireler için eleştirel düşünce ölçeği" şeklinde yapılandırıldı. Gizil değişkenler Faktör-1 için F1, Faktör-2 için F2, Faktör-3 için F3, Faktör-4 için F4 ve ölçek için F5 olarak belirlendi. Bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 2. dereceden DFA modeli Şekil 1'deki gibi oluşturuldu. İkinci aşamada ise dört boyutlu 1. dereceden ve 2. dereceden (Şekil 1) oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelendi. Elde edilen bulgular incelendiğinde, Hemşireler İçin Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe formu'nun 109

ifadeden oluşan dört faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı saptandı (Tablo 2).

Güvenilirlik Analizi Kapsamında Ölçek ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Katsayılarının Belirlenmesi: Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe formu'nun iç tutarlılık analizi sonucunda alt boyutlar ve ölçek tümü için hesaplanan Cronbach alfa değerleri Tablo 3'te gösterilmektedir. Buna göre Türkçe formun iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı "Teknik Konularda Eleştirel Düşünme Boyutu"nda en düşük 0,818 ve "Entelektüel ve Bilişsel Eleştirel Düşünme Boyutu"nda en yüksek 0,964 bulundu. Ölçek tümü için iç tutarlılık katsayısı değeri 0,978 belirlendi.

Güvenilirlik Analizi Kapsamında Zamana Karşı Değişmezlik Analizinin Yapılması: Güvenilirlik analizi için 30 hemşire üzerinde iki hafta arayla yapılan iki uygulamada

Tablo 1. Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe Formunda Yer Alan Maddelerin Kapsam Geçerlilik Oranları ve Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri

Taslak ölçek maddeleri ve alt boyutları	KGO*	r**
Kişisel Eleştirel Düşünme Boyutu		
1.Duyularımı tanım.	1	0,404
2.Güçlü ve zayıf yönlerimi bilirim.	1	0,453
3.Duyularımı dışa yansıtırım.	1	0,132
4.İlkelerime ve değerlerime bağlıyım.	1	0,409
5.Diğerlerinin nasıl hissettiklerini anlamak için kendimi başkalarının yerine koymayı bilirim.	1	0,446
6.Başkalarının nasıl hissettiğini kolayca anlarım.	1	0,478
7.Tatmin edici olmayan bir yanıt aldığımında alternatif yanıtlar ararım.	1	0,464
8.Performansımı değerlendirmek ve iyileştirmek için zaman ayırırım.	0,93	0,486
9.Bir bilgi edindiğimde yargıya varmadan önce yorumlamaya çalışırım	1	0,480
10.Harekete geçmeden önce verdiğim kararın avantajları ve dezavantajları üzerine düşünürüm.	0,93	0,548
11.Eyleme geçmeden önce düşünürüm.	0,93	0,556
12.Bir nedenle ve adım adım eyleme geçerim.	0,87	0,590
13.Tepkisel davrandığım zamanların farkındayım.	1	0,414
14.Kendime ve diğer insanlara inanır, buna göre davranırım.	1	0,464
15.Sorunları tehdit olarak değil, aşılması gereken zorluklar olarak görürüm.	1	0,542
16.Güvenli bir şekilde hareket ettiğimi düşünüyorum	0,93	0,570
17.Sağlam davranırım.	0,87	0,675
18.İşlere kendim başlar ve kendim bitiririm.	1	0,562
19.Davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim	1	0,471
20.Titiz davrandığımı düşünüyorum.	1	0,480
21.İhtiyatlı davrandığımı düşünüyorum.	0,93	0,520
22.Hayata birden fazla şekilde yaklaşma yolu bulunduğuna inanırım.	0,93	0,496
23.Objektif karar veririm.	1	0,565
24.İnsanların durumlara verdiği tepkilerde kültürel farklılıklar olabileceğini kabul ederim	1	0,374
25.Sorunlara gerçek çözümler ararım.	1	0,570
26.Her bir duruma özgü çözümler ararım.	1	0,550
27.Harekete geçmeden önce sonuçlarını değerlendiririm.	1	0,672

28.İyileştirme için şans yaratırım ve yenilikler sunarım.	1	0,649
29.Harekete geçme olanağım olduğunda geçerim	1	0,571
30.Başkaları karşı çıksa dahi değerlerime sadık kalırım.	1	0,460
31.Üstlendiğim görevlerde başarısızlık olasılığı ne kadar yüksekse, göreve devam etme olasılığım o kadar fazladır.	0,93	0,445
32.Hedeflerime ulaşırken sabır gösterebilirim.	1	0,523
33.Hedeflerime ulaşmak için ısrarla çaba gösteririm.	0,93	0,553
34.Düşüncemi başkalarına dayatmam ve kendimi değişime açık olarak görürüm	1	0,482
35.Kendimi sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olarak görüyorum.	1	0,453
36.Başkalarını sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmeye teşvik ederim	1	0,492
37.Düşünme biçimimi geliştirmeye çabalarım.	1	0,511
38.Bireylerin sağlığını desteklerim	1	0,491
39.Kurumda güvenlik ve kaliteyi iyileştirmek üzere tasarlanmış faaliyetleri desteklerim	1	0,487
Entelektüel ve Bilişsel Eleştirel Düşünme Boyutu		
40.Mesleki uygulama için gerekli bilimsel bilgiye sahibim.	0,93	0,532
41.Mesleki uygulama için gerekli temel kuramsal hemşirelik bilgisine sahibim	1	0,540
42.Bireylerle psikososyal açıdan ilgilenmek için gerekli bilgiye sahibim	1	0,596
43. Bakım uygulamalarında bilimsel kanıtlardan elde edilen bilgiyi kullanırım.	1	0,625
44.Etkili iletişim kurabilirim.	1	0,562
45.Hemşirelik kayıtlarını tam ve titiz bir şekilde tutarım.	1	0,614
46.Sosyal veya kültürel farklardan bağımsız olarak bakım verdiğim bireylerin eşit olduğuna inanırım.	1	0,496
47.Güvenli, yetkin ve şefkatli bakım sunarım.	1	0,540
48.Mesleki uygulamamı hasta haklarına saygı ilkesine dayanarak gerçekleştiririm.	1	0,595
49. Bireyin mahremiyetine saygı gösteririm.	1	0,546
50.Kendimi mesleğin değerlerini uygulamaya adayabiliyorum.	1	0,520
51.Hastaları risklerden korumak için gerekli önlemleri alırım.	1	0,613
52.Hasta ve iş güvenliğini sağlamaya çalışırım.	1	0,623
53. Farklı alternatiflerin doğuracağı farklı sonuçların değerlendirerek seçim yaparım.	1	0,591
54. Bireyin sağlığıyla ilgili karar verirken, kendilerinin, aile üyelerinin ve/veya bakımlarından sorumlu bireylerin katılımını teşvik ederim.	1	0,584
55.Sağlık sorunlarını tespit etmede gerekli olabilecek bilgiye ulaşmak üzere sistematik ve dikkatli değerlendirme yaparım.	1	0,618
56.Hastaların bakımında rol oynayabilecek faktörleri belirlemek için gerekli verileri elde ederim.	0,93	0,688
57. Hangi belirti ve bulguların normal sınırlarda olduğunu, hangilerinin olmadığını gözlemlerim.	1	0,626
58.Anormal verilerin ne zaman belirli sorunların işareti olabileceğine karar veririm.	0,93	0,643
59. Hangi bilgilerin belirli bir sağlık sorununu anlamada yardımcı olabileceğini tespit ederim.	1	0,661
60.Hastanın söyledikleriyle (sübjektif veri) kendi gözlemlerimi (objektif veri) karşılaştırırım.	1	0,593
61.Sübjektif ve objektif veri arasındaki çelişkileri fark edebilirim.	1	0,619
62.Veriyi analiz eder ve olası eksiklikleri belirlerim.	1	0,606
63.Verii eksik ise klinik durumu daha iyi değerlendirmek için başka nelerin gerekli olduğuna bakarım.	1	0,644
64.Toplanan veriyi temel alarak hastanın mevcut ve potansiyel sorunlarını tespit ederim.	1	0,610
65.Sorunların altında yatan nedenleri tespit ederim.	1	0,622
66.Bakım sürecinin sonunda hastada gözlemlenmeyi beklediğim çıktıları tespit ederim	0,93	0,687
67.Hastanın durumunu baz alarak yapılacak işleri öncelik sırasına koyarım.	0,93	0,679
68.Hasta sağlığının yönetimi konusunda karar alırken hastayı, aileyi ve/veya bakımdan sorumlu kişiyi merkeze koyarım.	0,93	0,618
69.Beklenen çıktıların elde edilmesi için uygun girişimlere karar veririm.	1	0,638
70.Sorunları önlemek veya kontrol etmek için gerekli hemşirelik girişimlerini tek tek ele alırım.	1	0,667
71. Hastanın sağlık durumundaki değişimleri fark ederim.	1	0,597

72.Komplikasyonların göstergesi olabilecek belirti ve bulguları yorumlayabilirim.	1	0,641
73.Olası komplikasyonları ve önleyici tedbirleri öngörebilirim.	1	0,554
74.Hastanın durumuna gör bakım planında değişiklikler yaparım.	1	0,593
75.Hastaların, yakınlarının ve/veya bakım veren kişilerin sağlığını geliştirmek için oluşturulmuş faaliyetler gerçekleştiririm	1	0,537
76.Komplikasyonları önlemek için hastaları eğitmeye çalışırım.	0,93	0,624
77.Etik sorunlar yaratan durumlara yaratmayan durumları ayırt edebilirim.	0,93	0,653
78.Hasta dokümanlarını eleştirel bir şekilde kullanırım	1	0,522
79.Klinik uygulamamı desteklemede kanıta dayalı kaynaklar kullanırım.	1	0,643
80.Yapmaya giriştiğim işlerde hangi yeteneklerimden yararlanabileceğimi bilirim.	1	0,615
81.Yeni kullanmaya başladığım malzemeleri özümlediğimde, bunları kullanmayı nasıl öğrendiğimi analiz etmeye çalışırım.	1	0,564
82.Yeni bir şey öğrenmem gerektiğinde, nasıl ilerlemem gerektiğini bilirim.	1	0,586
83.Çalıştığım organizasyonun misyonunu, vizyonunu ve değerlerini paylaşıyorum.	1	0,651
Kişilerarası ve Kendi Kendini Yönetmede Eleştirel Düşünme Boyutu		
84.Bilgiyi hastanın ihtiyaçlarına ve kapasitesine göre uyarlarım.	0,93	0,544
85.Hastaya, yakınına ve /veya bakım veren kişiye duygusal destek sunarım.	1	0,561
86. Hastanın, yakınının ve/veya bakım veren kişinin haklarını savunurum	1	0,586
87.Bakım sürecinde hastanın, yakınının ve/veya bakım veren kişinin güçlendirilmesini (kapasitelerinin ve katılımlarının artırılmasını) sağlamak üzere oluşturulmuş stratejiler kullanırım.	1	0,614
88.Gerektiğinde hasta, yakını ve /veya bakım veren kişi arasındaki ilişkilerden kaynaklanan ihtilafları çözmek için stratejiler uygularım.	1	0,682
89.Profesyonel ekibin haklarını savunurum.	1	0,617
90.Profesyonel ekip üyelerinin güçlendirilmesini sağlamak üzere oluşturulmuş stratejiler kullanırım	1	0,658
91. Mesleki ilişkilerden kaynaklı ihtilafları çözmek üzere oluşturulmuş stratejiler kullanırım.	1	0,674
92.Çalıştığım hastanedeki örgütsel değişimlere uyum sağlıyorum.	1	0,603
93.Çalıştığım hastanedeki örgütsel değişimlere diğer ekip üyelerinin uyum sağlamasına yardımcı olmaya çalışırım.	1	0,587
94.Ortak hedeflere ulaşmak için meslektaşlarımla deneyimlerimi paylaşıyorum.	1	0,631
95.Ortak hedeflere ulaşmak için ekipteki diğer profesyonellerle deneyimlerimi paylaşıyorum.	1	0,636
96.Zamanımı olabildiğince iyi yönetirim.	0,93	0,558
97.Zamanı daha iyi yönetmek için stratejiler (öncelikler belirlemek, zamanı organize etmek, işyerini organize etmek) kullanırım	1	0,495
98.Var olan sorunlara yeni çözümler önermek için eleştirel düşünce kullanırım.	1	0,599
99.Bilgi, yetenek ve becerilerine göre işleri başkalarına devrederim.	1	0,558
100.Başkalarına devrettiğim işleri takip ederim.	1	0,595
101.Hedeflere ulaşabilmek için profesyonel ekibin diğer üyelerini olumlu yönde etkilemeye çalışırım.	1	0,593
102.Hedeflere varmak için profesyonel grubu yönetebilirim.	1	0,613
103.Sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmaya yardımcı olurum.	1	0,663
Teknik Konularda Eleştirel Düşünme Boyutu		
104.Klinikte belirsiz bir durum geliştiğinde, bilimsel veri tabanlarından konu ile ilgili nasıl güvenilir bilgi elde edileceğini biliyorum.	1	0,513
105.Olası en iyi mesleki sonuçları elde etmek için gerekli bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanabilirim.	1	0,596
106.Her bir karmaşık duruma özgü olarak, gerekli teknikleri kullanabilir ve prosedürleri uygularım.	1	0,683
107. Uygulanması gereken prosedürü var olan duruma özgü şekilde uygularım.	0,93	0,634
108. İlaçları güvenli bir şekilde veririm (doz, ilaç, yöntem, gerekli cihazların kullanımı).	0,93	0,527
109.İlaç vermekle ilişkili bakımı (terapötik yanıtın değerlendirilmesi, öncesi ve sonrasında izleme) doğru bir şekilde yaparım.	0,93	0,548

*KGO: Kapsam Geçerlilik Oranı; **r: madde toplam puan korelasyon değeri

hemşirelerin elde ettikleri skorlar pearson korelasyon analizi ve eşleştirilmiş gruplarda t-testi ile değerlendirildi (Tablo 4). Hemşirelere iki hafta ara ile yapılan uygulamanın puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,909, p<0,001$) belirlendi. Ayrıca iki uygulamada elde edilen skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t = 1,724; p = 0,095$) bulundu.

Tartışma

Her geçen gün daha da karmaşıklaşan sağlık bakım hizmetleri alanında, sağlık bakım hizmeti sunmakla yükümlü olan profesyonel hemşirelerin içinde çalıştıkları dinamik yapıda karşılaştıkları klinik ve yönetsel sorunları çözebilmeleri için eleştirel düşünme becerileri son derece önemlidir. Hemşirelik eğitiminin standardizasyonunun sağlanamaması, aşırı iş yükü, yoğun iş temposu gibi farklı nedenlerle yeterince eleştirel düşünemediği ifade edilen hemşirelerle konuya ilişkin nitelikli çalışmaların yürütülebilmesi için standardize ölçüm araçlarına gereksinim duyulmaktadır (Öztürk ve Ulusoy, 2008; Dikmen ve Usta, 2009; Işık ve ark., 2012; Erkuş ve Bahçecik, 2015; Maharmeh ve ark., 2016; Öztürk Yıldırım ve Karadağ, 2016; Baran ve Balci, 2017). Bu doğrultuda standardize ölçüm araçlarının geliştirilebilmesi için aracın ölçmeyi amaçladığı özelliği başka herhangi bir özelliklerle karıştırmadan doğru

ölçebilme derecesinin göstergesi olarak nitelendirilen "geçerlilik" ve ölçüm değerlerinin tutarlılığının bir göstergesi olarak değerlendirilen "güvenilirlik" yönünden test edilmesi gerekir (Çapık, Gözüm, ve Aksayan, 2018). Klinik ortamda çalışan hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması amacıyla yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki sıra ile ilgili literatür eşliğinde değerlendirilmektedir.

Dil Geçerliliği: Çeviri ölçeğin uyarlama sürecinin ilk basamağı olarak düşünülmelidir. Çevirmen, orijinal ölçeğin kültürü hakkında bilgi sahibi olmalı, ancak ana dili hedef kültürün (Türkçe) dilinde olması gerekmektedir. Çevirmenlerin ölçeğin orijinal dil ve hedef dildeki kültürel, psikolojik ve gramer farklılıklarını dikkate aldıklarından emin olunmalıdır (Polit ve Beck, 2012; Çapık ve ark., 2018). Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği'nin özelinde, ölçek ifadelerinin orijinal dilden doğru çevrilip çevrilmediği, yanı sıra ölçeğin uyarlanmak istendiği toplumda ve kültürde ifadelerin orijinal dildeki anlamı yüklenip yüklenmediği değerlendirilmelidir. Bu çalışmada dil geçerliliği için ilk aşamada ölçek profesyonel bir çevirmen tarafından Türkçeye tercüme edildi. Tercüme edilen ifadeler uzman görüşlerine sunuldu. Uzmanların değerlendirmeleri dikkate alınarak

Tablo 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modelinin Uyum İndeksleri

	χ^2/df	GFI	TLI	CFI	RMSEA	SRMR
1.dereceden DFA	2,067	0,547	0,630	0,637	0,063	0,0653
2.dereceden DFA	2,069	0,546	0,629	0,637	0,063	0,0658

χ^2/df : Ki kare/ serbestlik derecesi; GFI: Uyum iyiliği indeksi; TLI: Tucker Lewis İndeksi; CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi; RMSEA: Tahminin ortalama karekök hatası; SRMR: Standart temel ortalama düzelmesi sonucu

Tablo 3. Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe Formu ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerleri (N = 273)

Ölçek ve alt boyutları	Maddeler	Cronbach alfa*
Kişisel Eleştirel Düşünme Boyutu	1-39	0,93
Entelektüel ve Bilişsel Eleştirel Düşünme Boyutu	40-83	0,96
Kişilerarası ve Kendi Kendine Yönetimde Eleştirel Düşünme Boyutu	84-103	0,93
Teknik Konularda Eleştirel Düşünme Boyutu	104-109	0,82
Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Toplam Puanı	1-109	0,98

Tablo 4. Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe Formu Zamana Karşı Değişmezlik Analizi (N = 30)

Uygulama	Ortalama standart sapma	Korelasyon ve p değeri	t Testi ve p değeri
Test	361,43 ± 29,09	0,909	1,724
Tekrar test	365,33 ± 28,96	P < 0,001*	P = 0,095

*p < 0,00

ifadelerde düzenlemeler yapıldıktan sonra Türkçe form her iki dili de çok iyi düzeyde bilen ve biri tıp, diğeri İngiliz edebiyatı alanında uzman iki kişi tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir.

Kapsam Geçerliliği: Kapsam geçerliliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen olguyu ne derecede ölçmeye uygun olduğunun yani amaca ne derece hizmet ettiğinin değerlendirildiği bir incelemedir (Alpar, 2012; Polit ve Beck, 2012; Çapık ve ark., 2018). Ölçekte yer alan maddelerin kapsam geçerlilik oranları ve ölçeğin tümünün kapsam geçerlilik indeksinin hesaplanmasında Davis tekniği kullanıldı (Davis, 1992). Bu çalışmada uzmanların Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği'nde yer alan maddeleri "oldukça uygun" olarak değerlendirdikleri görüldü. Maddelerin kapsam geçerlilik oranları 0,818-0,978 arasında olup, literatürde kabul edilebilir düzey olan 0,80 değerinin üzerindedir. Keza her bir madde için hesaplanan kapsam geçerlilik oranının toplanıp elde edilen değer ölçeğe yer alan toplam madde sayısına bölünmesi sonucunda elde edilen kapsam geçerlilik indeksi ölçeğin Türkçe versiyonu için 0,967 olarak bulundu.

Maddeler Arasındaki Uyumluluğun Ortaya Konması İçin Madde Toplam Puan Korelasyon Analizlerinin Yapılması: Literatürde bir maddenin testin tümü ile tutarlılığının göstergesi olabilecek korelasyon değerinin en az 0,30 olması gerektiği belirtilmektedir (Alpar, 2012). Bu çalışmada maddelerin birbirleri ve ölçek ile arasındaki uyumluluğun değerlendirilmesinde madde-toplam puan korelasyon analizleri yapıldı. Ölçekte yer alan 109 madde ile yapılan analiz sonucu madde-toplam puan korelasyon katsayılarının (r) 0,374 ile 0,688 arasında değiştiği, yalnızca üçüncü maddenin 132 korelasyon değerine sahip olduğu saptanmıştır. Ölçeğin her bir maddesinin ölçeğin tümü ile korelasyonunun (uyumu) dolayısıyla aynı olguyu ölçme iddiasının değerlendirildiği bu analiz sonucunda düşük korelasyon değeri taşıyan maddenin silinmesi halinde ölçeğin ve ilgili alt boyutun iç tutarlılığını önemli oranda değiştirmede için ölçekte kalmasına karar verildi (Tabachnick, Fidell, ve Ullman, 2007; Alpar, 2012). Elde edilen bu sonuçlar Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe formunun geçerli bir form olduğunu göstermektedir.

Yapı Geçerliliğinin Ortaya Konması İçin Faktör Analizi Yapılması: Ölçeğin yapı geçerliliği, Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılarak değerlendirildi. Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olması değişkenler arası korelasyonun güvenilirliği için önemlidir (Alpar, 2012). Bu çalışma için daha geniş bir örneklem hacmine ulaşılması hedeflenmiş olmakla birlikte, örneklem 273 kişi ile sınırlı kaldı. Burada ölçek madde sayısının 109 olması ve literatürde ölçek madde sayısının fazla olduğu durumlarda madde sayısının en az iki katı büyüklüğünde bir örneklem hacmine ulaşılmasının yeterli olduğu bilgisine istinaden sayıyı artırmak için ilave bir çalışma yapılmadı (Anthoine ve ark., 2014). Nitekim yapı geçerliliğine ilişkin analizlerin öncesinde örneklem

büyükliğünün yeterliliğini hesaplamada kullanılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett test değerleri çalışılan örneklem büyüklüğünün yapı geçerliliğini test etmede yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (Meydan ve Şeşen, 2015).

Doğrulayıcı faktör analizi sonucu ölçeğin 109 madde içeren dört faktörlü yapısı değerlendirildiğinde elde edilen uyum iyiliği indeksleri olarak GFI, TLI ve CFI değerlerinin kabul edilebilir sınırın altında kalmış olmalarına karşın χ^2/df , RMSEA ve SRMR değerlerinin çok iyi olduğu (Tabachnick ve ark., 2007; Meydan ve Şeşen, 2015) ve genel olarak uyum indekslerine bakıldığında hemşireler için eleştirel düşünme ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenmelidir.

İç Tutarlılık Analizi: İç tutarlılık, iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı hesaplanarak değerlendirilir. Hesaplanan katsayının düşük çıkması ölçeğin farklı özellikleri ölçtüğünü, yüksek çıkması ise ölçüm için kullanılan maddelerin homojen bir yapıyı ölçtüğünü gösterir (Polit ve Beck, 2012). Literatüre bakıldığında ölçüm araçlarının sahip olması gereken Cronbach alfa katsayısı için alt sınırı 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir (Alpar, 2012). Yapılan analizler sonucu Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe formunun güvenilirliği iç tutarlılık katsayısı ile sınırlanmış ve formun iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı 0,98 olarak bulundu. Bu sonuç ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğunu ortaya koymaktadır.

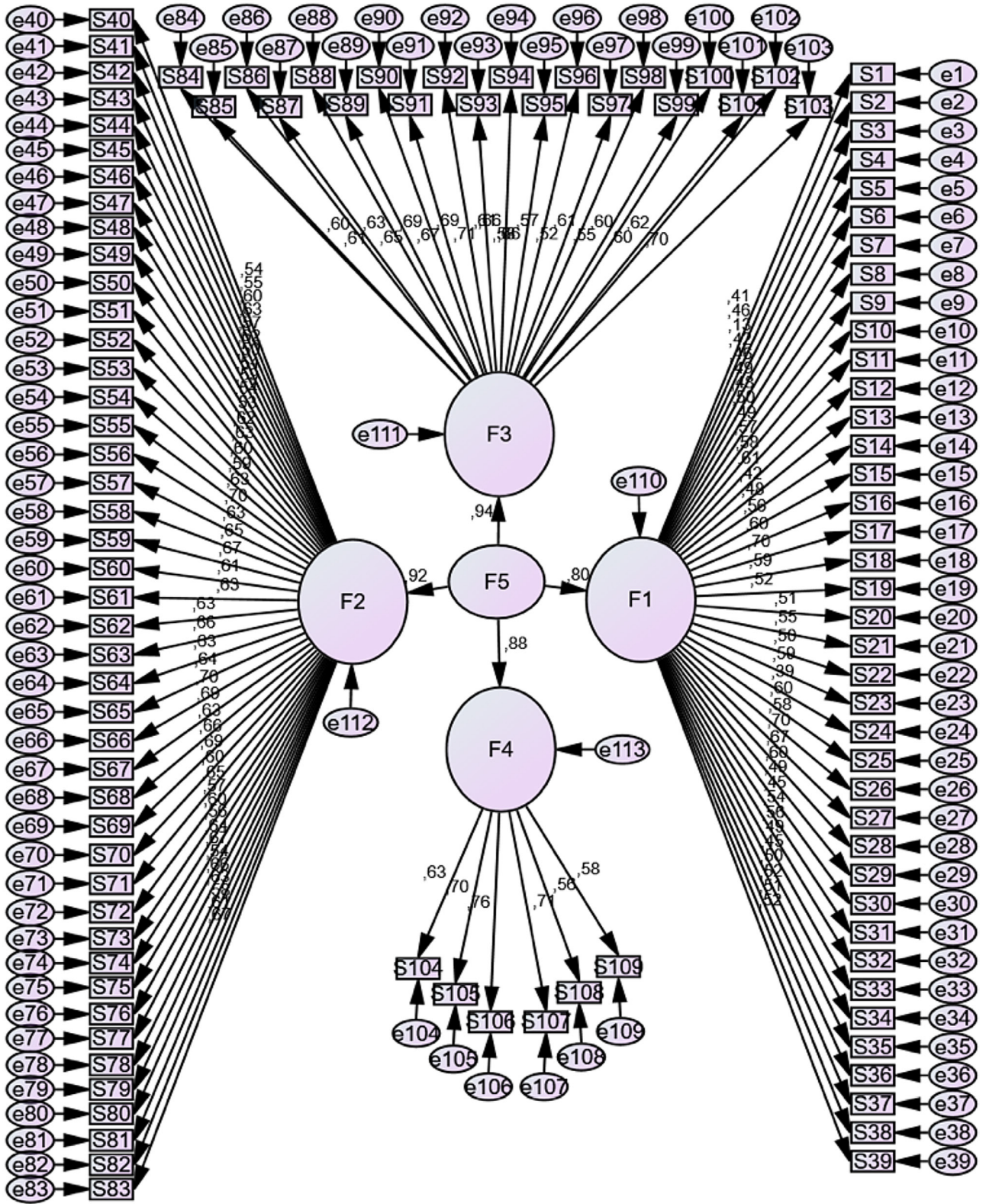
Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliği: Bu çalışmada her iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmaması katılımcıların her iki uygulamada aradan geçen zamana karşın ölçeği benzer şekilde yanıtladıklarını ve ölçekten benzer skorlar aldıklarını göstermektedir. Yine her iki ölçüm arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon olması da katılımcıların ölçeğe aradan geçen süreye rağmen farklı uygulamalarda benzer yanıtlar verdiklerini göstermesi açısından önemlidir. Bu bulgular ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstererek zamana göre değişmezliğine kanıt teşkil etmektedir (Polit ve Beck, 2012; Çapık ve ark., 2018).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma tek bir hastanede çalışan hemşirelerde gerçekleştirilmesi açısından sınırlıdır. Ölçeğin farklı örneklemelerde test edilmesi gerekir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma sonuç olarak, klinik uygulamada çalışan hemşirelere özgü olarak geliştirilmiş olan Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği'nin Türkçede geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili açık kanıtlar sağlamıştır. Araştırmanın konu ile ilgili literatüre katkı sağladığı ve Türkçeye uyarlanan ölçeğin klinik ortamlarda çalışan hemşirelerde eleştirel düşünme becerilerini ölçmede kullanılacak bir araç olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.



Şekil 1. Dört alt boyutlu ikinci dereceden DFA modeli

Kaynaklar

- Akar Vural, R., ve Kutlu, O. (2004). Eleştirel düşünme: ölçme araçlarının incelenmesi ve bir güvenilirlik çalışması. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(2), 189-199.
- Alpar, R. (2012). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*, İkinci baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Anthoine, E., Moret, L., Regnault et al. (2014). Sample size used to validate a scale: A review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 2.
- Bahmanpour, K., Navipour, H., Ahmadi, F. et al. (2018). Critical thinking in clinical nursing: A Content analysis. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 172-179.
- Baran, M., ve Balci, F. (2017). Yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimleri üzerine bir araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(2), 63-71.
- Carter, A. G., Creedy, D. K., & Sidebotham, M. (2015). Evaluation of tools used to measure critical thinking development in nursing and midwifery undergraduate students: A systematic review. *Nurse Education Today*, 35(7), 864-874.
- Çapık, C., Gözüm, S., ve Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3), 199-210.
- Çıtak, E. A., ve Uysal, G. (2012). Kavram analizi: Eleştirel düşünme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 3-9.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
- Demircioğlu, A. (2018). *Eleştirel Düşünme Eğitimi*, Gece Kitaplığı, Ankara.
- Dikmen, Y. D., ve Usta, Y. Y. (2013). Hemşirelikte Eleştirel Düşünme. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 72-73.
- Erkuş, B., ve Bahçecik, N. (2015). Özel hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyi ve problem çözme becerileri. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 5(1), 1-9.
- Işık, E., Karabulutlu, Ö., Kanbay, Y., ve Aslan, Ö. (2012). Hemşirelerde eleştirel düşünme eğilimlerinin belirlenmesi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 5(3): 96-100.
- Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 6-14.
- Maharmeh, M., Alasad, J., Salami et al. (2016). Clinical decision-making among critical care nurses: A qualitative study. *Health*, 8(15), 1807-1819.
- Meydan, C. H., ve Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Öztürk, N., ve Ulusoy, H. (2008). Lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1), 15-25.
- Öztürk Yıldırım, T., ve Karadağ, M. (2016). Yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme becerileri ile araştırma kullanım engelleri ve kolaylaştırıcılarına ilişkin algıları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 73-85.
- Paul R., ve Elder, L. (2016). *Kritik Düşünce: Yaşamınızın ve Öğrenmenizin Sorumluluğunu Üstlenmek İçin Araçlar*. Üçüncü Baskı. Ankara: Atlas Akademik Basım.
- Polit, D. F., & Beck, C. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health.
- Yıldırım, A., ve Taşcı, S. (2013). Hemşirelikte eleştirel düşünmenin klinik karar vermeye etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 187-191.
- Yıldırım, B., ve Koç, Ş. Ö. (2013). Eleştirel düşünmeyi hemşirelik sürecinde uygulama. *Electronic Journal of Vocational College*, 3(3), 29-35.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., ve Ullman, J. B. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Beşinci baskı. Boston, MA: Pearson.
- Winters, J., ve Ballou, K. A. (2004). The idea of nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 533-535.
- Zuriguél-Pérez, E., Falcó-Pegueroles, A., Roldán-Merino, J., et al. (2017). Development and psychometric properties of the nursing critical thinking in clinical practice questionnaire. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(4), 257-264.

Araştırma makalesi / Research article

Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi¹

Postoperative Pain Assessment and Pain Management in Patients Undergoing Total Knee Replacement

Arzu Yıldırım² , Merdiye Şendir³ 

Yazarların ORCID numaraları/ORCID IDs of the authors:
A.Y. 0000-0002-1560-8751; M.Ş. 0000-0002-8243-1669

¹Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı kapsamında hazırlanmış yüksek lisans tez (2013) çalışması olup, 7. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

²Gebze Fatih Devlet Hastanesi/Kocaeli

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı/İstanbul

Sorumlu yazar / Corresponding author: Arzu Yıldırım,
E-posta: arzu-yildirim@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 12.07.2019

Kabul tarihi / Date of acceptance: 21.11.2019

Atf / Citation: Yıldırım A, Şendir M. (2019). Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(3), 157-164.

ÖZ

Giriş: Total diz protezi ameliyatı olan hastalar, ameliyat sonrası dönemde şiddetli ağrı deneyimlemektedir. Ağrı yönetiminin başarılı olabilmesi için öncelikle ağrının tanılanması ve hemşirelik bakımı uygulamaları ile sürecin etkin yönetilmesi gerekmektedir.

Amaç: Araştırma, total diz protezi ameliyatı olan hastaların postoperatif ağrılarının tanılanması ve hemşirelerin bu hastaların ağrı yönetimindeki bakım uygulamalarını, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırma, dört devlet hastanesi ile bir üniversite hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinde total diz protezi ameliyatı olan 150 hastayı ve bu hastaların bakımını üstlenen 36 hemşireyi kapsadı. Verilerin toplanması amacıyla hasta bilgi formu, Kısa McGill Melzack Ağrı Soru Formu ve hemşireler için yapılandırılmış soru formu kullanıldı. Veriler, bilgisayar ortamında frekans, yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, One Way-Anova testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların total diz protezi ameliyatından sonra üçüncü günde çoğunlukla postoperatif ağrıyı "derinde" (%48,0) tanımladığı, genel ağrı şiddetinin ise hastaların %38,7'sinde "hafif" olduğu belirlendi. Hemşirelerin hastaların ağrılarını yeterince dikkate almadıklarını gösteren ifadelerle %63,9 ile %88,9 oranında katıldıkları belirlendi.

Sonuç: Çalışma sonucunda hemşirelerin çoğunluğunun, ağrı tanılanması ve yönetimi konusunda olumsuz tutum ve davranışlara sahip olduğu, bununla birlikte hastalara yetersiz ağrı yönetiminin uygulandığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ağrı değerlendirmesi; ağrı yönetimi; post-operatif ağrı; total diz replasmanı.

ABSTRACT

Introduction: Patients undergoing total knee prosthesis operation experience severe postoperative pain. In order the pain management to be successful, it is necessary to assess the pain and manage the process effectively with nursing care practices.

Aim: The research is a descriptive study which was designed to assess postoperative pain and determine the practices, attitudes and behaviors of nurses for pain management in patients undergoing total knee replacement.

Method: This descriptive study consisted of 150 patients who had total knee prosthesis operation in four state hospitals and one university hospital, and also 36 nurses who are responsible for care of these patients. In this study, three data collection instruments were used Patient Questionnaire Form, Short Form of the McGill Melzack Pain Questionnaire and Questionnaire Form for nurses. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t test-Independent samples, Mann Whitney U test, One Way-Anova test and Kruskal Wallis test.

Results: After total knee prosthesis operation in postoperative third day, of all patients 48.0% defined pain "deep inside". The overall pain severity was mild in 38.7% of the patients. It was determined between the range of 63.9% and 88.9% that nurses agree the statement that they do not pay attention enough to patients' pain.

Conclusion: In the consequence of study, it was determined that the majority of the nurses have negative attitudes and behaviours about pain assesment and management. In addition to this they apply insufficient pain management to patients.

Keywords: Pain assessment; pain management; postoperative pain; total knee replacement.

Giriş

Ağrı kavramının en geçerli tanımını Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) yapmıştır. Bu tanımlamaya göre "Ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum ve davranış şeklidir." (Eti-Aslan, 2002; Aydın, 2002; Eşer, Khorshid, ve Gürol Arslan, 2008; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009). McCaffery'nin yaptığı tanıma göre ise "Ağrı, hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır." (Thorn, 1997; Eşer ve ark., 2008; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009). Bu tanım ağrı yönetiminde çok önemli olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini göstermektedir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009).

Ameliyat sonrası ağrı, önceden tahmin edilebilir ve önlenebilir akut bir ağrıdır. Ağrının fizyopatolojisi konusundaki bilgilerin, yeni ilaçların ve uygulama yöntemlerinin gelişmesi, ağrı yönetimi konusundaki teknolojik kaynakların ve bilgilerin artmasına karşın, hala hastaların çoğu ameliyat sonrası yetersiz ağrı tedavisi görmekte ve hastanede yatan pek çok hasta ağrı deneyimlemektedir. Literatürde çok sayıda araştırmacı ameliyat sonrası hastaların yaklaşık %50-70'inin yetersiz ağrı tedavisi gördüğünü, orta veya şiddetli derecede ağrıdan yakındıklarını bildirmektedir (Mac Lellan, 2004; Özer, Akyürek, ve Başbakkal, 2006; Bell & Duffy, 2009; Bozkurt, Yılmazlar, ve Bilgen, 2009; Gillaspie, 2010; Lee et al., 2012).

Ağrı yönetiminin başarılı olabilmesi için ağrının tanılanması gerekir. Etkin ağrı kontrolü ile hastanın yaşam kalitesi yükselir ve komplikasyon gelişme riski de azalır (Eşer ve ark., 2008). Literatürde ağrıya yönelik yanlış inanç ve tutumların etkili ağrı tanılanmasını ve yönetimini engelleyen önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (Bell & Duffy, 2009).

Gelişen teknoloji ile birlikte hastalıkların tedavisinde sıklıkla bir tedavi seçeneği olarak cerrahi girişimlerin uygulanması giderek artmakta ve bu doğrultuda cerrahi girişimin kapsamına göre de bireyler değişik derecelerde postoperatif ağrı deneyimlemektedir. Cerrahi girişimler arasında en çok ağrıya neden olan girişimlerden birinin ortopedi ameliyatları olduğu bildirilmektedir (Parvataneni et al., 2007; Chitranjan, Ranavat, & Parvataneni, 2008; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Korean Knee Society, 2012). Büyükyılmaz ve Aştı'nın (2009) ortopedi ve travmatoloji hastalarında postoperatif ağrı tanılanmasına ilişkin çalışmasında rekonstrüksiyon ve protez ameliyatı geçiren hastaların en yüksek düzeyli ağrıyı deneyimledikleri belirtilmektedir.

Total diz protezi (TDP) ameliyatı, günümüzde sıklıkla uygulanan ortopedik girişimlerden birisi olup, diz eklemi içindeki osteoartrit nedeniyle şiddetli ağrının tedavisinde başarılı bir işlem olarak uygulanmaktadır. Dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte TDP ameliyatına olan gereksinim artmaktadır. TDP ameliyatının hedefleri olan deformitelerin düzeltilmesi, diz eklemi fonksiyonunun artırılması ve uzun dönem sonucu olarak ağrının geçmesi hastalar için memnuniyet verici olmaktadır. Bununla birlikte, TDP uygulanan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde cerrahi girişimin doğasından dolayı şiddetli ağrı deneyimlemesi kaçınılmaz olmaktadır. Yapılan araştırmalar bu girişimi geçiren hastalarda postoperatif ağrı yönetiminin yeterli olarak sağlanamadığını göstermektedir. Bu çalışmalarda

TDP ameliyatı olan hastaların %60'ının şiddetli, %30'unun ise orta derecede postoperatif ağrı deneyimledikleri vurgulanmaktadır (Çınar ve ark., 2003; Parvataneni et al., 2007; Chitranjan et al., 2008; Akyol, Karayurt, & Salmond, 2009; Bozkurt ve ark., 2009; Korean Knee Society, 2012; Lee et al., 2012).

Total diz protezi ameliyatının hedefleri olan, eklem ağrısını azaltmak, dizin hareket yeteneğini geliştirmek ve dolayısıyla bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesinde olabilecek en üst düzeyde bağımsızlığı kazandırmak ve bunlara ek olarak komplikasyonları önlemek ve hasta memnuniyetini sağlamak için postoperatif ağrı yönetiminin etkin olarak sürdürülmesi önemlidir (Dahlen, Zimmerman, & Barron, 2006; Akyol et al., 2009; Korean Knee Society, 2012).

Literatürde TDP ameliyatının sonuçlarına yönelik çok sayıda araştırma bulunmakta birlikte, bu araştırmaların çoğu yapılan cerrahi girişimin diz eklem mekaniği üzerindeki etkilerini, komplikasyonları ve revizyon oranlarını değerlendirmektedir. Fakat postoperatif dönemde şiddetli ağrı deneyimleyen TDP ameliyatı olmuş hastaların bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı kapsamında ağrı tanılanması ve ağrı yönetimine ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Gillaspie, 2010).

Amaç

Araştırma, TDP ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanılanması ve hemşirelerin bu hastaların postoperatif ağrı yönetimlerine ilişkin bakım uygulamalarını, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla planlandı. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ile TDP ameliyatı olan hastaların postoperatif ağrılarının tanılanması ve yönetimine rehberlik edecek kanıtlar sağlanacağı düşünülmektedir.

Araştırma Soruları

1. Total diz protezi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası ağrı özellikleri nelerdir?
2. Total diz protezi ameliyatı olan hastaların bakımında görev alan hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik tutum ve davranışları nelerdir?
3. Total diz protezi ameliyatı olan hastaların bakımında görev alan hemşirelerin bu hastaların ağrı yönetimlerine ilişkin bakım uygulamaları nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Kocaeli ilinde bulunan dört devlet, bir üniversite hastanesinin ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde gerçekleştirildi.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, TDP ameliyatı geçiren 500 hasta ve bu hastaların bakımını üstlenen 43 hemşire oluşturdu. Ortopedi kliniklerinde çalışan hemşirelerin tümü çalışmaya dahil edilerek araştırmaya katılım için gönüllü olan 36 hemşire ile araştırma tamamlandı. Hasta sayısının belirlenmesinde, çalışmaya başlamadan önceki bir yıl boyunca TDP ameliyatı olmak için başvuran ve araştırma kapsamına alınabilecek özellikleri taşıyan hastaların kayıtları dikkate alındı. Araştırma örneklemini büyüklüğünün belirlenmesine yönelik yapılan istatistiksel analiz-

de; çalışmaya 150 hasta bireyin alınması gerektiği hesaplandı. Araştırmanın örneklemini araştırma örneklem kriterlerine uyan hastalar oluşturdu. Ortopedi kliniklerinde çalışan hemşirelerin tümü çalışmaya dahil edilerek araştırmaya katılım için gönüllü olan 36 hemşire ile araştırma tamamlandı. Örneklem kapsamına alınacak hastaların örneklem seçim kriterleri; 18 yaş ve üstünde olması, çalışmaya katılmaya gönüllü ve istekli olması, iletişime ve iş birliğine açık olması, TDP ameliyatı için planlı olarak kliniğe kabul edilmiş olması, daha önce TDP ameliyatı geçirmemiş olması, bilişsel, duyuşsal ve sözel olarak iletişim kurmasını engelleyen bir sağlık sorununun bulunmaması, görme ve işitme gibi duyuşsal kayıpları olmaması ve TDP ameliyatının tek taraflı uygulanması olarak belirlendi.

Veri Toplama Araçları

Verilerin elde edilmesi için Hasta Bilgi Formu, Kısa McGill Melzack Ağrı Soru Formu (K-MASF) ve Hemşireler İçin Yapılandırılmış Soru Formu olmak üzere üç ayrı veri toplama aracı kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu: Literatür ışığında ve uzman görüşüne başvurulmuş hastalar için hazırlanan hasta bilgi formunda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu ve yaşadıkları yer gibi bireysel özelliklerinin yanı sıra, geçmiş ameliyat deneyimi, kullandığı analjezik ilaç, analjezik ilaca başlama zamanı, ameliyat öncesi dönemde 'ameliyat ağrısı' konusunda bilgi almadığı, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlere ilişkin sorular olmak üzere toplam 25 soru yer aldı (Özer, 1998; Büyükyılmaz, 2005; Akyol, 2008; Büyükyılmaz, 2009).

Hemşireler İçin Yapılandırılmış Soru Formu: İki bölümden oluşan bu formun birinci bölümünde hemşirelerin yaş, eğitim durumu ve medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra meslekteki ve çalıştıkları birimdeki çalışma süreleri, TDP ameliyatı olan hastalarda ağrının tanılanması ve bakım uygulamalarına ilişkin soruları içeren toplam 26 soru bulundu. Formun ikinci bölümünde ise konu ile ilgili literatür ve uzman görüşüne başvurularak hazırlanan, hemşirelerin ağırlı hastalara yönelik tutum ve davranışlarını değerlendiren 33 ifade yer aldı. Hemşirelerden bu bölümdeki ifadeleri "katılıyorum", "kararsızım" veya "katılmıyorum" şeklinde değerlendirmeleri istendi (Thorn, 1997; Özer ve ark., 2006; Borgdorff, 2008; Bell & Duffy, 2009; Ay ve Ecevit Alpar, 2010; Abdalrahim et al., 2011).

Kısa McGill Melzack Ağrı Soru Formu (K-MASF): Bu form 1987 yılında Melzack tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizdeki geçerlilik güvenirliği 2006 yılında Yakut ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ameliyat sonrası ağrı tanılanmasında yaygın olarak kullanılan çok boyutlu ölçeklerden biri olması ayrıca geçerli, güvenilir ve tutarlı olması nedeniyle tercih edilmiştir (Melzack, 1987; Brander ve ark., 2003; Dahlen ve ark., 2006; Mac Lellan, 2006; Yakut ve ark., 2007; Büyükyılmaz, 2009). K-MASF üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ağrının niteliği, ikinci bölümde o andaki ağrının şiddeti ve son olarak üçüncü bölümde ise genel ağrı değerlendirilmesi tanılanmaktadır (Yakut ve ark., 2007).

Ağrının Niteliği: Bu bölümde ağrıyı tanımlayıcı 15 tane kelime grubu bulunmaktadır. İlk 11 kelime (1-11) ağrının duyuşsal, sonraki dört kelime (12-15) ise duyuşsal/algısal boyutunu göstermektedir. Her bir kelime hasta tarafından 0: yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli şeklinde derecelendirilmektedir. Bu bölümden duyuşsal/algısal (0-33), duyuşsal/emosyonel puan (0-12 puan) ve

toplam (0-45 puan) ağrı nitelik puanları elde edilir (Dahlen ve ark., 2006; Mac Lellan, 2006; Yakut ve ark., 2007; Büyükyılmaz, 2009).

Ağrının Şiddeti: Bu bölümde Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ile hastadan o andaki ağrı şiddetini değerlendirmesi istenir. GKÖ, bir ucunda 'ağrı yok', diğer ucunda ise 'dayanılmaz derecede ağrı' yazan 10 cm'lik bir çizgiden oluşur. Hastaya GKÖ'nün kullanımı çok iyi anlatıldıktan sonra bu çizgi üzerinde ağrısının şiddetine uyan yeri işaretlemesi söylenir. 'Ağrı yok' başlangıcı ile hastanın işaretlediği bu nokta arası ölçülerek cm veya mm olarak hastanın ağrı şiddetinin sayısal değeri elde edilir (Brander et al., 2003; Dahlen et al., 2006).

Genel Ağrı Şiddeti Değerlendirmesi: Bu bölüm hastanın genel ağrı şiddeti puanına ulaşılabilen likert tipi bir ölçekten oluşmaktadır. 0: ağrı yok, 1: hafif ağrı, 2: rahatsız edici, 3: sıkıntı verici, 4: berbat, 5: dayanılmaz ağrıyı göstermektedir. Bu soruya verilen yanıtın sonucunda elde edilen puan genel ağrı şiddeti puanını gösterir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütüleceği kurumlardan yazılı izinler ve Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (Karar No: 2011/45, KAEK 15/3, Tarih: 29.11.2011). Araştırmanın örneklemini oluşturacak hasta bireylere ve hemşirelere çalışmanın amacı, süresi ve kendilerinden ne beklenildiği açıklanarak, araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş onamları alındı.

Verilerin Toplanması

Total diz protezi ameliyatı geçiren hastalara ve onların bakımında görev alan hemşirelere ilişkin veriler, Aralık 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplandı. Araştırma verileri toplanmadan önce veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmek amacıyla Aralık 2011 tarihinde, 12 hasta birey ve 7 hemşire ile ön çalışma yapıldı. Öneriler doğrultusunda "Hasta Bilgi Formu" ve "Hemşireler İçin Yapılandırılmış Soru Formu"nda gerekli düzenlemeler gerçekleştirildi. TDP ameliyatı geçiren hastalara ilişkin araştırma verileri; ameliyat sonrası üçüncü gün, hasta odasında, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Literatürde, alt bölge ameliyatlarında orta ve şiddetli ağrı süresi 1-4 gün (ortalama 2,5 gün) olarak belirtildiğinden hastalar ile ameliyatlarının 3. günü görüşüldü. Hastaların ağrı tedavisi ile ilişkili verilerine ise hasta kayıtlarından ulaşıldı (Özer ve Bölükbaş, 2001; Büyükyılmaz, 2005; Akyol ve ark., 2009).

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programında değerlendirildi. Verilerin analizlerinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılım gösteren niceliksel verilerin iki grup arası karşılaştırmalarında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi-Independent samples), normal dağılım göstermeyenler için ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup olması durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerde tek yönlü varyans analizi (One Way-Anova testi), normal dağılım göstermeyenler için ise Kruskal Wallis testi uygulandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamasının 64,47 ± 9,48 yıl, %87,3'ünün kadın, %72'sinin evli olduğu, %44,7'sinin okur-yazar olmadığı, %86'sinin ev hanımı olduğu saptandı. Total diz protezi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası ağrıyı tanımlayan ifadelerine ve K-MASF ile değerlendirilen ağrı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1 ve Tablo 2' de görülmektedir.

Total diz protezi ameliyatı olan hastaların postoperatif ağrıyı tanımlayan ifadeleri incelendiğinde; %48'inin ağrı yerlerini ameliyat bölgesinde derinde tarif ettiği, %43,3'ünün postoperatif ağrının zamanla ilişkisini "ritmik-periyodik-aralıklı" olarak nitelendirdiği görülmektedir. Örneklemin %98,6 gibi büyük çoğunluğu "ayağa kalkmanın, yürümenin ve egzersiz yapmanın ağrısını" arttırdığını bildirdi. Hastaların ağrılarını azaltan uygulamalar arasında öncelikle analjezik ilaç uygulamasının (%65,3) izleyen sırada da (%24,7) analjezik ilaçlarla birlikte soğuk uygulamanın olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Total diz protezi ameliyatı olan hastaların K-MASF ile değerlendirilen postoperatif ağrı özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde; duyuşal bölümde sıklıkla "zonklayan", "bıçak saplanır gibi", "keskin", "sancı verici", "hassaslaştırıcı", duyuşal bölümde ise; "yoran, takatsiz bırakan", "hasta edici", "korkutucu ağrı" deneyimledikleri belirlendi. Hastaların genel ağrı şiddetinin ise %38,7'sinde "hafif", %28'inde "sıkıntı verici" olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 3'de TDP ameliyatı olan hastaların K-MASF ile değerlendirilen postoperatif ağrı puan ortalamaları incelendiğinde; duyuşal boyut puanının 7,92 ± 8,02, duyuşal boyut puanının 4,58 ± 3,80, duyuşal ve duyuşal puanların toplamı olan ağrı nitelik puanının 12,50 ± 10,69, genel ağrı şiddeti puanının 1,63 ± 1,35 ve GKÖ'ne göre ağrı şiddeti puan ortalamasının 2,93 ± 2,52 olduğu belirlendi.

Total diz protezi ameliyatı olan hastaların bakımında görev alan hemşirelerin yaş ortalamasının 31,69 ± 8,23 yıl olduğu ve %36,1'inin lisans mezunu, %41,7'sinin 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu, %66,7'sinin ise ortopedi kliniğinde 1-5 yıl arasında değişen sürelerde çalıştığı belirlendi. Ayrıca bu hemşirelerin ağırlı hastalara yönelik tutum ve davranışlarını gösteren ifadelerle verdikleri yanıtlar incelendiğinde hemşirelerin çoğunun;

- "Hastaların genellikle ağrısını abarttıklarını düşündüğü" (%63,9) ifadesine katıldığı,
- "Analjezik ilaçlar hastada kolayca bağımlılık yapabileceği için ameliyat sonrası dönemde kontrollü olarak verilmelidir" ifadesine (%88,9) katıldığı,
- "Ağrının hafifletilmesi için bir yonteme başvurulmadan önce, mümkün olduğunca hastayı ağrıya dayanmaya teşvik ederim" ifadesine (%66,7) katıldığı,
- "Postoperatif ağrı ölçümünün geçerliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için ağrı ölçüğü kullanırım" ifadesine (%55,6) katıldığı saptandı.

Tablo 4'te TDP ameliyatı olan hastaların bakımında görev alan hemşirelerin postoperatif ağrı yönetimine ilişkin bakım uygulamaları incelendiğinde; %66,6'sinin TDP uygulanan hastalara ameliyat öncesi dönemde ağrı yönetimi ile ilgili bilgi verdiği, %63,9'unun postoperatif ağrının değerlendirilmesinde hastanın sözel ve sözsüz ifadesini dikkate aldığı, %55,6'sının postoperatif ağrıyı değerlendirirken ağrı skalası ve ağrı izlem formu

kullandığı saptandı. Hemşirelerin, %97,2'sinin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullandığı, bu girişimler içinde soğuk uygulama-elavyasyon-masaj (%47,2) uygulamasını sıklıkla tercih ettiği görüldü.

Tartışma

Total diz protezi ameliyatından sonra bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için en üst düzeyde bağımsızlığı kazandırmak, komplikasyonları önlemek ve hasta memnuniyetini sağlamak için postoperatif ağrı yönetimini etkili olarak sürdürmek öncelikli hedefler arasındadır. TDP ameliyatından sonra başarılı bir ağrı yönetimi için ağrının tanınması ve ağrı yönetiminde bireye özgü hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması önemlidir.

Total diz protezi ameliyatı olan hastaların postoperatif ağrılarının zamanla ilişkisi incelendiğinde; hastaların %43,3'ünün "ritmik-periyodik-aralıklı", %36,7'sinin genel-anlık-geçici, %20'sinin ise devamlı-kararlı-sabit ağrı deneyimlediği belirlendi. Çalışma verileri ameliyat sonrası üçüncü günde toplandığı için hastaların büyük çoğunluğunun literatür doğrultusunda aralıklı ağrı deneyimlemesi beklenen bir sonuç iken, %20'sinin devamlı-kararlı-sabit ağrı deneyimlemesi ağrı yönetiminin etkili olarak sürdürülmesi adına düşündürücü bulundu.

Çalışmada hastaların ağrılarını arttıran ve azaltan faktörler incelendiğinde, büyük bir çoğunlukla (%98,6) ayağa kalkmanın, yürümenin ve egzersiz yapmanın ağrıyı arttırdığı, analjezik ilaç uygulamasının (%65,3) izleyen sırada ise analjezik ilaçlarla birlikte soğuk uygulamanın (%24,7) ağrıyı azalttığı belirlendi. Bu konuda yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik gösteren çalışma sonuçlarımız; postoperatif ağrının, hastanın hareket etmesini ve egzersiz uygulamasını engelleyen önemli bir faktör olduğunu ve bu durumun da hareketsizliğe bağlı olarak gelişebilecek postoperatif komplikasyonlara zemin hazırlayabileceğini göstermektedir.

Hastaların genel ağrı şiddetinin ise hafif (%38,7) ve sıkıntı verici (%28) düzeyde olduğu saptandı. Wittig-Wells, Shapiro, ve Higgins (2013) TDP uygulanan hastaların %12,2'sinin ameliyat sonrası şiddetli düzeyde ağrı deneyimlediğini saptamışlardır. Bu sonuçlar, TDP ameliyatında doku bütünlüğünde bozulma, kemik hasarı ve kemik iyileşmesinin uzun süreli olmasına bağlanabilir, ancak ağrı şiddeti düzeyleri yetersiz ağrı yönetiminin uygulandığını düşündürmektedir.

Total diz protezi ameliyatı olan hastaların bakımında görev alan hemşirelerin ağırlı hastalara yönelik tutum ve davranışlarını gösteren ifadelerle verdiği yanıtlar incelendiğinde; hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%63,9) "Hastaların genellikle ağrısını abarttıklarını düşünürüm." ifadesine katıldığı saptandı. Manias, Bucknall, ve Botti'nin (2005) yaptığı çalışmada hemşirelerin hastaların ağrılarını hafife aldıkları ve hastaların ağrı çekmelerini doğal karşıladıkları sonucuna varılmıştır. Özer ve Bölükbaş'ın (2001) çalışmasında hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrısı olduğunu söyleyen hastalara her zaman inanmadığı ve inanamama nedeni olarak da psikolojik kaynaklı olmasını ifade ettiği saptanmıştır. Çalışma bulgularıyla yukarıda açıklanan araştırma sonuçları paralellik göstermektedir. Subjektif bir duyu olan ağrının değerlendirilmesinde en önemli gösterge, hastanın söyledikleridir. Bu nedenle, hemşirelerin ağrı yönetiminde kişisel

Tablo 1. Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Postoperatif Ağrısı Tanımlayan İfadelerinin Dağılımı (N=150)

Ağrıyı Tanımlayan İfadeler	n	%
Ağrı Yeri		
Derinde	72	48,0
Yüzeyde	34	22,6
Derinde ve Yüzeyde	22	14,7
Tarif Edemiyorum	22	14,7
Ağrının Zamanla İlişkisi		
Devamlı-Kararlı-Sabit	30	20,0
Ritmik-Periyodik-Aralıklı	65	43,3
Genel-Anlık-Geçici	55	36,7
Ağrıyı Arttıran / Azaltan Faktörler		
Arttıran		
Ayağa kalkmak, yürümek, egzersiz yapmak	148	98,6
Oturmak	1	0,7
Elastik Çorap	1	0,7
Azaltan		
Ağrı kesici ilaçlar	98	65,3
Ağrı kesici ilaçlar ve uyku	8	5,3
Ağrı kesici ilaçlar ve masaj	7	4,7
Ağrı kesici ilaçlar ve soğuk uygulama	37	24,7

Tablo 2. Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Kısa McGill Melzack Ağrı Soru Formu'na Göre Ağrı Özelliklerinin Dağılımı (N=150)

Ağrı Özellikleri	n	%
Ağrı Niteliği*		
Zonklama	68	45,3
Şimşek çarpar gibi	57	38
Bıçak saplanır gibi	64	42,7
Keskin	68	45,3
Kramp tarzında	26	17,3
Kemirici	56	37,3
Sıcak – yanıcı	55	36,7
Sancı verici	77	51,3
Ezici	45	30
Hassaslaştırıcı	82	54,7
Yarıcı, parçalayıcı	33	22
Yoran, takatsız bırakan	91	60,7
Hasta edici	67	44,7
Korkutucu	86	57,3
Cezalandırıcı-zalimce	36	24
Genel Ağrı Şiddeti		
Yok (0)	31	20,6
Hafif (1)	58	38,7
Rahatsız edici (2)	11	7,3
Sıkıntı verici (3)	42	28,0
Berbat (4)	1	0,7
Dayanılmaz (5)	7	4,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3. Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Kısa McGill Melzack Ağrı Soru Formu Boyutları Puan Ortalamaları (N=150)

Ağrı Puan Özellikleri (K-MASF Boyutları)	Ort* ± SS**
Duyusal Boyut	7,92±8,02
Duygusal Boyut	4,58±3,80
Nitelik Puanı (Duyusal+Duygusal)	12,50±10,69
Genel Ağrı Şiddeti Değerlendirmesi	1,63±1,35
Ağrının Şiddeti (GKÖ'ye göre)	2,93±2,52

*Ort: Ortalama **SS: Standart Sapma

tutum ve inançlarını bir kenara bırakmaları ve önyargılı davranmamaları etkin ağrı yönetimi için oldukça önemlidir (Özer ve Bölükbaş, 2001; Eti-Aslan, 2002; Bell & Duffy, 2009).

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%88,9) "analjezik ilaçlar hastada kolayca bağımlılık yapabileceği için ameliyat sonrası dönemde kontrollü olarak verilmelidir" ifadesine katıldığı saptandı. Antall & Kresevic'in (2004) çalışmasında etkisiz ağrı yönetiminin nedeni olarak hemşirelerin analjeziklerin sedasyon ve konfüzyon yapabileceği konusunda korkuya sahip olmaları gösterilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda, araştırma sonuçları hemşirelerin postoperatif analjezik kullanımı ile ilişkili, solunum depresyonu ve ilaç bağımlılığı riskine yönelik yanlış inanç ve korkuları olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%66,7) "ağrının hafifletilmesi için bir yonteme başvurulmadan önce, mümkün olduğunca hastayı ağrıya dayanmaya teşvik ederim" ifadesine katıldığı bulundu. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde, Demir Dikmen ve ark'nın (2012) çalışmasında ise %46'sının bu düşüncede oldukları saptandı. Literatürde etkili bir ağrı kontrolü için analjezik tedavisinin hastanın ağrısı başlamadan uygulanması gerektiği bildirilmektedir (Pillai Riddell & Craig, 2003). Ayrıca ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemlere dahi başvurulmadan bireyin ağrıya dayanmaya teşvik edilmesi, hemşirelik bakımına temel oluşturan "yarar sağlama" etik ilkesine ters düşmektedir (Erkekol ve ark., 2002; Dinç, 2009).

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%55,6) "Postoperatif ağrı ölçümünün geçerliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için ağrı ölçeği kullanırım." ifadesine katıldığı saptandı. Ağrı, subjektif bir deneyim olduğundan, varlığı ve şiddeti yalnızca hasta tarafından tanımlanabilir. Sağlık personelinin hastanın ağrısına yönelik varsayımları hatalı yaklaşımlara yol açabilir. Bu nedenle postoperatif dönemdeki ağrı yönetiminin doğru ve amacına uygun yapılabilmesi için hastanın sözel ve sözsüz ifadesini dikkate alarak, ağrının bir ölçek yardımı ile değerlendirilmesi gerekmektedir (Davis, 1994; Eti-Aslan, 2002; Arslan ve Çelebioğlu, 2004; Borgdorff, 2008; Çöçelli, Bacaksız, ve Ovayolu, 2008).

Total diz protezi ameliyatı olan hastaların bakımında görev alan hemşirelerin postoperatif ağrı yönetimine ilişkin bakım uygulamaları incelendiğinde; %66,6'sının TDP uygulanan hastalara ameliyat öncesi dönemde ağrı yönetimi konusunda bilgi verdiği saptandı. Ameliyat öncesi dönemde hastalara postoperatif ağrı yönetimiyle ilgili eğitim verilmesi, hastaların bilgilendirilmesini sağlamanın yanı sıra ağrıya yönelik pozitif tutumların gelişme-

sine de yardımcı olmaktadır. Postoperatif ağrı hakkındaki gerçekçi beklentiler ve ağrının yönetimi anksiyeteyi azaltarak hasta memnuniyetini arttırmaktadır (Clifford & Colwell, 2008; Bell & Duffy, 2009).

Hemşirelerin çoğunun (%97,2) postoperatif ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullandığı, nonfarmakolojik girişimlerden (%47,2) soğuk uygulama-elavasyon-masajı sıklıkla uyguladığı saptanmıştır. Ay ve Ecevit Alpar'ın (2010) ağrı yönetiminde hemşirelik bakımı uygulamalarını değerlendirdikleri çalışmada hemşirelerin %77,2'sinin yalnızca hekim istemine göre analjezik tedaviyi uyguladıkları belirlenmiştir. Bu konudaki diğer çalışmalardan farklı olarak, bu çalışmada hemşirelerin %97,2'si nonfarmakolojik yöntemleri kullanması, ortopedi kliniklerinde elevasyon ve buz uygulamasının hekim istemi ile uygulanmasına bağlı olarak açıklanabilir. Bu bağlamda hemşirelerin ağrı yönetiminde bağımsız bakım uygulamalarından çok bağımlı fonksiyonları ile sınırlı kaldıkları düşünülmektedir. Literatürde etkin postoperatif ağrı yönetimi için farmakolojik yöntemlerle farmakolojik olmayan yöntemlerin birlikte kullanılmasının yararlı olacağı bildirilmektedir (Christiaens, 2003; Pellino et al., 2005).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Kocaeli il sınırları içerisinde bulunan dört kamu ve bir üniversite hastanesinde TDP ameliyatı geçiren 150 hasta ve bu hastalara bakım verip, araştırmaya katılmayı kabul eden 36 hemşireyle gerçekleştirildiği için, araştırma sonuçları TDP ameliyatı geçiren hastaların tamamına ve tüm hemşirelere genellemez.

Sonuç

Çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun, ağrı tanınması ve yönetimi konusunda olumsuz tutum ve davranışlara sahip olduğu, bununla birlikte hastalara yetersiz ağrı yönetiminin uygulandığı belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda, postoperatif ağrının değerlendirilmesinde ağrı skalalarının yanı sıra hastanın sözel ve sözsüz ifadesinin de dikkate alınması, etkili ağrı yönetimi için farmakolojik girişimlerle beraber farmakolojik olmayan girişimlerin de kullanımının yaygınlaştırılması, hastaların gereksiz ağrı deneyiminin önlenmesi için hemşirelerin ağırlı hastaya yönelik tutum ve davranışlarında olumlu yönde değişiklikler göstermesi ve benzer araştırmaların daha büyük gruplarda tekrarlanması önerilir.

Tablo 4. Hemşirelerin Postoperatif Ağrı Yönetimine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=36)

Değişkenler	n	%
Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi Hakkında Bilgi Verme		
Evet	24	66,6
Hayır	6	16,7
Bazen	6	16,7
TDP Uygulanan Hastalarda Ağrıyı Değerlendirme		
Hastanın ağrısını değerlendirmem	0	0
Hastanın sözel ve sözsüz ifadesine göre değerlendiririm	23	63,9
Ağrı ölçekleriyle beraber hastanın sözel ve sözsüz ifadesine göre değerlendiririm	12	33,3
Ağrı değerlendirme ölçekleri kullanırım	1	2,8
Ağrının Değerlendirilmesinde Ağrı Skalası ve Ağrı İzlem Formu Kullanma		
Evet	20	55,6
Hayır	14	38,8
Bazen	2	5,6
Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma		
Evet	35	97,2
Hayır	1	2,8
İlaç Uygulaması Dışında Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler		
Masaj	1	2,8
Soğuk uygulama-Mobilizasyon	5	13,9
Soğuk uygulama-Elavasyon-Gevşeme egzersizleri	8	22,2
Soğuk uygulama-Elavasyon-Masaj	17	47,2
Soğuk uygulama-Elavasyon	3	8,3
İlaç uygulanıyor	2	5,6
TDP Ameliyatı Sonrası Ekstremitede Dolaşım Kontrolü		
Evet	35	97,2
Hayır	1	2,8
Hasta Kontrollü Analjezi (HKA) Uygulaması		
Evet	25	69,4
Hayır	11	30,6
Lüzum Hali (LH) Analjezik Kullanımı ile İlgili Protokol		
Evet	20	55,6
Hayır	16	44,4
Ağrının Beşinci Yaşam Bulgusu Olarak Kaydedilmesi		
Evet	19	52,7
Hayır	15	41,7
Bazen	2	5,6
Hasta ve Ailesinin Ağrı Yönetimine Aktif Katılımını Sağlama		
Evet	28	77,8
Hayır	8	22,2

Kaynaklar

- Abdalahim, M.S., Majali, S.A., Stomberg, M.W., et al. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education Practice*, 11(4), 250-255.
- Akyol, Ö. (2008). *Diz protezi uygulanan hastalarda ağrı prevalansı, özellikleri, etkileyen etmenler ve ağrı yönetiminden memnuniyetin incelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Akyol, Ö., Karayurt, Ö., & Salmond, S. (2009). Experiences of pain and satisfaction with pain management in patients undergoing total knee replacement. *Orthopaedic Nursing*, 28(2), 79-84.
- Antall, G.F., & Kresevic, D. (2004). The use of guided imagery to manage pain in an elderly orthopaedic population. *Orthopaedic Nursing*, 23(5), 335-340.
- Arslan, S., ve Çelebioğlu, A. (2004). Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1), 2-6.
- Aydın, O.N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2), 37-48.
- Ay, F., ve Ecevit Alpar, Ş. (2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*, 22(1), 21-28.
- Bell, L., & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing. *British Journal of Nursing*, 18(3), 153-156.
- Borgdorff, P. (2008). Pain is a common concern for patients about to undergo surgery. *Continuing Medical Education*, 26(3), 134-136.
- Bozkurt, M., Yılmazlar, A., ve Bilgen, Ö.F. (2009). Total diz artroplastisi sonrası intravenöz ve epidural hasta kontrollü analjezi tekniklerinin ameliyat sonrası ağrı ve diz rehabilitasyonu üzerine etkilerinin karşılaştırılması. *Eklemler Hastalıkları Cerrahisi*, 20(2), 64-70.
- Brander, V.A., Stulberg S.D., Adams, A.D., et al. (2003). Predicting total knee replacement pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 416, 27-36.
- Büyükyılmaz, F.E. (2005). *Ortopedi ve travmatoloji hastalarında postoperatif ağrı tanınması*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Büyükyılmaz, F. ve Aştı, T. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 84-92.
- Büyükyılmaz, F.E. (2009). *Total kalça veya diz protezi ameliyatı olan hastalara uygulanan gevşeme egzersizleri, sırt masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Büyükyılmaz, F. ve Aştı, T. (2010). Postoperative pain characteristics in Turkish orthopedic patients. *Pain Management Nursing*, 11(2), 76-84.
- Chitranjan, S., Ranavat, A.S., & Parvataneni, H.K. (2008). How I manage after total knee replacement?. *Seminars in Arthroplasty*, 19, 237-242.
- Christiaens, G. (2003). Independent nursing interventions for pain management. *Home Health Care Management Practice*, 15(3), 212-214.
- Clifford, W., & Colwell, J.R. (2008). Management of pain after total knee arthroplasty. *Seminars in Arthroplasty*, 19, 243.
- Çınar, C., Alanoğlu, E., Sezgin, M., ve ark. (2003). Diz osteoartritli hastalarda total diz artroplastisinin ağrı, fonksiyon ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Fiziksel Tıp*, 6(1), 1-7.
- Çöçelli, L.P., Bacaksız, D.B., ve Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58.
- Dahlen, L., Zimmerman, L., & Barron, C. (2006). Pain perception and its relation to functional status post total knee arthroplasty: a pilot study. *Orthopaedic Nursing*, 25(4), 264-269.
- Davis, P.S. (1994). *Nursing the Orthopaedic Patient*. Newyork and Tokyo: Churchill Livingstone; 129-144.
- Demir Dikmen, Y., Yıldırım Usta, Y., İnce, Y., ve ark. (2012). Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(3), 162-171.
- Diñç, L. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(2), 113-119.
- Dinler, S. (2008). *Total diz protezi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası diz fonksiyonel skorları ile ameliyat öncesi ve sonrası psikiyatrik fonksiyonların korelasyonu*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- Erkekol, F.Ö., Numanoğlu, N., Gürkan, Ö.U., ve ark. (2002). Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. *Toraks Dergisi*, 3(3), 307-316.
- Eşer, İ., Khorshid, L., ve Gürol Arslan, G. (2008). Hemşire ve hekimlerin ağrılı hastaya yaklaşımlarına ilişkin hastaların görüşmelerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(1), 1-14.
- Eti-Aslan, F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-15.
- Gillaspie, M. (2010). Better pain management after total joint replacement surgery. *Orthopaedic Nursing*, 29(1), 20-25.
- Kocaman, G. (1994). *Ağrı*. İzmir: Saray Tıp Kitabevi.
- Korean Knee Society. (2012). Guidelines for the management of postoperative pain after total knee arthroplasty. *Knee Surgery & Related Research*, 24(4), 201-207.
- Lee, J.J., Choi, S.S., Lee, M.K., et al. (2012). Effect of continuous psoas compartment block and intravenous patient controlled analgesia on postoperative pain control after total knee arthroplasty. *Korean Journal of Anesthesiology*, 62(1), 47-51.
- Mac Lellan, K. (2004). Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 179-185.
- Mac Lellan, K. (2006). *Management of Pain*. United Kingdom: Nelson Thomas.
- Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2005). Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing*, 6 (1), 18-29.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197.
- Özer, N. (1998). *Postoperatif dönemdeki hastaların ağrısı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Özer, N., ve Bölükbaş, N. (2001). Postoperatif dönemdeki hastaların ağrısı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 8-16.
- Özer, S., Akyürek, B., ve Başbakkal, Z. (2006). Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı*, 18(4), 37-42.
- Parvataneni, H.K., Shah, V.P., Howard, H., et al. (2007). Controlling pain after total hip and knee arthroplasty using a multimodal protocol with local periarticular injections. *The Journal of Arthroplasty*, 22(6), 33.
- Pellino, T.A., Gordon, D.B., Engelke, Z.K., et al. (2005). Use of nonpharmacologic interventions for pain and anxiety after total hip and total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 24(3), 182-189.
- Pillai Riddell, R.R., & Craig, K.D. (2003). Time-contingent schedules for postoperative analgesia: a review of the literature. *The Journal of Pain*, 4(4), 169-175.
- Thorn, M. (1997). A survey of nurses' attitudes towards the assessment and control of postoperative pain. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 30(1), 31-37.
- Wittig-Wells, D.R., Shapiro, S.E., & Higgins, M.K. (2013). Patients experiences of pain in the 48 hours following total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 32(1), 39-44.
- Yakut, Y., Yakut, E., Bayar, K., et al. (2007). Realibility and validity of the Turkish version short-form McGill pain Questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26, 1083-1087.
- Yava, A. (2004). *Postoperatif ağrı tedavisinde hemşirelik uygulamalarının etkinliği*. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, Ankara.

Araştırma makalesi / Research article

İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Faktörler¹

Quality of Life in Primary School Students and Some Influencing Factors

Rabia Sağlam² , Nuran Güler³ 

Yazarların ORCID numaraları/ORCID IDs of the authors:
R.S. 0000-0003-3310-3279; N.G. 0000-0001-7484-5610

¹Bu araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Sağlığı Hemşireliği Programı kapsamında hazırlanmış yüksek lisans tez çalışması olup, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

²Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu/İstanbul

³Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü/Sivas

Sorumlu yazar / Corresponding author:

Rabia SAĞLAM,
E-posta: rabiasaglam@maltepe.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt: 01.08.2019

Kabul tarihi / Date of acceptance: 13.11.2019

Atf / Citation: Sağlam R, Güler R. (2019). İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Faktörler. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(3), 165-172.

ÖZ

Giriş: İlköğretim okulu öğrencilerinin yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, bu yaş grubundaki çocukların bakımında önceliklerin belirlenmesi açısından son derece önemlidir.

Amaç: Bu araştırma ilköğretim okulu öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeylerini ve etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden ve sosyoekonomik yönden farklılık gösteren üç ilköğretim okulunda öğrenim gören 579 öğrenci ve ebeveynleri oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, öğrencinin ve ailenin tanıtıcı özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu ve Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 14.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %52,7'si kız ve yaş ortalaması 9,86 ± 1,29'dur. Öğrencilerin yaşam kalitesi puan ortalamasının 77,32 ± 10,27 olduğu ve en düşük yaşam kalitesi puanının öz saygı alt boyutundan alındığı belirlenmiştir. Öğrencilerin öğrenim görmekte oldukları okullar arasında yaşam kalitesi yönünden fark olduğu (p<0,05) saptanmıştır.

Sonuç: Bu araştırmada beslenme durumu kötü olan, kronik hastalığı olan, akran zorbalığına maruz kalan, anne ya da babası madde kullanan ve geniş ailede yaşayan öğrencilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ailesinin ekonomik durumu ve eğitim seviyesi düşük olan çocukların yaşam kalitesinin diğer çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Okul sağlığı; öğrenci; yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Introduction: Investigating the quality of life of primary school students and the factors affecting them is extremely important for determining the priorities in the care of children in this age group.

Aim: This study was conducted to determine the quality of life in primary school students and some influencing factors.

Methods: The sample of this descriptive study consisted of 579 students and their parents from 3 primary schools with socioeconomic differences. Data of the study were collected by face to face interview method using Personal Information Form which includes the descriptive characteristics of the student and the family, and Health Related Quality of Life Questionnaire for Children. Data obtained from the study were evaluated with SPSS 14.0 package program.

Results: In the study, 52.7 % of students were female and the average age was 9.86 ± 1.29. Students had 77.32 ± 10.27 the mean quality of life scores and the lowest quality of life score of them was in the self-esteem sub-scale. There were differences with respect to quality of life among the schools where the students were studying (p<0.05).

Conclusion: In this study, it was determined that students with poor nutritional status and chronic illness, who exposed to peer bullying, living in extended families, and whose parents used drugs had lower quality of life. The quality of life of children whose parents have poor economic status and low education level was lower than other children.

Keywords: Quality of life; school health; students.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geniş bir tanımlaması yapılan yaşam kalitesi kavramı; bireylerin fiziksel sağlığını, psikolojik iyiliğini, bağımsızlık düzeylerini, sosyal çevre ile olan ilişkilerini ve sosyal uyumlarını içermektedir (Gaspar ve ark., 2009). Yaşam kalitesi sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel pek çok faktör tarafından belirlenmektedir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi kavramı, objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin öznel doyumudur (Dolgun, 2003; Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Eiser ve Morse (2001) tarafından Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK), "bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyumunu ve mutluluğudur" şeklinde tanımlanmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi psikolojik, mental, sosyal ve spiritüel boyutlar gibi hayatın çok yönlü alanlarını kapsayan bir kavram olarak kabul edilmektedir (Eiser ve Morse, 2001). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi iyi olma durumu özellikle çocuklarda ve adölesanlarda son yıllarda ortaya çıkan ve sağlık profesyonellerinin ilgisini çeken bir kavramdır (Gaspar ve ark., 2009). Farklı büyüme ve gelişme evrelerinden geçiyor olmak, sosyal çevre, aile üyelerinin davranış ve tutumları, okul ortamı, öz güven, kişisel mutluluk, başarı, düşük sosyoekonomik durum, akran zorbalığı ve ağrı gibi faktörlerin çocukların yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Sunmaz, 2003; Smith ve Sandhu, 2004; Mares ve Neusar, 2010). Daha önce yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, artmış beden kitle indeksi ve obezitenin de çocuklarda düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Bisegger ve ark., 2005; Pinhas-Hamiel ve ark., 2006; Zeller ve Modi, 2006; Zhang ve ark., 2008; Michel ve ark., 2009).

Gençlikteki yaşam kalitesi yetişkinlik dönemi için temel oluşturmaktadır (Bisegger ve ark., 2005). Hemşireler hasta/sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren ölçüm araçlarını kullanarak bireylerin gereksinimlerine ilişkin bilgiyi bireyin kendisinden alabilir, aldığı bilgiler doğrultusunda sorunların erken belirlenmesini sağlayabilir ve girişimleri etkinliğini değerlendirebilirler (Dolgun, 2003). Aynı zamanda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi desteğe ve profesyonel yardıma ihtiyacı olan çocukların ve ergenlerin belirlenmesine yardımcı olabilir (Haraldstad ve ark., 2010). Çocuk ve adölesanlarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmaları çocukların ve ergenlerin yaşam kalitelerini nasıl algıladıklarını öğrenmeye, çocuk ve ergenlerin ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasını sağlamaya ve olası engellerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olabilir (Ravens-Sieberer ve ark., 2001). Bu nedenle çocuk ve adölesanlarla ilgili yaşam kalitesini inceleyen daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak Türkiye'de ve diğer ülkelerde çocuklara ve adölesanlara odaklanan yaşam kalitesi çalışmalarının yeterli sayıda olmadığı görülmektedir (Bilge, Pektaş ve Ünal, 2004; Dündar ve ark., 2004; Yeşildal ve ark., 2004; Gaspar ve ark., 2009; Michel ve ark., 2009; Mares ve Neusar, 2010). Yapılan yaşam kalitesi çalışmalarının çoğu hasta olan çocuklar veya adölesanlar üzerinde yapılmıştır (Furusho ve ark., 2006; Gundlach ve ark., 2006; De Wit ve ark., 2007; Noyes, 2007). Okul çağı çocuğunun yaşam kalitesini yükseltebilmek için çocukların yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri okul sağlığı hemşiresinin iyi bir şekilde belirleyebilmesi ve bu faktörlere yönelik hemşirelik girişimlerini planlayabilmesi son derece önemlidir.

Amaç

Bu araştırma ilköğretim okulu öğrencilerinin yaşam kalitesini ve etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. İlköğretim okulu öğrencilerinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ne düzeydedir?
2. Öğrencilerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma bir il merkezinde 2011-2012 eğitim-öğretim yarıyılında İl Millî Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarının 2., 3., 4., 5. ve 6. sınıflarında öğrenim gören öğrencilerle yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İl Millî Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarının 2., 3., 4., 5. ve 6. sınıfta öğrenim gören çocuklar ve aileleri oluşturmuştur (N=1746). Araştırmanın örneklemini belirlemek amacıyla İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nün Eylül 2011 verilerine göre il merkezi sosyoekonomik yönden (bölgede oturan ailelerin gelir durumları ve eğitim düzeyleri göz önünde bulundurularak) farklılık

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=579)

Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri	n	%
Okul bölgesinin sosyo-ekonomik özellikleri		
Düşük	187	32,3
Orta	118	20,4
Yüksek	274	47,3
Sınıf		
2.sınıf	111	19,2
3.sınıf	128	22,1
4.sınıf	143	24,7
5.sınıf	127	21,9
6.sınıf	70	12,1
Cinsiyet		
Kız	305	52,7
Erkek	274	47,3
Yaş		
8 yaş	110	19,0
9 yaş	128	22,1
10 yaş	144	24,9
11 yaş	127	21,9
12 yaş	70	12,1
Aile Tipi		
Geniş aile	161	27,8
Çekirdek aile	396	68,4
Parçalanmış aile	22	3,8
Kardeş Sayısı		
Kardeşi yok	31	5,4
1-2 kardeş	380	65,6
3-4 kardeş	84	14,5
5 kardeş ve üzeri	84	14,5

gösteren üç bölgeye (düşük, orta, yüksek) ayrılmıştır. Her bir bölge bir tabaka olarak kabul edilmiştir. Her bir bölgeden (tabakadan) bir okul basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilerek araştırma üç okulda yürütülmüştür ve araştırmanın örneklemini 579 çocuk ve 579 ebeveyn oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak (Bissegger ve ark., 2005; Gaspar ve ark., 2009; Michel ve ark., 2009; Haraldstad ve ark., 2010) hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ve Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formunda araştırmaya katılan ane-babanın eğitim düzeyi, yaşı, meslekleri, sağlık güvencesi, ekonomik durumu, sigara ya da alkol kullanımı ve aile tipine yönelik sorular (11 adet) bulunmaktadır. Ayrıca çocukla ilgili olarak, akrana zorbalığı, beslenme durumu, herhangi bir sporla uğraşp uğraşmadığı, kronik hastalık varlığı ve eğer varsa bu hastalıkla ilgili tedavi görüp görmediğine yönelik sorular (12 adet) yer almaktadır.

Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL): Kid-KINDL ölçeği Almanya'da Ravens-Sieberer ve Bullinger tarafından 1998 yılında geliştirilmiş ve 14 dile çevrilmiştir. Türkiye'de ise Kid-KINDL çocuk formunun Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve ark., (2004) tarafından yapılmıştır. Kid-KINDL ölçeği 24 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin boyutları, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okuldur. Kid-KINDL maddeleri 1'den (asla) 5'e (daima) doğru sıralanmış, Likert tipi ölçüm ile ölçeklendirilmiştir. Sorunun yazım biçimine göre olumsuz yönelimli maddeler (1, 2, 3, 6, 7, 8, 15, 16, 20 ve 24. sorular) tersine çevrilerek puanlanmaktadır. Her bir boyut için maddelere verilen puanların sayılması, 0-100 arasında ölçeklendirilecek şekilde dönüştürülmesi ve özetlenmesi ile puan hesabı yapılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,78 olup, ölçek puanının yükselmesi iyi yaşam kalitesinin göstergesidir (Eser ve ark., 2004).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kapsamına alınan öğrenciler 18 yaşından küçük olduğundan öğrencilerin araştırmaya katılabilmeleri için öncelikle ailelere öğrenciler aracılığıyla bilgilendirilmiş onam formları gönderildi. Çocuğun çalışmaya katılmasına izin veren aileler bilgilendirilmiş onam formunu okuyup imzaladılar ve öğrenciler için hazırlanmış olan kişisel bilgi formunu doldurdular. Verilerin toplanması için Cumhuriyet Üniversitesi etik kurulundan (13.12.2011 tarih ve 2011/022 sayılı karar) ve Erzurum Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlü-

ğünden (31.10.2011 tarih ve B.08.4.MEM.0.24.20.02.604 sayılı karar) gerekli izinler alınmıştır. Öğrencilerin ebeveynlerine bilgilendirilmiş onam formu gönderilmiş ve ailelerden çalışmaya katılım izni alınmıştır. Ayrıca sınıf içinde formlar dağıtılmadan önce araştırma ile ilgili öğrenciler bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Çocukların kendilerine ve ailelerine ait tanımlayıcı özellikleri (annenin/babanın yaşı, eğitim durumu, vb.) eksiksiz olarak doldurmaları güç olabileceğinden, tanıtıcı bilgilerin tamamı ebeveynlerden alındı. Öğrencilere öğrenim gördükleri okulda Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) ölçeği araştırmacı tarafından sınıf içinde dağıtıldı ve dağıtılan ölçekle ilgili gerekli açıklamalar yapılarak veriler toplandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, t testi, ANOVA ve Tukey testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %52,7'si kız ve tüm öğrencilerin yaş ortalaması $9,86 \pm 1,29$ 'dur. Öğrencilerin %24,7'si 4.sınıf ve %24,9'u 10 yaşında olup %68,4'ü çekirdek ailede yaşamaktadır (Tablo 1).

Annelerin %46,5'i ilkökul mezunu ve %60,6'sı 30-39 yaş arasındadır. Babaların %34,4'ü ilkökul mezunu ve %48,4'ü 30-39 yaş arasındadır. Ailelerin %49,9'unun gelirinin giderine eşit ve %95,3'ünün sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin yaşam kalitesi alt boyutlarındaki en yüksek puan ortalamasını ($83,78 \pm 13,40$) aile alanından, en düşük puan ortalamasını ise ($64,92 \pm 21,63$) öz saygı alanından aldıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3'te öğrencilerin eğitim-öğretime devam ettiği okullar arasında toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları yönünden farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında ise 8 ile 12, 9 ile 12, 10 ile 12 ve 11 ile 12 yaşları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0,05$), diğer yaş grupları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$). Ayrıca toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaşam kalitesi toplam puan ortalamasında ve tüm alt boyutlardaki puan ortalamalarında kız öğrenciler ve erkek öğrenciler arasında

Tablo 2. Öğrencilerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (N=579)

Kid-KINDL' Alt Boyutları	Ort. \pm SS
Bedensel İyilik	77,22 \pm 17,95
Duygusal İyilik	80,95 \pm 15,88
Öz Saygı	64,92 \pm 21,63
Aile	83,78 \pm 13,40
Arkadaş	82,24 \pm 15,25
Okul	74,78 \pm 15,92
Toplam	77,32\pm10,27

* Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği
Ort.: Ortalama SS: Standart Sapma

Tablo 3. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (N=579)

Kid-KINDL' Alt Boyutları	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Öz saygı	Aile	Arkadaş	Okul	Toplam
Sosyodemografik Özellikler							
Cinsiyet	Ort.±SS	Ort.±S.S	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Kız (n:305)	76,61±18,22	80,30±16,54	64,56±21,83	84,22±14,08	81,90±16,11	74,73±15,50	77,05±10,73
Erkek (n:274)	77,89±17,65	81,68±15,11	65,32±21,45	83,30±12,61	82,61±14,25	74,84±16,41	77,61±9,74
	t:0,85 p:0,393	t:1,04 p:0,298	t:0,42 p:0,674	t:0,82 p:0,411	t:0,56 p:0,575	t:0,08 p:0,936	t:0,64 p:0,519
Yaş							
8 yaş (n: 110)	76,30±18,49	79,94±16,57	60,62±21,57	83,23±14,11	81,81±13,15	78,63±14,69	76,76±10,36
9 yaş (n: 128)	78,66±18,41	82,17±15,27	66,60±20,96	85,74±11,00	81,98±14,02	78,66±14,93	78,97±9,20
10 yaş (n: 144)	80,25±17,43	81,33±15,76	69,35±19,12	83,94±13,82	84,50±13,86	74,86±15,10	79,04±9,88
11 yaş (n: 127)	76,27±16,82	81,59±15,95	65,84±21,48	83,56±14,19	83,71±15,00	71,60±17,01	77,09±10,83
12 yaş (n: 70)	71,51±18,14	73,39±16,05	57,85±25,46	81,16±13,77	76,07±21,22	67,23±15,61	72,03±10,06
	F:3,20 p:0,013	F:0,82 p:0,508	F:4,83 p:0,001	F:1,41 p:0,227	F:4,06 p:0,003	F:9,20 p:0,001	F:6,82 p:0,001
Aile Tipi							
Geniş aile (n: 161)	72,98±19,32	79,15±17,52	64,55±21,71	83,57±14,09	82,41±15,72	74,37±17,28	76,17±11,05
Çekirdek aile (n: 396)	78,96±17,14	81,67±15,18	65,49±21,77	83,93±12,92	82,74±14,26	75,06±15,21	77,98±9,86
Parçalanmış aile (n: 22)	76,98±17,40	81,25±15,06	57,38±17,53	82,67±17,02	71,87±23,99	72,72±18,55	73,81±10,62
	F:6,47 p:0,002	F:1,45 p:0,235	F:1,50 p:0,224	F:0,11 p:0,888	F:5,39 p:0,005	F:0,29 p:0,744	F:3,11 p:0,045
Kardeş Sayısı							
Kardeşi yok (n:31)	78,62±20,71	83,46±15,44	57,45±23,57	84,47±12,59	78,83±20,39	80,24±15,23	77,18±10,68
1-2 kardeş (n:380)	78,71±17,27	81,23±15,74	66,34±20,62	84,47±12,83	83,25±14,17	75,31±15,70	78,22±9,92
3-4 kardeş (n:84)	73,66±19,69	80,65±15,11	64,28±22,13	84,64±13,17	81,84±16,65	74,10±14,19	76,53±9,96
5 kardeş ve üzeri (n:84)	75,51±17,34	79,09±14,42	61,90±24,24	79,53±15,71	79,31±16,05	71,05±18,09	74,06±11,38
	F:3,27 p:0,021	F:0,69 p:0,557	F:2,36 p:0,070	F:3,33 p:0,019	F:2,13 p:0,094	F:2,96 p:0,031	F:4,00 p:0,008
Gelir Durumu							
Geliri giderinden az (n: 227)	74,86±18,55	79,18±16,17	59,69±20,11	81,27±13,50	78,52±16,46	72,60±16,01	74,35±9,88
Geliri giderine eşit (n: 289)	79,77±16,55	82,37±15,40	68,14±21,82	85,66±12,43	84,92±13,89	76,42±15,58	79,55±9,86
Geliri giderinden fazla (n: 63)	74,00±19,99	80,85±16,53	69,04±22,63	84,22±15,90	83,33±14,11	75,09±16,47	77,76±10,95
	F:6,00 p:0,003	F:2,58 p:0,077	F:11,37 p:0,000	F:6,97 p:0,001	F:11,80 p:0,000	F:3,71 p:0,025	F:17,23 p:0,000
Okul Bölgesi							
Sosyo-ekonomik yönden kötü bölge okulu (n:187)	71,22±19,14	76,00±17,20	56,35±21,19	78,14±14,86	77,94±16,16	70,68±17,03	71,72±9,82
Sosyo-ekonomik yönden orta bölge okulu (n:118)	80,77±16,94	82,04±15,79	63,13±21,54	86,86±10,88	80,72±16,67	76,00±14,50	78,25±9,65
Sosyo-ekonomik yönden iyi bölge okulu (n:274)	79,79±16,51	83,87±14,12	71,55±19,75	86,31±12,11	85,83±12,99	77,05±15,22	80,73±9,17
	F:16,38 p:0,000	F:14,65 p:0,000	F:30,83 p:0,000	F:26,74 p:0,000	F:16,45 p:0,000	F:9,58 p:0,000	F:50,87 p:0,000

* Çocuklar için genel amaçlı sağlıklı ilgili yaşam kalitesi ölçeği

** p < 0,05

Ort.: Ortalama

SS: Standart Sapma

t: Independent Sample t Test

F: Frekans

cinsiyet farklılıkları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 3).

Akran zorbalığına maruz kalan ve kalmayan öğrencilerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okul puanı ve toplam puan yönünden farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$) diğer alt boyutlarda farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran zorbalığına maruz kalan öğrencilerin en düşük puanı ($63,89 \pm 19,66$) öz saygı alanından, en yüksek puanı ($81,43 \pm 11,81$) aile alanından aldıkları görülmektedir. Kronik hastalık durumlarına göre öğrencilerin yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bedensel iyilik, aile ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması yönünden farklılık anlamlı bulunurken ($p<0,05$), ölçeğin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamsız fark olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Kronik hastalığı olan çocukların en düşük puan ortalamasını bedensel iyilik ($60,06 \pm 25,46$) ve öz saygı alanından ($60,06 \pm 25,28$), en yüksek puan ortalamasını ise ($82,29 \pm 13,08$) arkadaş alanından aldıkları görülmektedir (Tablo 4).

Anne eğitim durumuna göre öğrencilerin bedensel iyilik, öz saygı, aile, arkadaş, okul alt boyutları ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Baba eğitim durumuna göre öğrencilerin bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş, okul alt boyutları ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılığın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca bedensel iyilik ve aile alt boyutlarında sigara kullanan annelerin çocuklarının kullanmayan annelerin çocuklarına göre daha düşük yaşam kalitesi puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Okul alt boyutunda ve toplam puan ortalamasında sigara kullanan babaların çocuklarının kullanmayan babaların çocuklarına göre daha düşük yaşam kalitesi puanına sahip oldukları görülmektedir. Alkol kullanan babaların çocukları alkol kullanan babaların çocuklarına göre öz saygı, aile, arkadaş, okul alt boyutlarında ve toplam puan ortalamasında daha yüksek yaşam kalitesi puanı bildirmişlerdir (Tablo 5).

Tartışma

Bu çalışmada sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yönünden cinsiyetler arası farklılık olmadığı belirlenmiştir. Michel ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi yönünden cinsiyet farklılıklarının 11-14 yaş arasında ortaya çıktığını, yaş arttıkça bu yaş grubunda yer alan erkek öğrencilerin kız öğrencilerden daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu bildirmektedir. Bisegger ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir çalışmada her iki cinsiyette de sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yönünden negatif yönde sapmanın 12 yaş civarında olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada da öğrencilerin 238'inin 8-10 yaş grubunda olduğu göz önünde bulundurulursa, yaşam kalitesi yönünden cinsiyet farklılıklarının olmaması çalışmaya katılan öğrencilerin bir kısmının çocukluk yaş döneminde olmaları ile açıklanabilir.

Çocuklar ve adölesanlarla yapılan bir çalışmada artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmektedir (Bisegger ve ark., 2005). İspanya'daki çocuklar ve adölesanlarda yapılan bir çalışmada özellikle 10-14 yaş arasındaki çocuk ve adölesanlarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin pek çok yönünde azalma olduğu görülmüştür (Palacio-Vieira ve ark., 2008). Bu sonuçlar araştırma sonuçları ile paralellik göstermekte ve çalışmaya katılan öğrencilerde özellikle 8 yaş ile 12 yaş arasında yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarındaki puan ortalamaları farklılığı dikkati çekmektedir.

Aile tipi çocukların ve adölesanların yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir değişkendir (Yayan, 2009). Öğrencilerin aile tipine göre

Kid-KINDL puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel iyilik ve arkadaş alt boyutları ile toplam puan ortalaması yönünden çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının diğer aile tipinde yaşayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yayan'ın (2009) çalışmasında çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin yaşam kalitelerinin sosyal işlevsellik, okul işlevsellik ve psikososyal alanlarda yüksek olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda çekirdek ailede yaşayan çocukların aileleri, çocuklarının daha az davranışsal ve duygusal problem yaşadıklarını ve daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını bildirmişlerdir (Landgraf, Abetz ve Ware, 1996; Spurrier ve ark. 2003). Bu çalışmada çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin yaşam kalitesinin daha iyi olması, geniş ya da parçalanmış ailelerdeki ebeveynlere göre çekirdek ailedeki ebeveynlerin çocuklarının fiziksel ve emosyonel ihtiyaçlarını daha iyi karşılamaları ve çocuklarının bakımına daha fazla özen göstermeleri ile açıklanabilir.

Çalışmada ailelerin ekonomik durumlarının öğrencilerin yaşam kalitelerine etkisi incelenmiş ve en düşük puana ($59,69 \pm 20,11$) öz saygı alt boyutunda geliri giderinden az olan ailelerin çocuklarının sahip olduğu belirlenmiştir. Ravens-Sieberer ve ark. (2008) farklı sosyodemografik ve sosyoekonomik gruplarda daha yüksek sosyal statüye sahip olan çocukların yaşam kalitesi puanlarının orta ve düşük sosyal statüye sahip bütün çocuklardan elde edilen toplam yaşam kalitesi puanlarından daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik durum algısının çocukların ve adölesanların sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tüm boyutlarını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Bisegger ve ark., 2005; Ravens-Sieberer ve ark., 2005; Rueden ve ark., 2006; The Kidscreen Group Europe, 2006). Gaspar ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada orta/yüksek sosyoekonomik duruma sahip çocukların yaşam kalitesi puanlarının düşük sosyoekonomik duruma sahip çocukların puanlarından daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar yapılan çalışmalarla paralellik göstermekte, aile gelir durumunun çocuğun yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin öğrenim görmekte oldukları okulların yaşam kalitelerini etkilediği belirlenmiştir. Öğrencilerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları yönünden en düşük yaşam kalitesine sahip oldukları okulun sosyoekonomik yönden kötü bölge okulu olduğu saptanmıştır. Yayan (2009), yaptığı çalışmada özellikle okul ve okulla ilişkili alanların yaşam kalitesini etkilediğini belirlemiştir. Aynı zamanda sosyoekonomik yönden kötü bölge okuluna devam eden öğrencilerin aile gelir durumlarının ve ebeveynlerinin eğitim durumlarının, diğer okullara devam eden öğrencilerinkinden daha düşük olduğu bilinmekte ve bu faktörlerin öğrencilerin yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü aile, bireylerin pek çok ihtiyacının karşılandığı ilk yerdir ve destekleyici bir aile çevresi yaşam kalitesinin gelişmesinde önemli bir yere sahiptir (Özmete, 2010).

Çalışmada öğrencilerin akran zorbalığına maruz kalma durumlarının yaşam kalitelerine etkisi incelenmiş ve okul alt boyutu ile toplam yaşam kalitesi puan ortalaması yönünden akran zorbalığına maruz kalanların kalmayanlara göre daha düşük yaşam kalitesi puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Espelage ve Swearer (2003) zorbalığın kişisel ve kişiler arası faktörler sonucu geliştiğini, aile, arkadaş grupları ve toplumun bu faktörlerden etkilendiğini, zorba davranışlarda öğrencinin yaşı ve cinsiyeti gibi bireysel özellikleri ile kültürel özellikleri, aile ile ilgili faktörler ve çocuğun benlik kavramı gibi özelliklerinin etkili olduğunu bildirmektedir. Çalışmaya katılan

öğrencilerin en düşük yaşam kalitesi puan ortalamasını (64,92 ± 21,63) öz saygı alt boyutunda aldıkları göz önüne alındığında, akran zorbalığının nedenleri arasında sayılan benlik kavramının öğrencilerin zorbalık davranışlarını etkileyen bir faktör olduğu düşünülebilir. Arslan (2008) çalışmasında akran zorbalığına karışmayan öğrencilerin öz saygı puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğunu belirlemiştir. Çalışmalar zorbalığın ergenlik dönemine göre çocukluk döneminde genellikle daha sık olduğunu (Rigby, 2000; Newman, Holden ve Delviller, 2005), kız ve erkek adolesanlarda "sosyal kabul/zorbalık" alanında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanlarının yüksek olmasının bu duruma karşılık gelen bir bulgu olduğunu göstermektedir (Michel ve ark., 2009). Bu bulgular doğrultusunda, öğrencilerin 8-12 yaş grubunda olmaları nedeniyle akran zorbalığının öğrencilerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Öğrencilerin kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan öğrencilerin bedensel iyilik ve aile alt boyutları ile toplam yaşam kalitesi puan ortalaması yönünden kronik hastalığı olan öğrencilere göre daha yüksek yaşam kalitesi puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır. Durualp ve arkadaşlarının (2010) kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ergenlerin yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, kronik hastalığı olmayan çocukların ve ergenlerin fiziksel sağlık ve psikososyal sağlık alanında kronik hastalığı olan çocuklara göre daha yüksek yaşam kalitesi puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Gerson ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, kronik böbrek hastalığı

olan çocukların fiziksel, okul, duygusal ve sosyal alanlardaki fonksiyonlarının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya her bölgeden sadece bir okulun dahil edilmesi bu araştırmanın sınırlılığdır.

Sonuç

Bu çalışmanın sonucunda; öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının orta düzey olduğu ve öğrencilerin en düşük yaşam kalitesi puanına öz saygı alt boyutunda sahip olduğu belirlenmiştir. Sosyoekonomik yönden kötü bölge okullarında okuyan öğrencilerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan öğrencilerde yaşam kalitesi puan ortalamaları yönünden cinsiyetler arasında farklılık olmadığı belirlenmiş olup, akran zorbalığına maruz kalan, anne ya da babası madde kullanan ve ebeveynleri okur-yazar olmayan öğrencilerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Beslenme durumu iyi olan öğrenciler beslenme durumu kötü olan öğrencilere göre, kronik hastalığı olmayan öğrenciler kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek yaşam kalitesi bildirmişlerdir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; öğrencilerin yaşam kalitelerini etkileyen faktörlere ilişkin öğretmenlere ve ailelere seminerler verilmesi önerilebilir. Ayrıca, okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının öğrencilerin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri araştırılabilir ve bu çalışma daha fazla sayıda öğrenci ile farklı yaş gruplarında yapılabilir.

Tablo 4. Öğrencilerin Akran Zorbalığı, Beslenme ve Kronik Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (N=579)

Kid-KINDL' Alt Boyutları	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Öz saygı	Aile	Arkadaş	Okul	Toplam
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Akran Zorbalığı							
Maruz Kalan (n: 67)	73,97±18,51	77,79±15,73	63,89±19,66	81,43±11,81	78,91±15,22	69,86±17,37	74,31±10,18
Maruz Kalmayan (n: 512)	77,64±18,85	81,37±15,86	65,06±21,89	84,09±13,58	82,67±15,21	75,42±15,63	77,71±10,22
	t:1,57	t:1,73	t:0,41	t:1,52	t:1,90	t:2,70	t:2,55
	p:0,115	p:0,083	p:0,679	p:0,127	p:0,058	p^{**}:0,007	p:0,011
Beslenme Durumu							
İyi (n:287)	78,28±16,96	80,81±15,28	65,48±21,41	85,66±13,49	83,18±14,80	75,76±15,76	78,09±10,09
Orta (n:261)	75,98±19,22	81,20±16,36	64,53±22,27	82,51±13,18	81,20±15,80	74,56±15,81	76,66±10,43
Kötü (n:31)	77,82±15,38	80,24±17,61	63,10±18,49	82,66±13,76	82,25±14,53	67,54±16,88	75,60±10,26
	F:1,14	F:0,07	F:0,24	F:2,58	F:1,15	F:3,80	F:1,78
	p:0,318	p:0,929	p:0,781	p:0,076	p:0,315	p:0,023	p:0,168
Kronik Hastalık							
Var (n: 18)	60,06±25,46	75,00±18,31	60,06±25,28	76,38±15,39	82,29±13,08	69,44±18,67	70,54±10,92
Yok (n: 561)	77,77±17,41	81,14±15,77	65,08±21,51	84,02±13,28	82,24±15,32	74,95±15,82	77,53±10,18
	t:4,17	t:1,61	t:0,96	t:2,38	t:0,01	t:1,44	t:2,86
	p:0,000	p:0,106	p:0,333	p:0,017	p:0,989	p:0,149	p:0,004

* Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği ** p< 0,05

Ort.: Ortalama

SS: Standart Sapma

t: Independent Sample t Test

F: Frekans

Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (N=579)

Kid-KINDL' Alt Boyutları	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Öz saygı	Aile	Arkadaş	Okul	Toplam
Sosyodemografik Özellikler	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Anne eğitimi							
Okur-yazar değil (n: 64)	68,65±19,33	76,95±16,88	54,68±21,62	76,85±15,37	75,78±15,68	68,55±18,66	70,24±10,11
Okur-yazar (n: 41)	73,78±17,79	81,40±15,96	60,97±19,85	82,16±15,28	78,81±15,17	77,28±15,42	75,73±10,21
İlkokul (n: 269)	78,29±17,03	80,50±15,71	65,31±21,54	84,27±12,56	82,13±16,06	73,81±15,80	77,38±9,87
Ortaokul (n: 71)	76,14±18,15	81,69±16,74	65,84±20,77	84,06±12,17	83,45±12,54	75,08±14,61	77,71±9,91
Lise (n: 105)	81,19±17,08	83,63±14,48	69,82±21,36	85,17±13,37	85,95±13,10	77,97±14,86	80,62±9,94
Üniversite (n: 29)	79,31±20,25	81,89±16,98	69,61±21,30	91,16±10,89	85,99±15,36	81,68±13,14	81,60±8,56
	F:4,71 p*:0,000	F:1,51 p:0,183	F:4,67 p:0,000	F:5,83 p:0,000	F:4,53 p:0,000	F:4,42 p:0,001	F:10,22 p:0,000
Baba eğitimi***							
Okur-yazar değil (n: 20)	66,25±18,84	75,31±16,77	54,37±19,03	82,81±10,89	78,43±15,63	65,00±13,66	70,36±8,67
Okur-yazar (n: 30)	67,50±21,42	72,91±22,04	60,41±21,42	78,12±17,96	73,54±20,41	76,87±15,41	71,56±10,60
İlkokul (n: 199)	77,32±16,97	81,43±15,07	60,80±21,80	81,43±14,23	80,46±15,35	73,24±16,46	75,78±10,05
Ortaokul (n: 99)	77,77±16,70	80,05±15,03	64,52±20,00	86,11±12,35	84,09±12,41	76,38±15,19	78,15±9,67
Lise (n: 158)	79,86±17,65	83,10±14,78	69,02±21,10	85,68±11,51	83,93±15,34	75,19±15,82	79,46±9,78
Üniversite (n: 73)	77,48±19,17	81,07±17,24	72,60±21,71	85,53±13,41	85,83±15,04	77,73±15,41	79,99±10,75
	F:4,06 p:0,001	F:2,76 p:0,018	F:5,87 p:0,000	F:3,87 p:0,002	F:4,21 p:0,001	F:2,75 p:0,018	F:7,51 p:0,000
Annenin sigara kullanma durumu							
Sigara kullanıyor (n:78)	72,27±19,98	81,41±16,39	66,50±22,45	79,08±15,63	81,49±15,22	71,87±16,66	75,44±10,66
Sigara kullanmıyor (n:501)	77,99±17,51	80,88±15,81	64,68±21,52	84,51±12,89	82,36±15,27	75,23±15,77	77,61±10,19
	t:2,63 p:0,009	t:0,27 p:0,787	t:0,69 p:0,489	t:3,35 p:0,001	t:0,46 p:0,640	t:1,73 p:0,083	t:1,74 p:0,082
Babanın sigara kullanma durumu*							
Sigara kullanıyor (n:328)	76,56±19,03	80,08±16,85	64,11±21,81	83,15±13,46	82,05±16,21	72,88±16,28	76,47±10,69
Sigara kullanmıyor (n:242)	78,35±16,33	81,99±14,54	66,08±21,29	84,91±13,06	82,43±13,87	77,40±15,08	78,53±9,55
	t:1,18 p:0,238	t:1,41 p:0,157	t:1,07 p:0,282	t:1,56 p:0,118	t:0,30 p:0,764	t:3,37 p:0,001	t:2,37 p:0,018
Babanın alkol kullanma durumu*							
Alkol kullanıyor (n:30)	72,08±19,12	77,08±19,16	51,25±25,97	76,04±17,83	73,95±20,76	69,16±18,85	69,93±11,08
Alkol kullanmıyor (n:540)	77,61±17,85	81,11±15,72	65,71±21,09	84,34±12,89	82,67±14,77	75,11±15,71	77,76±10,07
	t:1,64 p:0,100	t:1,34 p:0,178	t:3,60 p:0,000	t:3,35 p:0,001	t:3,06 p:0,002	t:1,99 p:0,046	t:4,12 p:0,000

* Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği

** p< 0,05

*** Öğrencilerin 9'unun babası vefat ettiği için n 570 olarak alınmıştır.

Ort.: Ortalama

SS: Standart Sapma

t: Independent Sample t Test

F: Frekans

Kaynaklar

- Arslan, Ö.S. (2008). *Lise Öğrencilerinde Öz-Kavram ve Aile İlişisinin Akran Zorbalığına Etkisi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Bilge, A., Pektaş, İ., Ünal, G. (2004). Yetiştirme yurtlarında kalan gençlerin ruhsal durumlarının yaşam kalitelerine etkilerinin incelenmesi. 1. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı*, 8-10 Nisan, İzmir, 92s.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U. et al. (2005). Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. *Sozial und Preventivmedizin*, 50(5), 281–291.
- De Wit, M., Delemarre-van de Waal, H.A., Pouwer, F. et al. (2007). Monitoring health related quality of life in adolescents with diabetes: A review of measures. *Arch Disability Child*, 92(5), 434-9.
- Dolgun, G. (2003). *Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geliştirilmesi*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Dündar, P.E., Baydur, H., Bilge, B. ve ark. (2004). Çalışan ergenlerin yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. 1. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı*, 8-10 Nisan, İzmir, 63s.
- Durualp, E., Kara, F.N., Yılmaz, V. ve ark. (2010). Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 63(2), 55-63.
- Eiser, C. ve Morse, R. (2001). A review of measure of quality of life in children with chronic illness. *Arch Disability Child*, 84, 205-211.
- Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H. ve ark. (2004). Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu Türkçe Sürümü Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları. 1. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı*, 8-10 Nisan, İzmir, 79.
- Espelage, D.L. & Swearer, S.M. (2003). Research on school bullying and victimization: what have we learned and where do we go from here? *School Psychology Review*, 32, 365–383.
- Furusho, J., Kubagawa, T., Satoh, H. et al. (2006). Study of the Kid-KINDL Questionnaire Scores for children with developmental disorders in normal classes and their parents. *No to Hattatsu*, 38(3), 183-6.
- Gaspar, T., Matos, M., Pais, R. et al. (2009). Health related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9, 1, 33-48.
- Gerson, A.C., Wentz, A., Abraham, A.G. et al. (2010). Health related quality of life children with mild to moderate chronic kidney disease. *Pediatrics*, 125(2), 349- 357.
- Gundlach, S., Wurz, J., Schmutzer, G. et al. (2006). Health-related quality of life of siblings of children with type 1 diabetes mellitus. *Dtsch Med Wochenschr*, 19;131(20), 1143-8.
- Haraldstad, K., Christophersen, K.A., Eide, H. et al. (2010). Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: A School Survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3048-3056.
- Kurt, A.S. ve Çetinkaya, Ş. (2008). Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8), 35-55.
- Landgraf, J.L., Aabetz, L. & Ware, J.E. (1996). *The CHQ User's Manual*, Boston: The Health Institute. New England Medical Center.
- Mares, J. & Neusar, A. (2010). Silent voices: Children's quality of life concepts. *Studia Psychologica*, 52(2), 81-100.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D.C. et al. (2009). The KINDSCREEN Group: Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A Multilevel Analysis. *Quality of Life Research*, 18(9), 1147-1157.
- Newman, M.L., Holden, G.W. & Delville, Y. (2005). Isolation and the stress of being bullied. *Journal of Adolescence*, 28(3), 343–357.
- Noyes, J. (2007). Comparison of ventilator-dependent child reports of health-related quality of life with parent reports and normative populations. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 1-10.
- Özmete, E. (2010). Aile yaşam kalitesi dinamikleri: Aile iletişimi, ebeveyn sorumlulukları, duygusal refah, fiziksel / materyal refahın algılanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11), 455-465.
- Palacio-Vieira, J.A., Villalonga-Olives, E., Valderas, J.M., et al. (2008). Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Quality of Life Research*, 17(10), 1207– 1215.
- Pinhas-Hamiel, O., Singer, S., Pilpel, N. et al. (2006). Health-related quality of life among children and adolescents: Associations with obesity. *Int. J. Obes (Lond)*, 30(2), 267-72.
- Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the german KINDL: First psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7(5), 399-407.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., et al. (2001). Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Sozial- und Preventivmedizin*, 46, 294–302.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, E. et al. (2005). KIDSCREEN-52 Quality of life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353-364.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N. et al. (2008). Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: Results of the BELLA Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17, 148–156.
- Rigby, K. (2000). *Bullying in childhood*. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development* (pp. 549–568). Oxford: Blackwell.
- Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L. et al. (2006). Socioeconomic determinants of health-related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 130-135.
- Smith, C. & Sandhu, D.S. (2004). Toward a positive perspective on violence prevention in schools: Building connections. *Journal of Counseling & Development*, 82 (3), 287 – 293.
- Spurrier, N.J., Sawyer, M.G., Clark, J.J. et al. (2003). Socio-Economic differentials in the health-related quality of life of Australian children: Results of a National Study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 27-33.
- Sunmaz, D. (2003). *Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- The KIDSCREEN Group Europe, (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires: Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents* (Germany, Pabst Science Publishers).
- Yayan, E.H. (2009). *Malatya İl Merkezinde İlköğretim 6.7.8. Sınıflarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Belirlenmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Yeşildal, N., Yılmaz, E., Ünver, G. ve ark. (2004). Konuralp Beldesi İlköğretim Okullarında yaşam kalitesi değerlendirmesi. 1. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı*, 8-10 Nisan, İzmir, 40s.
- Zeller, M.H. & Modi, A.C. (2006). Predictors of health-related quality of life in obese youth. *Obesity (Silver Spring)*, 14, 122–13.
- Zhang, L., Fos, P.J., Johnson, W.D. et al. (2008). Body mass index and health related quality of life in elementary school children: A pilot study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 77.

Sistemik derleme / Systematic review

Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı ve Kusmanın Yönetiminde Akupres Uygulamasının Etkinliği: Sistemik Derleme

The Efficiency of the Acupressure in the Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Systematic Review

Satu Tufan¹  Demet İnangil² 

Yazarların ORCID numaraları/ORCID IDs of the authors:
S.T. 0000-0003-2630-1314; D.İ. 0000-0002-5389-5691

¹Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı/Karabük

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı/İstanbul

Sorumlu yazar / Corresponding author:

Satu Tufan,
E-posta: satutfn@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 24.05.2019

Kabul tarihi / Date of acceptance: 06.11.2019

Atf / Citation: Tufan S, İnangil D. (2019). Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı ve Kusmanın Yönetiminde Akupres Uygulamasının Etkinliği: Sistemik Derleme. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(3), 173-182.

ÖZ

Giriş: Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusma onkoloji hastalarında görülen en yaygın ve en rahatsız edici iki semptomdur. Onkoloji hemşirelerinin bu semptomların yönetiminde önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Amaç: Bu sistemik derleme kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın yönetiminde akupres uygulamasının etkinliğini araştıran çalışmaları sistemik olarak incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Sistemik derlemede PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols) rehber esas alınmıştır. Araştırma veri tabanları olarak PUBMED, Google Akademik ve YÖK Tez Merkezi kullanılmıştır. Derlemede "acupressure", "chemotherapy", "nausea", "vomiting", "nursing" ve "therapy" anahtar kelimeleri kullanılarak tarama yapılmıştır. Bu sistemik derlemeye; yayın dili Türkçe ya da İngilizce olan, kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın yönetiminde P6 noktasına akupres uygulanan, son on yılda yayınlanmış olan (2009-2019) ve tam metnine ulaşılabilen araştırmalar dahil edilmiştir.

Bulgular: Sistemik derlemeye altı adet deneysel araştırma, beş adet yarı-deneysel araştırma olmak üzere toplam 11 çalışma (1029 katılımcı) dahil edilmiştir. Çalışmaların dört tanesi bilek bandı ile akupres uygulamasının etkili, üç tanesi ise etkisiz olduğunu bildirmiştir. Parmak kullanarak basınç yöntemiyle akupres uygulayan çalışmaların üçü uygulamanın etkili, biri ise etkisiz olduğunu belirtmiştir.

Sonuç: Çalışmalar onkoloji hemşirelerinin kemoterapi alan hastalarda tedaviye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın yönetiminde noninvaziv, güvenli ve etkin bir uygulama olarak akupresi kullanabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Acupressure; bulantı; hemşirelik; kemoterapi.

ABSTRACT

Introduction: Chemotherapy related nausea and vomiting are the most common and disturbing the two symptoms observed in oncology patients. Oncology nurses have important roles and responsibilities in the management of these symptoms.

Aim: This systematic review was conducted to investigate systematically the studies that assess the efficiency of the acupressure in the management of chemotherapy related nausea and vomiting.

Method: The population of this review consisted of 154 articles which were obtained by searching on "PUBMED" database and "Google Scholar" and "YOKSIS Theses in Turkey". In this review, the studies were selected as full texts by searching with key words "acupressure", "chemotherapy", "nausea", "vomiting", "nursing" and "therapy" and they were published in English and Turkish languages in the last decade (2009-2019).

Results: The sample of the study comprised 11 articles that the number of participants was 1029. Four of the studies that applied the wrist band to the P6 point and three of the studies that applied the finger pressure to the P6 point reported that it was effective in the management of chemotherapy related nausea and vomiting symptoms. Three of the studies that applied the wrist band to the P6 point and one of the studies that applied the pressure to the P6 point reported that it was not effective for the management of chemotherapy-related nausea and vomiting symptoms.

Conclusion: Oncology nurses can use acupressure as a non-invasive, safe and effective application for the management of chemotherapy-related nausea and vomiting symptoms.

Keywords: Acupressure; chemotherapy; nausea; nursing.

Giriş

Modern ve bilimsel tedaviler dışındaki tedaviler "geleneksel tıp" olarak adlandırılır (Tokaç, 2013). Geleneksel tıp terimi içinde alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri yer almaktadır. Alternatif tedaviler modern tıbbın yerine kullanılırken, tamamlayıcı tedaviler modern tıp ile birlikte ve etkisini azaltmadan, hastanın iyileşmesine yardım etmek amacıyla kullanılmaktadır (Topçu, 2009). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) sağlığın sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi veya tedavisinde kullanılabilen, farklı kültürlerin yerel deneyimleri, inançlarına ve teorilerine dayalı, açıklanabilir veya açıklanamayan bilgi, yetenek ve uygulamaların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Tokaç, 2013).

Sağlık bakım alanlarındaki GETAT uygulamalarında hemşireler oldukça önemli bir role sahiptir (Lindquist, Tracy, ve Snyder, 2018). Hemşirelik bakımı ile tamamlayıcı tedavilerin temel felsefesi örtüşmektedir. Bütüncül bakım ile bireyin sağlığının yükseltilmesinde ve öz bakım gücünün desteklenmesinde bu tedavilerden yararlanılabilir (Tokaç, 2013; Velioğlu, 2012). GETAT uygulamalarının bazıları temel hemşirelik girişimlerinin içinde yer alırken, bazıları ise uygulamadan önce özel eğitim alınmasını gerektirir. Uluslararası Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması'na (Nursing Intervention Classification-NIC) göre iyileştirici dokunma, masaj, müzik terapisi lisans mezunu hemşireler tarafından; akupres, aromaterapi, biyolojik geribildirim ve reiki lisans mezuniyeti sonrası ayrıca konusunda eğitim alan hemşireler tarafından uygulanabilen tamamlayıcı tıp yöntemlerindedir (Bulechek ve ark., 2017).

Bütüncül hemşirelik girişimleri ve GETAT uygulamaları içinde yer alan akupres uygulaması, doğuştan var olan ve yaşam ile artan tüm vücuttaki enerji akışının yenilenmesi ve düzelmesi esasına dayanır (Akça ve Taşçı, 2011). Akupres uygulaması vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde yer alan noktalara, akupunkturda olduğu gibi iğne kullanmaksızın parmak, avuç içi veya bilek bantlarıyla basınç uygulayarak enerji kanallarının düzgün çalışmasını sağlayan bir tamamlayıcı tıp yöntemidir (Hosseinabadi ve ark., 2015; Wagner, 2015). İnvaziv bir girişim olmadığı için en az düzeyde risk içerir ve bu nedenle hemşirelik uygulamalarında kullanılabilir (Hakverdioğlu ve Türk, 2006; Wagner, 2015). Literatür incelendiğinde hemşirelerin birçok alanda özellikle onkoloji hastalarında semptom yönetiminde akupres uygulamasının etkinliğini araştırdıkları çalışmalara rastlanmaktadır (Noroozinia ve ark., 2013; Silva ve ark., 2016). Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi ilaçlarının yan etkileri nedeniyle ortaya çıkan semptomlar, tedavinin devamlılığını, hastaların yaşam kalitesini, morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir (Beikmoradi ve ark., 2015;

Tarakçıoğlu Çelik, 2016).

Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın onkoloji hastalarında görülen en yaygın ve en rahatsız edici iki semptom olduğu bilinmektedir (Demir, 1996; Mustian ve ark., 2011). Bu iki semptom başlangıç zamanına göre akut ve gecikmiş olarak adlandırılmaktadır (Özdelikara ve Arslan, 2017). Akut bulantı ve kusma, kemoterapi tedavisinden hemen sonra veya birkaç saat sonra başlamakta ve en geç 24 saate kadar sürmektedir. Gecikmiş bulantı ve kusma ise kemoterapi tedavisinden 24 saat sonra başlamakta, en sık 2-3. günlerde görülmekte ve 6-7. günlere kadar sürmektedir (Lohr, 2008).

Bulantı ve kusmanın önlenmesi için iki adet akupunktur noktası vardır. Bunlardan biri perikardium 6 (P6 veya Nei Guan), diğeri ise mide 36 (ST36 veya Zusanli) olarak bilinmektedir (Genç, Can ve Aydiner, 2013). Perikardial meridyenin 6. noktası olan P6 uygulama kolaylığı nedeniyle en çok kullanılan noktadır (Ezzo ve ark., 2006). El bileğinin iç kıvrımından üç parmak uzaklıkta, fleksör karpi radialis ve palmaris longus tendonları arasında yer alır (Genç ve ark., 2013; Yeoh ve ark., 2016). P6 noktasına bilek bandı veya parmak kullanarak basınç yöntemleriyle akupres uygulanabilmektedir. Bilek bandı farklı boyutlarda olup, iç yüzeyinde yuvarlak bir yarım küre ile P6 noktasına basınç uygulayabilecek şekilde geliştirilmiştir. Aynı bilek bandının iç yüzeyinde yarım küresiz olan şekli ise plasebo uygulamalarda kullanılmaktadır (Noroozinia ve ark., 2013). Parmak kullanarak basınç yöntemi ile uygulanan akupres uygulamasının plasebosu ise etkisiz basınç uygulanarak yapılmaktadır (Altunbaş Balcı, 2018) Çalışmalar, bu yöntemlerle akupres uygulamasının gerçek ve plasebo etkisini incelemektedirler (Said, 2009; Genç ve ark., 2013; Molassiotis ve ark., 2014; Altunbaş Balcı, 2018; Dupuis ve ark., 2018).

İlgili literatür incelendiğinde onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın yönetiminde akupres uygulamasının hemşireler tarafından kullanıldığı bilinmektedir (Said, 2009; Genç ve ark., 2013; Hussein ve Sadek, 2013; Genç ve Tan, 2014; Molassiotis ve ark., 2014; Abusaad ve Ali, 2016; Avcı, Ovayolu, ve Ovayolu, 2016; Altunbaş Balcı, 2018; Byju, Pavithran ve Antony, 2018; Dupuis ve ark., 2018; Yuliar, Susanah ve Nurhidayah, 2019). Hemşireliğin hastalık odaklı değil, bireyin sağlık ve hastalığa verdiği yanıtlara yönelik bakım veren bir meslek olduğu düşünüldüğünde, semptom yönetiminde hemşirelik uygulamalarının önemi büyüktür (Velioğlu, 2012; Tarakçıoğlu Çelik, 2016).

Amaç

Bu sistematik derleme kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın yönetiminde akupres uygulamasının etkinliğini araştıran çalışmaları sistematik olarak incelemek ve klinik alanda hemşirelere veri sunmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmanın yönetiminde P6 noktasına uygulanan akupres ile ilgili çalışmaların yöntemi nelerdir?
2. Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmanın yönetiminde P6 noktasına uygulanan akupres etkili midir?

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Sistemik derleme olarak dizayn edilen bu çalışmada PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols) kontrol listesi rehber olarak kullanılmıştır (Shamseer ve ark., 2015).

Araştırmada Kullanılan Veri Tabanları

Araştırma veri tabanları olarak PUBMED, Google Akademik ve YÖK Tez Merkezi kullanılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmada kullanılan metinlere Temmuz- Eylül 2019 tarihlerinde belirtilen veri tabanları taranarak ulaşılmıştır. Bu sistemik derlemede "acupressure", "chemotherapy", "nausea", "vomiting", "nursing" ve "therapy" anahtar kelimeleri kullanılarak makale ve tezler taranmıştır. Araştırmacıların incelemeleri sonucu tanımlanan 154 araştırma analiz edilerek sistemik inceleme için örneklem olarak 11 çalışmanın tam metinleri alınmıştır. Bu süreç sayısal veriler kullanılarak PRISMA akış şeması doğrultusunda Şekil 1'de verilmektedir.

Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

Çalışma kapsamına alınacak araştırmaların dahil edilme kriterlerinde PICOS (P: Population-[Katılımcılar], I: Interventions [Müdahaleler], C: Comparisons [Karşılaştırma grupları], O: Outcomes [Sonuçlar], S: Study designs [Çalışma desenleri]) dikkate alınmıştır (Karaçam, 2013).

- **P-Population [Katılımcılar]:** Katılımcılar için herhangi bir sosyodemografik özellik seçilmemiş olup kemoterapi alan kanser hastaları dahil edilmiştir.
- **I-Interventions [Müdahaleler]:** Kanser hastalarında kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmanın yönetiminde P6 noktasına akupres uygulanması müdahale olarak belirlenmiştir.
- **C-Comparisons [Karşılaştırma grupları]:** Çalışmaya kanser tanısıyla kemoterapi alan, hastaların girişim ve kontrol grubu olarak sınıflandırıldığı makaleler dahil edilmiştir.
- **I-Outcomes [Sonuçlar]:** Kemoterapiye bağlı gelişen akut ve/veya gecikmiş bulantı ve kusmanın sayı ve/veya şiddetini değerlendiren çalışmalar dahil edilmiştir.
- **S-Study designs [Çalışma desenleri]:** Randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) ve yarı-deneysel çalışmalar (YDÇ) inceleme kapsamına alınmıştır. Çalışmanın tam metnine ulaşılabilen, son on yılda yayınlanmış (2009-2019) İngilizce veya Türkçe

olan çalışmalar dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Etmeme Kriterleri

Tam metnine ulaşılamayan, gözlem çalışmaları ve derlemeleri içeren, yayın dili Türkçe ya da İngilizce olmayan, kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmanın yönetiminde akupres dışındaki uygulamaların ve P6 noktası dışında noktaların kullanıldığı araştırmalar incelemeye dahil edilmemiştir.

Verilerin Analizi

Derlemeye alınacak çalışmaların analizinde Joanna Briggs Enstitüsü Veri Ayıklama Aracı (JBI- MASTARI data extraction instrument) kullanılmıştır (Joanna Briggs Institute, 2014). Çalışmalar, birbirinden bağımsız olarak araştırmacılar tarafından veri ayıklama aracına kaydedilmiş, görüş birliği oluşturularak derlemeye dahil edilen çalışmalar veri özetleme formuna aktarılmıştır.

Veri özetleme formunun (Tablo 1) içeriğinde araştırmanın;

- Yazarları ve yılı,
- Tasarımı ve örneklem büyüklüğü,
- Ölçüm araçları,
- Yapılan girişimler,
- Bulgu ve sonuçları yer almıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu sistemik derlemenin iki araştırmacı tarafından yapılması kriterlerin belirlenmesi, araştırma metodolojisi ve bulguların analizinde sınırlılık olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Bu sistemik derleme çalışmasında dahil edilme kriterlerine uyan on bir çalışma yer almaktadır. İncelenen araştırmaların yazarı, yılı, tasarımı, örneklem büyüklüğü, ölçüm araçları, yapılan girişimleri, bulgu ve sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir.

İncelenen tüm araştırmaların beş tanesi yarı-deneysel çalışma olup, diğer çalışmalar randomize-kontrollü deneysel tipte dizayn edilmiştir. On bir çalışmada toplam 1029 katılımcı yer almıştır. Çalışmalar rutin antiemetik tedavi ile birlikte akupres uygulamalarını (bilek bandı veya parmak kullanarak basınç yöntemleriyle) kullanarak kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmayı kontrol etmeyi amaçlamıştır.

Akupres uygulamasının etkinliğini, bilek bandı yöntemiyle değerlendiren beş çalışma (Said, 2009; Genç ve ark., 2013; Genç ve Tan, 2014; Molassiotis ve ark., 2014; Dupuis ve ark., 2018), bilek bandı ile basınç uygulaması yöntemlerini karşılaştırarak değerlendiren iki çalışma (Altunbaş Balcı, 2018; Avcı ve ark., 2016), basınç uygulaması yöntemiyle değerlendiren dört çalışma (Hussein ve Sadek, 2013; Abusaad ve Ali, 2016; Byju ve ark., 2018; Yuliar ve ark., 2019) bulunmaktadır. Tüm çalışmalarda bilek bandı ve basınç P6 noktasına uygulanmıştır. Plasebo bilek bandı uygulaması iç yüzeyinde yarım küresiz

olan bilek bandı ile plasebo basınç uygulaması ise etkisiz basınç uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

Bilek bandı kullanarak akupres uygulamasının etkinliğini değerlendiren çalışmalar bilek bandını dört gün (Avcı, ve ark., 2016), beş gün (Said, 2009; Genç ve ark., 2013; Genç ve Tan, 2014), yedi gün (Molassiotis ve ark., 2014; Dupuis ve ark., 2018) ve tek seferde on beş dakika (Altunbaş Balcı, 2018) süresince uygulamışlardır.

Altunbaş Balcı'nın (2018) çalışmasında hastalar randomizasyon yöntemiyle basınç (n = 22) ve bilek bandı (n = 22) olarak iki gruba ayrılmıştır. Akupres, bir girişim grubuna parmak kullanılarak basınç yöntemiyle, diğerine bilek bandı ile uygulanmış ve hastalar 24 saat takip edilmiştir. Parmak kullanılarak basınç yöntemiyle akupres uygulaması her iki el bileğine ikişer dakika, bilek bandı ile 15'er dakika uygulanmıştır. Bir sonraki kemoterapi tedavisinde, her gruba ilk girişimin plasebosu (plasebo basınç/bilek bandı) uygulanmıştır. Basınç ve bilek bandı gruplarında bulantı ve kusma sayı ve şiddeti plasebo uygulamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p < 0,05). İlave antiemetik ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı derecede plasebo gruplarında daha fazla olduğu saptanmıştır (p < 0,05).

Avcı ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hastalar basit randomizasyon yöntemiyle basınç (n = 30), bilek bandı (n = 30) ve kontrol (n = 30) olarak üç gruba ayrılmıştır. Basınç grubundaki hastalara, kemoterapiden on beş dakika önce her iki el bileğin P6 noktasına 15'er dakika parmak kullanılarak basınç uygulanmıştır ve girişim dört gün boyunca devam etmiştir. Bilek bandı grubundaki hastalara, kemoterapiden otuz dakika önce her iki el bileğe bilek bandı takılmış ve dört gün boyunca bilek bandının sürekli (ellerini yıkaması ve duş alması dışında) takılı kalması istenmiştir. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Çalışmada akupres bilek bandının bulantı ve kusma sayı ve şiddetini azalttığı (p < 0,05) ancak parmak kullanarak basınç ile uygulanan akupresin bulantı ve kusma sayı ve şiddetini etkilemediği (p > 0,05) belirlenmiştir.

Genç ve Tan'ın (2014) yarı-deneysel çalışmasında hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n=32) ve kontrol (n=32) olarak iki gruba ayrılmıştır. Girişim grubundaki hastalara kemoterapi öncesinde her iki el bileğindeki P6 noktasına bilek bandı takılmış ve beş gün boyunca bilek bandının sürekli takılı kalması istenmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Sonuçlara göre çalışmanın beş günü boyunca girişim grubunun daha az bulantı deneyimi yaşadığı belirlenmiştir. Ancak gruplar arasındaki bu farkın sadece 3, 4 ve 5. günlerde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (günler için sırasıyla, p < 0,05, p < 0,01 ve p < 0,001).

Said'in (2009) çalışmasında hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n = 42), plasebo bilek bandı (n = 42) ve kontrol (n = 42) olarak üç gruba ayrılmıştır. Girişim grubundaki hastalara kemoterapi öncesinde bilek bandı / plasebo bilek bandı takılmış ve beş gün boyunca sürekli takılı kalması istenmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Akut kusmanın önlenmesi yönünden gruplar arasında önemli fark bulunmamıştır. Gecikmiş bulantı şiddetinin girişim gruplarında (gerçek ve plasebo) kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir (p < 0,05).

Molassiotis ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n = 82), plasebo bilek bandı (n = 76) ve kontrol (n = 80) olarak üç gruba ayrılmıştır. Girişim gruplarındaki tüm hastalara kemoterapiden önce bilek bandı / plasebo bilek bandı takılmış ve bilek bandının yedi gün boyunca sürekli (duş alırken çıkarılabileceği belirtilerek) takılı kalması istenmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Girişim gruplarının kontrol grubuna göre daha az bulantı deneyimi yaşamış olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p > 0,05).

Dupuis ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n = 83) ve plasebo bilek bandı (n = 82) olarak iki gruba ayrılmıştır. Tüm hastalara kemoterapiden otuz dakika önce bilek bandı / plasebo bilek bandı takılmış ve yedi gün boyunca bilek bandının sürekli (tek seferde en fazla 15 dakikalığına ve bir günde en fazla 4 kez çıkarılması izin verilerek) takılı kalması istenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre bilek bandının kemoterapiye bağlı akut veya gecikmiş bulantı ve kusmanın şiddetini azaltmada ve kontrol etmede etkili olmadığı belirlenmiştir (p > 0,05).

Genç ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n = 67) ve plasebo bilek bandı (n = 53) olarak iki gruba ayrılmıştır. Tüm hastalara kemoterapi öncesinde bilek bandı / plasebo bilek bandı takılmış ve beş gün boyunca sürekli (gece uyurken, ellerini yıkarken ve duş alırken çıkarılabileceği belirtilerek) takılı kalması istenmiştir. Bilek bandının kemoterapiye bağlı akut veya gecikmiş bulantı ve kusmanın şiddetini azaltmada ve kontrol etmede etkili olmadığı bildirilmiştir (p > 0,05).

Abusaad ve Ali'nin (2016) çalışmasında hastalar randomizasyon yöntemiyle basınç (n = 30) ve kontrol (n = 30) olarak iki gruba ayrılmıştır. Girişim grubundaki hastalara P6 noktasına parmak kullanarak basınç yöntemiyle akupres uygulaması öğretilmiştir. Hastalar günde üç defa öğretildiği gibi beş dakika basınç uygulamıştır ve dört hafta boyunca uygulamaya devam etmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Girişim grubunda bulantı süresi ve öğürme sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük

olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Byju ve arkadaşlarının (2018) yarı-deneyisel çalışmasında hastalar amaçlı örnekleme yöntemiyle basınç ($n = 20$) ve kontrol ($n = 20$) olarak iki gruba ayrılmıştır. Basınç grubundaki hastaların bir el bileğindeki P6 noktasına kemoterapi öncesi, öğle yemeği öncesi ve akşam yemeği öncesi olmak üzere günde üç defa basınç uygulanmış ve üç gün boyunca uygulamaya devam edilmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Çalışma sonuçları iki grup arasında üç gün boyunca bulantı ve kusma şiddeti yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($p < 0,05$).

Hussein ve Sadek'in (2013) yarı-deneyisel çalışmasında hastalar randomizasyon yöntemiyle basınç ($n = 25$) ve kontrol ($n = 25$) olarak iki gruba ayrılmıştır. Girişim grubundaki hastalara P6 noktasına parmak kullanarak basınç yöntemiyle akupres uygulaması öğretilmiştir. Hastalardan yirmi gün süreyle her iki el bileğinin P6 noktasına beş dakika boyunca basınç uygulaması istenmiş ve yüz yüze/telefonla takip edilip değerlendirilmiştir. Basınç grubunda kusma sayısı birinci günden yirincine güne kadar kontrol grubuna göre daha az bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirtilmiştir ($p < 0,001$).

Yuliar ve arkadaşlarının (2019) yarı-deneyisel çalışmasında hastalar randomizasyon yöntemiyle basınç ($n = 15$) ve kontrol ($n = 15$) olarak iki gruba ayrılmıştır. Girişim grubuna günde üç defa (kemoterapi, kahvaltı ve akşam yemeği öncesi) otuz dakika boyunca, iki gün süreyle basınç uygulanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Girişim grubunun kontrol grubuna göre daha az bulantı deneyimi yaşamış olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Tartışma

Onkoloji hastalarında görülen en yaygın ve en rahatsız edici iki semptomun bulantı ve kusma olduğu bilinmektedir (Demir, 1996; Mustian ve ark., 2011). Bu semptomun sıklığı ve şiddeti bireye göre değişebilmektedir. Son yıllarda geliştirilmiş olan çok etkili antiemetik ilaçlara rağmen hastaların yaklaşık %38 ile %80'inde kemoterapiye bağlı bulantı ve kusma görülmektedir (Arslan ve Özdemir, 2015).

Araştırmamıza dahil edilen çalışmalar kemoterapi alan hastalarda, kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın yönetilmesi sürecinde, antiemetik ilaç kullanımına ek olarak P6 noktasına akupres uygulamasının etkinliğini araştırmıştır. Çalışmalarda P6 noktasına bilek bandı ve/veya basınç yöntemleri ile akupres uygulanarak yöntemlerin etkinliği değerlendirilmiştir.

Bilek bandı kullanarak akupres uygulamasının etkinliğini in-

celeyen iki çalışma (Avcı ve ark., 2016; Altunbaş Balcı, 2018) bilek bandının bulantı ve kusma sayı ve şiddetini azaltmada, bir çalışma (Genç ve Tan, 2014) bulantı deneyimini azaltmada ve bir çalışma (Said, 2009) gecikmiş bulantının kontrolünde uygulamanın etkili olduğunu bildirmektedir. Çalışmaların ikisinde (Genç ve ark., 2013; Dupuis ve ark., 2018) kemoterapiye bağlı gelişen akut veya gecikmiş bulantı ve kusmanın kontrolünde bilek bandı uygulamasının etkili olmadığı belirlenmiştir. Bir çalışma (Molassiotis ve ark., 2014) ise bilek bandı ve plasebo bilek bandının bulantı deneyimini azalttığını ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmiştir.

Parmak kullanarak basınç yöntemiyle akupres uygulamasının etkinliğini inceleyen iki çalışma (Altunbaş Balcı, 2018; Byju ve ark., 2018) bulantı ve kusma sayı ve şiddetini, bir çalışma (Hussein ve Sadek, 2013) kusma sayısını, bir çalışma (Abusaad ve Ali, 2016) bulantı süresi ve öğürme sıklığını azaltmada uygulamanın etkili olduğunu belirtmiştir. Bir çalışma (Yuliar ve ark., 2019) parmak kullanarak basınç yöntemiyle akupres uygulamasının bulantı deneyimini azalttığını ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını; diğer bir çalışma (Avcı ve ark., 2016) ise bu uygulamanın bulantı ve kusma sayı ve şiddetini etkilemediğini belirtmiştir.

Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın önlenmesi yaşam kalitesinin azalmasına, tedavinin gecikmesi veya sonlanmasına, kusmaya bağlı hiponatremi, hipokalemi ve metabolik asidoz gibi ciddi durumlara neden olabilmektedir (Jing Miaoa ve ark., 2017). Bulantı ve kusmanın önlenmesinde ilaç tedavisinin tek başına yeterli olmadığı bilinmediği için (Navari, 2017), GETAT uygulamalarının semptom yönetimine dahil edilmesi hemşirenin sorumlulukları arasında yer alır (Bullechek ve ark., 2017).

Sonuç

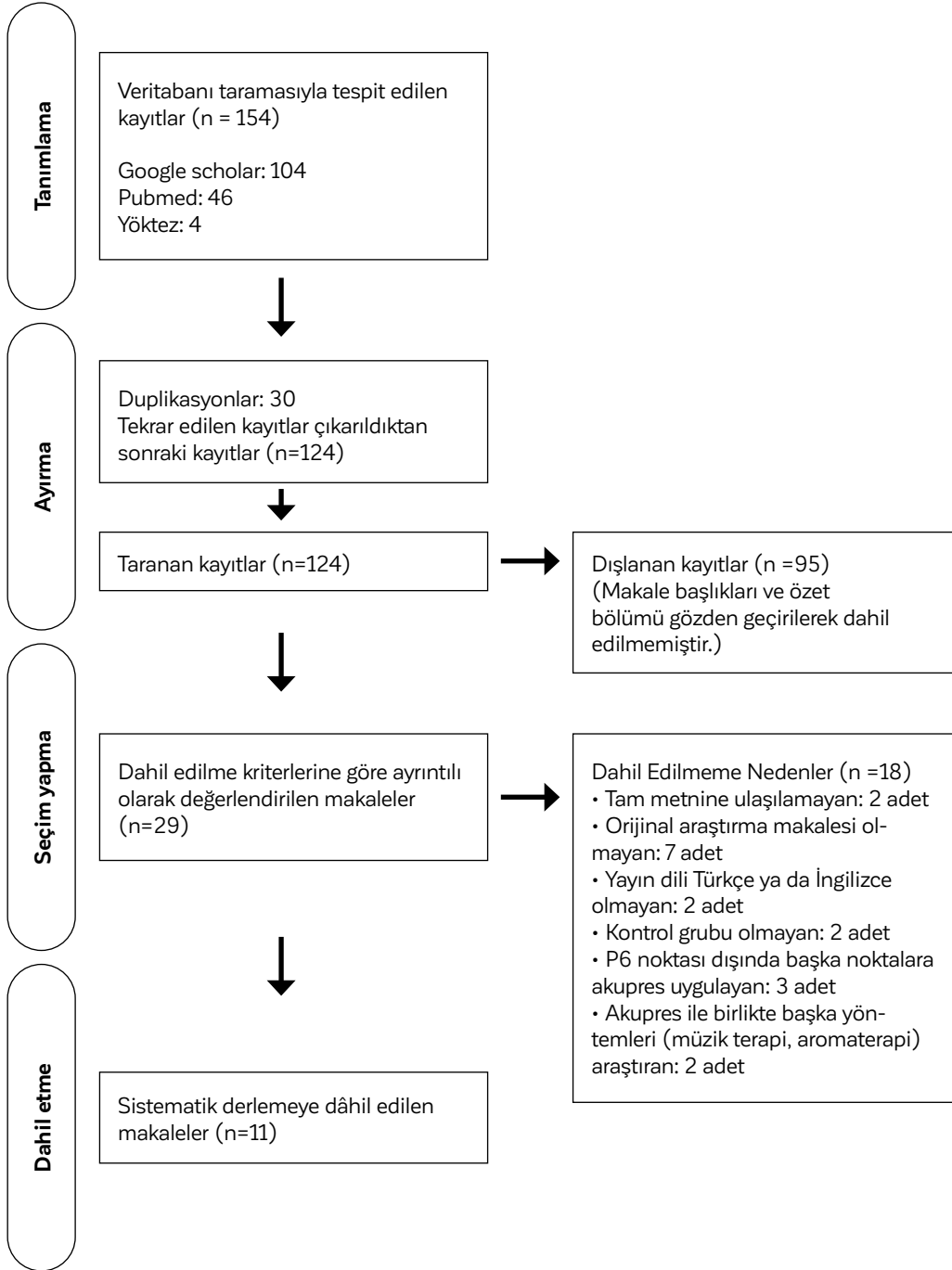
İncelenen çalışmaların çoğu P6 noktasına akupres uygulamasının kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın yönetiminde etkili olabileceğini bildirmiştir. Bu nedenle onkoloji hemşirelerinin kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın yönetiminde noninvaziv, güvenli ve etkin bir uygulama olarak akupresi kullanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yeterli sayıda örneklem büyüklüğünün sağlandığı, parmak kullanarak basınç ve/veya bilek bandı yöntemlerinin plasebo ve kontrol grubu oluşturmak suretiyle karşılaştırıldığı, uzun süreli uygulamaların ve hasta izlemlerinin olduğu çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Tablo 1. Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı ve Kusmanın Yönetiminde Akupres Uygulamasının Etkinliğini Araştıran Çalışmalar

Yazarı ve Yılı	Tasarımı ve Örneklem Büyüklüğü	Ölçüm Araçları (Bulantı ve kusma)	Yapılan Girişimler	Bulgu ve Sonuçlar
Altunbaş Balcı, 2018	Üçlü körleme, Randomize kontrollü deneysel çalışma. (N=44)	24 Saatlik Bulantı ve Kusma Sayı ve Şiddet Değerlendirme Formu	C basınç (n = 22) ve bilek bandı (n = 22) olarak iki gruba ayrılmıştır. Parmak kullanarak basınç yöntemiyle akupres uygulaması her iki el bileğine ikişer dakika, bilek bandı ile on beşer dakika uygulanmıştır. Bir sonraki kemoterapi tedavisinde, her gruba ilk girişimin plasebosu (plasebo basınç/bilek bandı) uygulanmıştır.	Basınç ve bilek bandı gruplarında bulantı ve kusma sayı ve şiddeti plasebo uygulamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (p < 0,05). Plasebo gruplarında ilave antiemetik ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır (p < 0,05).
Avcı, Ovayolu, ve Ovayolu, 2016	Randomize kontrollü deneysel çalışma. (N = 90)	24 Saatlik Bulantı ve Kusma Sayı ve Şiddet Değerlendirme Formu	Hastalar basit randomizasyon yöntemiyle basınç (n = 30), bilek bandı (n = 30) ve kontrol (n = 30) olarak üç gruba ayrılmıştır. Basınç grubundaki hastalara, kemoterapiden on beş dakika önce her iki el bileğine P6 noktasına on beşer dakika parmak kullanarak basınç uygulanmıştır ve girişim dört gün boyunca devam etmiştir. Bilek bandı grubundaki hastalara, kemoterapiden otuz dakika önce her iki el bileğine bilek bandı takılmış ve dört gün boyunca bilek bandının sürekli (ellerini yıkaması ve duş alması dışında) takılı kalması istenmiştir. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmamıştır.	Çalışmada akupres bilek bandının bulantı ve kusma sayısı ve şiddetini azalttığı (p < 0,05) ancak parmak kullanarak basınç ile uygulanan akupresin bulantı ve kusma sayısı ve şiddetini etkilemediği (p > 0,05) belirlenmiştir.
Genç ve Tan, 2014	Yarı-deneysel çalışma. (N = 64)	Rhodes Bulantı ve Kusma ve Öğürme İndeksi	Hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n = 32) ve kontrol (n = 32) olarak iki gruba ayrılmıştır. Girişim grubundaki hastalara kemoterapi öncesi her iki el bileğindeki P6 noktasına bilek bandı takılmış ve beş gün boyunca bilek bandının sürekli takılı kalması istenmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır.	Sonuçlara göre çalışmanın beş günü boyunca girişim grubunun daha az bulantı deneyimi yaşandığı belirlenmiştir. Ancak gruplar arasındaki bu farkın sadece 3, 4 ve 5.günler için istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (günler için sırasıyla, p < 0,05, p < 0,01 ve p < 0,001).

Said, 2009	Çift kör, Randomize kontrollü deneysel çalışma. (N = 128)	Akut ve Gecikmiş Bulantı ve Kusma Değerlendirme Formu (6'lı Likert Ölçeği)	Hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n = 42), plasebo bilek bandı (n = 42) ve kontrol (n = 42) olarak üç gruba ayrılmıştır. Girişim grubundaki hastalara kemoterapi öncesi bilek bandı / plasebo bilek bandı takılmış ve beş gün boyunca sürekli takılı kalması istenmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır.	Gruplar karşılaştırıldığında akut kusmanın önlenmesinde gruplar arasında önemli fark bulunmamıştır. Gecikmiş bulantı şiddetinin girişim gruplarında (gerçek ve plasebo) kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir (p < 0,05).
Molassiotis et al., 2014	Randomize kontrollü deneysel çalışma. (N = 238)	Rhodes Bulantı ve Kusma ve Öğürme İndeksi	Hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n = 82), plasebo bilek bandı (n = 76) ve kontrol (n = 80) olarak üç gruba ayrılmıştır. Girişim gruplarındaki tüm hastalara kemoterapiden önce bilek bandı / plasebo bilek bandı takılmış ve bilek bandını yedi gün boyunca sürekli (duş alırken çıkarabileceği belirtilerek) takılı kalması istenmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır.	Girişim gruplarının kontrol grubuna göre daha az bulantı deneyimi yaşamış olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p > 0,05).
Dupuis et al., 2018	Çok merkezli, prospektif, tekli körlleme, plasebo-konrollü deneysel çalışma, tabakalı randomizasyon. (N = 165)	Pediyatrik Bulantı Değerlendirme Ölçeği	Hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n = 83) ve plasebo bilek bandı (n = 82) olarak iki gruba ayrılmıştır. Tüm hastalara kemoterapiden otuz dakika önce bilek bandı / plasebo bilek bandı takılmış ve yedi gün boyunca bilek bandının sürekli (tek seferde en fazla 15 dakikalığına ve bir günde en fazla 4 sefer çıkarması müsaade edilerek) takılı kalması istenmiştir.	Çalışmanın sonuçlarına göre bilek bandının kemoterapiye bağlı akut veya gecikmiş bulantı ve kusmanın şiddetini azaltmada ve kontrol etmede etkili olmadığı belirlenmiştir (p > 0,05).
Genç, Can, ve Aydiner, 2013	Randomize konrollü deneysel çalışma. (N = 120)	Rhodes Bulantı ve Kusma ve Öğürme İndeksi	Hastalar randomizasyon yöntemiyle bilek bandı (n = 67) ve plasebo bilek bandı (n = 53) olarak iki gruba ayrılmıştır. Tüm hastalara kemoterapi öncesinde bilek bandı / plasebo bilek bandı takılmış ve beş gün boyunca sürekli (gece uyurken, ellerini yıkarken ve duş alırken çıkarabileceği belirtilerek) takılı kalması istenmiştir.	Bilek bandının kemoterapiye bağlı akut veya gecikmiş bulantı ve kusmanın şiddetini azaltmada ve kontrol etmede etkili olmadığı bildirilmiştir (p > 0,05).

Abusaad & Ali, 2016	Yarı deneysel çalışma. (N = 60)	Rhodes Bulantı ve Kusma ve Öğürme İndeksi	Hastalar randomizasyon yöntemiyle basınç (n = 30) ve kontrol (n = 30) olarak iki gruba ayrılmıştır. Girişim grubundaki hastalara P6 noktasına parmak kullanarak basınç yöntemiyle akupres uygulaması öğretilmiştir. Hastalar günde üç defa öğretildiği gibi beş dakika basınç uygulamıştır ve dört hafta boyunca uygulamaya devam etmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır.	Bulantı süresi ve öğürme sıklığı kontrol grubuna göre girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (p < 0,05).
Byju, Pavithran, & Antony, 2018	Yarı deneysel, son test, kontrol grubu çalışması. (N = 40)	Rhodes Bulantı ve Kusma ve Öğürme İndeksi	Hastalar amaçlı örnekleme yöntemiyle basınç (n = 20) ve kontrol (n = 20) olarak iki gruba ayrılmıştır. Basınç grubundaki hastaların bir el bileğindeki P6 noktasına kemoterapi öncesi, öğle yemeği öncesi ve akşam yemeği öncesi olmak üzere günde üç defa basınç uygulanmış ve üç gün boyunca uygulamaya devam edilmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır.	Çalışma sonuçları üç gün boyunca iki grup arasındaki bulantı ve kusma şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir (p < 0,05).
Hussein & Sadek, 2013	Yarı deneysel çalışma. (N = 50)	Kusma kayıt çizelgesi	Hastalar randomizasyon yöntemiyle basınç (n = 25) ve kontrol (n = 25) olarak iki gruba ayrılmıştır. Girişim grubundaki hastalara P6 noktasına parmak kullanarak basınç yöntemiyle akupres uygulaması öğretilmiştir. Hastalardan yirmi gün süreyle her iki el bileğinin P6 noktasına beş dakika boyunca basınç uygulaması istenmiştir, yüz yüze / telefon ile takip edilerek değerlendirilmiştir.	Basınç grubunda kusma sayısı birinci günden yirincinci güne kadar kontrol grubuna göre daha az bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirtilmiştir (p < 0,001).
Yuliar, Susannah, & Nurhidayah, 2019	Yarı deneysel, tekli körleme çalışma. (N = 30)	Pediyatrik Bulantı Değerlendirme Ölçeği	Hastalar randomizasyon yöntemiyle basınç (n = 15) ve kontrol (n = 15) olarak iki gruba ayrılmıştır. Girişim grubuna günde üç defa (kemoterapi, kahvaltı ve akşam yemeği öncesi) otuz dakika boyunca, iki gün süreyle basınç uygulanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır.	Girişim grubunun kontrol grubuna göre daha az bulantı deneyimi yaşamış olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p > 0,05).



Şekil 1. Derlemeye dahil edilen çalışmaların özellikleri, PRISMA akış şeması

Kaynaklar

- Abusaad, F., & Ali, W. (2016). Effect of point 6 acupressure on chemotherapy associated nausea and vomiting among adolescents with cancer. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6, 122-129. doi:10.5430/jnep.v6n4p122
- Akça, N. K., ve Taşçı, S. (2011). Hemodiyaliz hastalarında üremik kaşıntı ve akupresür uygulaması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4, 190-196.
- Altunbaş Balcı, D. (2018). Çocuk onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı gelişen akut bulantı-kusma semptomunun yönetiminde akupres uygulamasının etkinliği. Akdeniz Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Antalya
- Arslan, M., ve Özdemir, L. (2015). Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 30, 82-89. doi:10.5505/tjoncol.2015.1204
- Avcı, H. S., Ovayolu, N., ve Ovayolu, Ö. (2016). Effect of acupressure on nausea-vomiting in patients with acute myeloblastic leukemia. *Holistic Nursing Practice*, 30, 257-262.
- Beikmoradi, A., Najafi, F., & Roshanaei, G. et al. (2015). Acupressure and anxiety in cancer patients. *Iran Red Crescent Med J*, 17(3), e25919. doi:10.5812/ircmj.25919
- Bulechek, G., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., et al. (Eds.). (2017). *Hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC)*. F. Erdemir, S. Kav, ve A. Yılmaz (Çev), 6. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Byju, A., Pavithran, S., & Antony, R. (2018). Effectiveness of acupressure on the experience of nausea and vomiting among patients receiving chemotherapy. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 28, 132-138. doi:10.5737/23688076282132138
- Demir, Ü. (1996). Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmaların önlenmesinde hemşirenin rolü. *SSK Tepecik Hast Derg*, 6, 44-48. doi:10.5222/terh.1996.72436
- Dupuis, L. L., Kelly, K. M., Krischer, J. P., et al. (2018). Acupressure bands do not improve chemotherapy-induced nausea control in pediatric patients receiving highly emetogenic chemotherapy: a single-blinded, randomized controlled trial. *Cancer*, 124, 1188-1196. doi:10.1002/cncr.31198
- Ezzo, J., Richardson, M. A., Vickers, A., et al. (2006). Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-46. doi:10.1002/14651858.CD002285.pub2
- Genç, A., Can, G. ve Aydiner, A. (2013). The efficiency of the acupressure in prevention of the chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer*, 21, 253-261. doi:10.1007/s00520-012-1519-3
- Genç, F. ve Tan, M. (2014). The effect of acupressure application on chemotherapy-induced nausea, vomiting, and anxiety in patients with breast cancer. *Palliative and Supportive Care*, 1-10. doi:10.1017/S1478951514000248
- Hakverdioğlu, G. ve Türk, G. (2006). Acupressure. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13, 43-47.
- Hosseinabadi, R., Biranvand, S., Pournia, Y., et al. (2015). The effect of acupressure on pain and anxiety caused by venipuncture. *J Infus Nurs*, 38, 397-405. doi:10.1097/NAN.0000000000000065
- Hussein, H. A., & Sadek, B. R. (2013). Acupressure for chemotherapy induced vomiting among school age children. *World Journal of Medical Science*, 8, 373-381. doi:10.5829/idosi.wjms.2013.8.4.7581
- Jing Miaoa, X. L., Wua, C., Kongc, H., et al. (2017). Effects of acupressure on chemotherapy-induced nausea and vomiting—a systematic review with meta-analyses and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 27-37. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.02.014
- Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI MASTARI). Systematic review protocol template. Erişim:19.06.2019. https://joannabriggs.org/global_reach/collaboration
- Karaçam, Z. (2013). Sistematik derleme metodolojisi: sistematik derleme hazırlamak için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6, 26-33.
- Lindquist, R., Tracy, M. F., & Snyder, M. (2018). *Complementary an Alternative Therapies in Nursing* (Eighth Edition b.). Springer Publishing Company.
- Lohr, L. (2008). Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *The Cancer Journal*, 14, 85-93. doi:10.1097/PPO.0b013e31816a0f07
- Molassiotis, A., Russell, W., Hughes J., et al. (2014). The effectiveness of acupressure for the control and management of chemotherapy-related acute and delayed nausea: A randomised controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47, 12-25. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.03.007
- Mustian, K. M., Devine, K., Ryan, J. L., et al. (2011). Treatment of nausea and vomiting during chemotherapy. *US Oncol Hematol*, 7, 91-97.
- Navari, R. M. (2017). Management of chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric patients. *Pediatr Drugs*, 19, 213-222. doi:10.1007/s40272-017-0228-2
- Noroozinia, H., Mahoori, A., Hasani, E., et al. (2013). The effect of acupressure on nausea and vomiting after cesarean section under spinal anesthesia. *Acta Medica Iranica*, 51, 163-167.
- Özdelikara, A. ve Arslan, B. (2017). Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 218- 223.
- Said, Z. M. O (2009). Acupressure for chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients: a multicenter, randomised, doubleblind, placebo-controlled clinical trial. An- Najah National University. Nablus, Palestine.
- Shamseer L., Moher D., Clarke M., et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P): elaboration and explanation. *BMJ*, 2; 349(jan02 1):g7647. Erişim: 21.07.2019 http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA-P-checklist.pdf
- Silva, F. C., Brito, R. S., Carvalho, J. B., et al. (2016). Using acupressure to minimize discomforts during pregnancy. *Gaúcha Enferm*, 37, 1-7. doi:10.1590/1983-1447.20016.02.54699
- Tarakçıoğlu Çelik, G. H. (2016). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 93-100.
- Tokaç, M. (2013). Geleneksel Tıbbi Akademik Yaklaşım GETTAM. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 28, 82-85.
- Topçu, S. A. (2009). Hemşirelik uygulamaları ve eğitiminde tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6, 5-9.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar* (2. b.). İstanbul: Akademi Basın ve yayıncılık.
- Wagner, J. (2015). Incorporating acupressure into nursing practice. *Am J Nurs*, 115, 40-45. doi:10.1097/01.NAJ.0000475290.20362.77
- Yeoh, A. H., Tang, S. S., Abdul Manap, N., et al. (2016). Effectiveness of P6 acupoint electrical stimulation in preventing postoperative nausea and vomiting following laparoscopic surgery. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46, 620-625. doi:10.3906/sag-1502-56
- Yuliar, T. P., Susanah, S., & Nurhidayah, I. (2019). Effect of nei guan acupressure point as adjuvant therapy on highly. *Padjadjaran Nursing Journal*, 7, 67-76. doi:10.24198/jkp

Derleme makale / Review

Sosyal Hizmet Tarihimizi Aydınlatan Fedakâr Hemşirelerimizden: Hilâl-i Ahmer Mecmualarında (1921-1928) Safiye Hüseyin Hanım

One of Our Devoted Nurses Who Enlightened Our History of Social Work: Lady Safiye Huseyin in Hilâl-i Ahmer Journals (1921-1928)

Ahmet Zeki İzgöer¹ , İbrahim Topçu² 

Yazarların ORCID numaraları/ORCID IDs of the authors:
A.Z.İ. 0000-0002-9943-0574; İ.T. 0000-0001-7685-8597

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü/İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı/İstanbul

Sorumlu yazar / Corresponding author:
E-posta: azeki.izgoer@sbu.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt: 02.09.2019
Kabul tarihi / Date of acceptance: 25.11.2019

Atrf / Citation: İzgöer, A. Z., Topçu, İ. (2019). Sosyal Hizmet Tarihimizi Aydınlatan Fedakâr Hemşirelerimizden: Hilâl-i Ahmer Mecmualarında (1921-1928) Safiye Hüseyin Hanım. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(3), 183-202.

ÖZ

Giriş: Bu derlemede, hemşirelik tarihimizde "İlk Türk Hemşiresi" unvanıyla bir ilki gerçekleştiren Safiye Hüseyin Hanım'ın çalışma ve faaliyetlerinden bahsedilecektir. Bu yazı 1921-1928 tarihleri arasında sekiz yıl süreyle Osmanlıca olarak yayınlanan, toplamda 87 sayı ve yaklaşık 4.000 sayfa olan Hilâl-i Ahmer Mecmuaları'nın tamamının taranması sonucu elde edilmiştir.

Hilâl-i Ahmer Mecmuaları'nda Safiye Hüseyin Hanım'la ilgili bilgilere yirmiyeye yakın sayıda tesadüf edilmiştir ve bunlar koleksiyonun tamamında dağınık bir halde bulunmaktadır. Bu bilgiler, zaman zaman mecmuada Hilâl-i Ahmer haberleri olarak yer almakta bazen de Safiye Hüseyin'in bazı sadeleştirilmiş çeviri ve makalelerinden oluşmaktadır.

Mecmualarda, onunla ilgili bu bilgilerin niçin bu kadar sınırlı olduğu, aksine çok daha fazla bilgi ve dokümanın neden yer almadığı hususu, araştırmalarımız sırasında bizi çokça meşgul eden sorulardan biri olmuştur. Dönemin diğer kaynaklarındaki bilgilere göre, Safiye Hüseyin Hanım'ın Hilâl-i Ahmer'deki faaliyetleri mecmualarda yer alan kayıtlardan daha fazladır ve mecmualarda anlatılanlarla sınırlı değildir. Ayrıca Hilâl-i Ahmer'deki görevlerinin yanı sıra Yeşilay, İstanbul Verem Mücadelesi Cemiyeti gibi devrin diğer sosyal yardım kuruluşlarında da aktif olarak görev aldığı bilinmektedir.

Hilâl-i Ahmer Mecmuaları'ndan sayı sırası ve kronolojiye uygun olarak derlenen bu makale, genel olarak mecmualarda yer alan alt başlıklar korunarak bilim dünyasının istifadesine sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı; hemşirelik tarihi; tarih.

ABSTRACT

Introduction: In this article, the studies and activities of Safiye Hüseyin, who achieved a first in our history of nursing by taking the title of "First Turkish Nurse" will be mentioned. This article was obtained as a result of the scanning of the entire Hilâl-i Ahmer Journals, which were published in Ottoman Turkish for eight years between 1921-1928 and which is totally 87 volumes and approximately 4,000 pages.

The information about Safiye Hüseyin in the Hilal-i Ahmer Journals has been found in nearly twenty issues and these are scattered throughout the collection. This information sometimes appears in the journal as Hilâl-i Ahmer News and sometimes consists of some of Safiye Hüseyin's simplified translations and articles.

One of the questions that keep us busy during our research is why the information about her is so limited in Magazines and why there is not much more information and documents. According to other sources of the period, Safiye Hüseyin's activities in Red Crescent Society are more than the records in the Magazines and are not limited to those described. In addition to her duties in Red Crescent Society, it is known that she also took an active role in other social welfare organizations such as Green Crescent Society and Istanbul Tuberculosis Control Society.

This article, which was compiled from Hilal-i Ahmer Magazines in accordance with the order of numbers and chronology, has been presented to the benefit of the scientific community by preserving the subtitles in general.

Keywords: History; history of nursing; nursing care.

Giriş

Ziyaretçi Hasta Bakıcılık Teşkilâtı

Safiye Hüseyin Hanım'la ilgili bilgilere ilk kez *Osmanlı Hilâl-i Ahmer Mecmuası*'nin 13. sayısında rastlanmaktadır. Ziyaretçi Hasta Bakıcılık Teşkilâtı hakkında malumatın yer aldığı satırlar, mecmuada şu şekilde geçmektedir: "I. Dünya Savaşı sırasında Amerika ordularıyla birlikte Amerika Kızılhaçı'nın da birçok teşkilâtı ve mensubu gerek bizzat Amerika ordusuna ve gerekse Müttefik ordularına bağlı askerleri tedavi etmek üzere Avrupa'ya gelmişlerdir. Savaş bittiği halde, bu heyetlerden birçoğu ülkelerine dönmemişler ve istila ettikleri ülkelerin halkına yardımcı olmak üzere Belçikalılara ve Fransızlara hizmette bulunmuşlardır. Bu çalışmalar arasında; hizmetlerinden büyük bir başarıyla yararlanan "Ziyaretçi Hasta Bakıcılık Teşkilâtı" da vardır. Bu teşkilât, özellikle Fransa'da çok takdirlere mazhar olmuştur. Ziyaretçi Hasta Bakıcı Teşkilâtı'nın amacı, öğretmen hastabakıcıların yardım ve vasıtasıyla fakir halka sağlıkla ilgili teşvik ve tavsiyelerde bulunmaktadır. Bu hastabakıcılar semt semt mahalleleri dolaşarak evlere girerler ve oralarda gördükleri halk sıhhatine aykırı hallere ev sahiplerinin dikkatlerini çekerlerdi. Bu çerçevede, evlerdeki hastalara nasıl bakılacağını öğretirler, annelerin çocuklarına nasıl bakıp süt vereceklerini gösterir ve anne sütü emen çocuklara verilecek sütün nasıl korunacağını pratik olarak gösterirlerdi.

Sonraki yıllarda Amerika Kızılhaçı tarafından İstanbul'da da Ziyaretçi Hasta Bakıcılık Teşkilâtı meydana getirilmesi için Hilâl-i Ahmer'e başvurulmuştur. Bu konuyu görüşmek üzere Hilâl-i Ahmer Hanımlar Merkezi'nden Genel Sekreter Nezihe Hanım ile üyelerden Safiye Hüseyin Hanım ve Hilâl-i Ahmer Genel Merkezi üyelerinden Müderris Dr. Besim Ömer Paşa, Ziya Nuri Paşa ve Müderris Neşet Ömer Bey'den meydana gelen bir komisyon kurulmuştur. Bu komisyon Ziyaretçi Hasta Bakıcılık Teşkilâtını oluşturacak Amerika Kızılhaç Heyeti ile birkaç kez temasa geçerek bu hususta bazı temel meseleleri tespit etmiş ve halledilmesi gereken diğer hususlar hakkında görüş alışverişinde bulunmuştur." (*Osmanlı Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Ziyaretçi Hastabakıcılık Teşkilâtı", sayı 13, İkinci Sene, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İstanbul 1338, s. 13.). Görüldüğü üzere, Safiye Hüseyin Hanım bizzat Ziyaretçi Hasta Bakıcılık Teşkilâtı çalışmaları içinde yer almış ve Amerika Kızılhaçı ile yapılan görüşmelere katılmıştır.

Dünya Kızılhaçları Ailesinde Hilâl-i Ahmer

Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, 22. sayısının sütunlarında Safiye Hüseyin Hanım'ın Nightingale Madalyası'yla ödüllendirildiğini duyurmuştur. Konuyla ilgili bilgiler şöyledir: "Hilâl-i Ahmer hastabakıcılarından Safiye Hanım, Nightingale Madalyası ile taltif edilmiştir. Bu taltif, diğer taltiflerden kat kat yüksek olup şan ve şerefi de yalnız madalyaya hak kazanana değil, bütün millete aittir.

Cenevre Uluslararası Kızılhaçı, elli kadar çeşitli Kızılhaç ve Hilâl-i Ahmer Genel Merkezleri'ne başvurarak I. Dünya Savaşı sırasında en çok hizmet eden ve aktif olarak çalışan kadın

hasta bakıcılarının isimlerini istemişti. On altı ülkenin Kızılhaç ve Hilâl-i Ahmerleri Cenevre Merkezi'ne kırk beş kadın hastabakıcının isimlerini bildirdiler. Beynelmilel Kızılhaç bunlardan ancak on iki hastabakıcının meşhur madalya ile taltifini uygun görmüştür. Türk hastabakıcısı Safiye Hüseyin Hanım'ın ismi de bu on ikiler arasındadır." (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası", sayı 22, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339, s. 275).

Hilâl-i Ahmer'in pek çok başarılı hizmetler verdiğini ifade eden mecmua, Safiye Hüseyin Hanım'ın Nightingale Madalyası'nı kazanan birisi olarak taltifini Kızılhaç ailesi içinde Hilâl-i Ahmer için yeni bir başarı olarak değerlendirmiş, hatta bu başarının sırrını Hilâl-i Ahmer'in işlerindeki «ruh"a ve çalışmasındaki "usul ve düzen" in mükemmelliğine bağlamıştır (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası", sayı 22, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339, s. 276).

Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası

Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, Nightingale Madalyası verilen Safiye Hüseyin Hanım'dan bahsederken Florence Nightingale için de son derece önem arz eden şu tasvirlerde bulunmaktadır: «Florence Nightingale, bir İngiliz kızının adıdır. Bu değerli kız, 1854'teki Kırım Savaşı esnasında Alman usulüne uygun birtakım hastabakıcılar yetiştirerek harp yaralılarına büyük bir maharetle bakmayı başarmış ve o tarihten beri harp hastabakıcılığı, bilimin ilerlemesiyle de birlikte yavaş yavaş önemli bir meslek haline gelmiştir.

Kırım Savaşı'nda Nightingale, İstanbul'a gelerek hastane haline getirilen Selimiye Kışlası'ndaki yaralılara ve hastalara fevkalâde hizmet etmiş ve bu hizmetleri kadın hastabakıcılığı fedakârlıklarına sonsuz ve bir örnek olmuştur.

Savaş alanında ve cephe gerisinde at üzerinde hastaneleri dolaşarak güzellik, gençlik ve servetini, kısıacası bütün varını yoğun insanlığın sıkıntı ve üzüntülerini teselli uğrunda feda eden Sayın Nightingale, bu fedakârlıkları dolayısıyla İngiltere'nin en meşhur simalarından biri olmuştur.

1907 senesinde Uluslararası Kızılhaç Konferansı'nda Hilâl-i Ahmer delegesi olarak bulunan Müderris Dr. Besim Ömer Paşa, Sayın Nightingale hakkında şöyle diyor: '-Bu muhterem kadını Londra Kızılhaç Konferansı'nda bulunduğum sırada tanımak şerefine ulaştım. Florence Nightingale, konferans salonuna girdiği zaman üç yüzü aşkın üye ayağa kalkmış ve kral hanedanına mensup prensler bile bu saygıya katılmışlardı'.

Nightingale 1910 yılında vefat etmiştir. Uluslararası Kızılhaç Cemiyeti, onun ismini anmaya vesile olmak için görevinde fevkalâde yararlık gösteren hastabakıcılara verilmek üzere Nightingale Madalyası adıyla bir madalya ihdas etti ve I. Dünya Savaşı esnasında en çok temayüz eden hastabakıcıları bu madalyayla taltif etmeyi düşündü. 28 Kasım 1922 tarihli ve 216 numaralı genelgeyle (Genelge için bkz. *Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Nightingale Madalyası", sayı 16, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Mat-

baacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1338, s. 94-95) bu madalyaya hak kazanan adayların isimlerini bildirmelerini bütün Kızılhaç ve Hilâl-i Ahmer Genel Merkezlerinden istedi.

Hilâl-i Ahmer Genel Merkezi, geçen 24 Mart tarihli mektubuyla Türkiye Hilâl-i Ahmeri adına Safiye Hüseyin Hanım'ı aday göstererek Safiye Hanım'ın özgeçmişini ve hizmet belgesini Cenevre'ye bildirdi. Birkaç gün önce gelen 12 Mayıs 1923 tarihli ve 226 numaralı Uluslararası Kızılhaç genelgesinde Nightingale Madalyası'nın verilme şekli hakkında; Nightingale Madalyası tekliflerine katılan ülkelerin sayısının 16, aday gösterilen kadın hastabakıcılarının sayısının ise 45 olduğu bilgisine ulaşıldı. Bu son sayıdan ancak 12 hastabakıcı bu seçkin madalya ile taltif edilmiş ve Hilâl-i Ahmer adayı Safiye Hanım'ın ismi de bu on iki kadın arasında geçmiştir. Nightingale Madalyasıyla taltif edilen kadın hasta bakıcılarının bağlı oldukları ülkeler Almanya, Belçika, Amerika, Fransa, İngiltere, Macaristan, İtalya, Japonya, Polonya, Sırbistan, İsveç, Türkiye.

Genelgede Nightingale Madalyası ile taltif edilenlerin faaliyetine dair küçük açıklamalar da vardır. Türk kadın hastabakıcısının ismi hizasında şu açıklama vardır:

-Türkiye. Safiye Hüseyin Hanım. Ailesi Ahmed Paşa. Diplomalı hastabakıcı olup Balkan Savaşı'nda gönüllü hastabakıcı sıfatıyla İstanbul Müzehane Hastanesi'nde çalışmıştır. Dünya Harbi sırasında başhastabakıcı sıfatıyla Hilâl-i Ahmer'in çeşitli hastanelerinde, Reşid Paşa Vapuru Hastanesi'nde çalıştıktan sonra mütareke esnasında Avrupa'da himayesiz ve parasız kalan Türk öğrencilerin imdadına koşmuştur." (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası", sayı 22, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339, s. 276-278).

Bundan sonra sözü tekrar Safiye Hüseyin Hanım'a getiren mecmua, onunla ilgili şu bilgileri vermektedir: "Nightingale Madalyası, Kızılhaç ve Hilâl-i Ahmer Genel Merkezleri tarafından hak sahiplerine özel bir törenle takdim edilecektir. Madalya, şahsı olduğundan üzerine, alanın ismi yazılacaktır. Madalya sahibine, ayrıca bir de diploma verilecektir.

Bu münasebetle şu eklenebilir: Safiye Hüseyin Hanım, hastabakıcılığa dair teorik bilgileri, Balkan Savaşı'ndan sonra Müderis Dr. Besim Ömer Paşa tarafından İstanbul Üniversitesi'nde verilen dersleri takip ederek kazanmış ve uygulamayı da yıllarca hastanelerde bulunarak öğrenmiştir. Bilâhare imtihanla Hilâl-i Ahmer hastabakıcılığı diplomasını almıştır. Bu değerli hemşiremiz Hilâl-i Ahmer Cemiyeti'nin gümüş madalyasına, Umumî Harp madalyasına, İngiliz ve Alman Kızılhaç madalyalarına sahip olup Fransızca, İngilizce ve Almancaya aşinadır.

Hilâl-i Ahmer Cemiyeti, çalışmalarının bu şekilde takdirlere sonuçlanmasından dolayı Safiye Hüseyin Hanım'a tebriklerini sunup teşekkür ederken ülke adına da sevinç ve gururunu herkese ilân eder (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası", sayı 22, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339, s. 278).

Kızılhaçlar İttihadı ve Nightingale Madalyası

Merkezi Paris'te bulunan Kızılhaçlar İttihadı, Hilâl-i Ahmer'e gönderdiği bir mektupta Nightingale Madalyası adayları arasında taltif edilen Türk hastabakıcılarından Safiye Hüseyin Hanım'ı kendi adına tebrik etmeyi rica etmiştir. Hilâl-i Ahmer de bu ricayı memnuniyetle kabul ederek tebrik görevini yerine getirmiştir (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Salib-i Ahmerler İttihadı ve Nightingale Madalyası", sayı 23, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339, s. 303).

Nightingale Madalyası Töreni

Mecmua, 28. sayısında Safiye Hüseyin Hanım'a verilen Nightingale Madalyası töreni üzerinde durmuş ve ilgili sayfalarında şu satırlara yer vermiştir: "Olağanüstü hizmetlerini takdiren Nightingale Madalyası ile taltif edilen Hilâl-i Ahmer Hanımlar Merkezi Üyesi Safiye Hüseyin Hanım'a bu madalyanın özel bir merasimle takılması kararlaştırılmıştır. Bu sebeple 17 Kasım 1923 tarihinde toplanan genel merkez oturumunda Hâmid Bey, Safiye Hüseyin Hanım'ı üyelere takdim ederek Çanakale Savaşı'nın en zor anlarında yaralılarımıza karşı gösterdiği fedakârlıkları ve Mondros Mütarekesi'nden sonra Almanya ve Avusturya'da kalmış olan Türk vatandaşları ve öğrencilerine ne şekilde yardımlarda bulunduğunu takdir ve övgü dolu sözlerle ifade etmiştir. Ayrıca Besim Ömer Paşa da Safiye Hüseyin Hanım'ın Balkan Savaşı'nda öğrendiği hastabakıcılığı, Balkan Savaşları ve Umumî Harp sırasında çok büyük bir başarı ve yetenekle uyguladığını söylediikten sonra özetle, bir nokta üzerinde durup Safiye Hüseyin Hanım'ın Almanya'ya gittiği sırada bindiği geminin tifüslüleriyle dolu olduğundan o vapurla gitmekten vazgeçmesinin bazı çevrelerce kendisine tavsiye edilmesine rağmen görevini sonuna kadar yapmakta kesinlikle tereddüt etmeyeceği cevabını verdiğini hatırlatarak bu davranışın yücelik ve kutsallığına özellikle dikkati çekmiş ve bu madalyayı Safiye Hüseyin Hanım'ın tamamıyla hak ettiğini ifade etmiştir.

Diğer taraftan; Dr. Mehmed Ali Bey, Safiye Hüseyin Hanım'la hastanede beraber çalıştığı zamana ait hatıralarından bahsederek onun görevindeki titizliğini özel takdirlere yâd etmiş ve Nightingale Madalyası ile taltifinin kendisini son derece sevindirip iftihar ettirdiğini söylemiştir.

Ardından Hâmid Bey alkışlar arasında madalyayı Safiye Hüseyin Hanım'ın göğsüne takmıştır.

Safiye Hüseyin Hanım, hastabakıcılık öğretiminin faydaları ve gereğinden bahsettikten ve bizde de yaygınlaşması temennilerinde bulduktan sonra törene katılanlara teşekkür ederek toplantı salonundan ayrılmıştır.

Aynı merasim 21 Kasım 1923 tarihinde Hilâl-i Ahmer Hanımlar Merkezi'nde de yapılmıştır. Merasimde şehrimizde Fransız Kızılhaç Başkanı Madam de Closières, Fransız Kızılhaç Süt Damlası Müdiresi Matmazel Verdau, Safiye Hanım'ın annesi hanımefendi ile babaları Ahmed Paşa, Genel Merkez Üyesi Dr. Mehmed Ali Bey, Dr. Besim Ömer Paşa ve Hilâl-i Ahmer Hanımlar Merkezi üyelerinin tamamı hazır bulunmuştur.

Besim Ömer Paşa, Nightingale madalyasının kıymet ve önemine dair tarihî açıklamalarda bulunduğundan ve Safiye Hüseyin Hanım'ın güzel hizmetlerini anlattıktan sonra ebeveynini tebrik etmiştir.

Daha sonra Hanımlar Merkezi Birinci Başkanı Prenses Nimet Hanım madalyayı Safiye Hanım'ın göğsüne takmış ve madalyanın kıymet ve önemi ve hastabakıcının hizmet ve fedâkârlığı hakkında veciz bir konuşma yapmıştır.

Safiye Hanım'ın anne ve babası da toplananların sıcak ve samimi tebriklerini kabul ettikten sonra Hanımlar Merkezi tarafından davetlilere bir çay ziyafeti sunularak törene son verilmiştir." (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Nightingale Madalyası Merâsimi", sayı 28, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Üçüncü Sene, İstanbul 1339, s. 97-99).

Hilâl-i Ahmer Hastabakıcılık Mektebi

Safiye Hüseyin Hanım'ın yeniden tesis edilecek olan Hilâl-i Ahmer Hastabakıcılık Mektebi'nde görev aldığına dair kayıtlara ise mecmuanın 41. sayısında rast geliyoruz: "Hilâl-i Ahmer Hastabakıcılık Mektebi için bina olarak Haseki Caddesi'nde Kadıasker Ali Rıza Bey'in konağı kiralanmıştır.

Mektep İdare Heyeti Üyeliğine Dr. Besim Ömer Paşa, Ziya Nuri Paşa, Edhem Pertev Bey ve Haydar Bey'in yanı sıra Hilâl-i Ahmer Hanımlar Merkezi'nden Nezihe Veli Hanım ve Safiye Hüseyin Hanım seçilmişlerdir. Haydar Bey'in İdare Heyeti Üyeliği'nden çekilmesi üzerine yerine bir başkası seçilecektir." (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Hilâl-i Ahmer Hastabakıcılık Mektebi", sayı 41, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Dördüncü Sene, İstanbul 1340, s. 179).

Nightingale Madalyası'nın Üçüncü Kez Verilmesi

Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, 46. sayısında Nightingale Madalyası'nın ne amaçla verildiği üzerinde durduktan sonra sözü yine Safiye Hüseyin Hanım'a getirir: "Kadın hastabakıcılığı fedâkârlıklarına sonsuz bir örnek olan Miss Florence Nightingale'in adını anmaya vesile olmak için görevinde fevkalâde yararlık ve fedakârlık gösteren hastabakıcılara verilmek üzere Uluslararası Kızılhaç Komitesi Nightingale Madalyası adıyla bir madalya ihdas etmiştir.

Komite, 1920 yılında ilk kez Nightingale Madalyası'nı vermiş ve ismi ile siması kazanmış olan bu madalyanın verilme törenini dünyaca şöhrete sahip olan büyük hastabakıcının yüzüncü doğum yıldönümüne tesadüf ettirmişti.

1921 senesinde toplanan Onuncu Uluslararası Kızılhaç Konferansı'nda Fransız Kızılhaç'ının teklifi üzerine adaylar arasında şan ve şeref meydanında ölenlerin de dâhil edilmeleri kararlaştırılmıştı.

Cenevre Komitesi, madalyanın verilmiş gününün 12 Mayıs olarak korunmasına karar verdiğinden bu üçüncü tören günü de 12 Mayıs 1925 tarihinde gerçekleşmiştir.

Bu kez Nightingale Madalyası ile taltif edilen kadın hastabakıcılarının mensup oldukları ülkeler Almanya, Avusturya, Belçika, İspanya, Amerika, Finlandiya, Fransa, Japonya, Latvi, Lehistan, Sırbistan ve Çekoslovakya'dır.

Nightingale Madalyası, Kızılhaç ve Hilâl-i Ahmer Genel Merkezleri tarafından özel bir törenle takılır. Madalya özel olduğundan üzerine hak kazananın ismi kazınır ve sahibine bir de diploma verilir. Her iki yılda bir verilen bu madalyanın, ikinci defa verilisinde Hilâl-i Ahmer Cemiyeti tarafından aday olarak gösterilen Türk hastabakıcılarından Safiye Hüseyin Hanım taltif edilenler arasında bulunmakta idi." (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Nightingale Madalyasının Üçüncü Defa Tevzî'i", sayı 46, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Dördüncü Sene, İstanbul 1341, s. 375-378).

1925 Yılı Genel Meclisi

Hilâl-i Ahmer Merkezi üyesi olan Safiye Hüseyin Hanım, cemiyetin 1925 Temmuz'unda yapılan yıllık genel meclisine katılmıştır. Mecmuanın 48. sayısında yer alan bilgiler şu şekildedir: "Hilâl-i Ahmer Cemiyeti'nin yıllık genel meclisi Temmuz ayının on yedinci günü saat ikiyi çeyrek geçe İstanbul Üniversitesi Konferans Salonu'nda ilk toplantısını yapmıştır.

Toplantıda İstanbul, Beyoğlu ve Üsküdar Merkez Heyetleri üyeleriyle Anadolu ve Trakya'nın çeşitli yerlerinden seçilen yüz elliye aşkın üye hazır bulunmuştur. Hilâl-i Ahmer Genel Merkezi İkinci Başkanı Müderris Dr. Âkil Muhtar Bey'in açtığı meclis görüşmelerinde Safiye Hüseyin Hanım da bulunmuştur (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "341 Senesi Meclis-i Umûmîsi", sayı 48, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Beşinci Sene, İstanbul 1341, s. 1, 38, 61).

Genel Meclis'in 6 Ağustos 1925 tarihli Perşembe günü oturumunda Hilâl-i Ahmer müstahdemlerinin taltifleri hakkında Safiye Hüseyin Hanım ve arkadaşları tarafından şu yolda bir takrir verilmiştir: «Hilâl-i Ahmer memurlarına seyyanen birer maaş ve içlerinden mesai itibarıyla temayüz edenlerine iki maaş oranında ikramiye verilmesinin karar altına alınmasını teklif ederiz.

Safiye Hüseyin, Celâl Sâhir, Abdülmecid, Burhaneddin, Memduh, Salih, Hamdi, Rana Sani Yaver." (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "341 Senesi Meclis-i Umûmîsi", sayı 49, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Beşinci Sene, İstanbul 1926, s. 143).

Hastabakıcılık Mektebi İdare Heyeti

Mecmua, Safiye Hüseyin Hanım'ın Hastabakıcı Mektebi İdare Heyeti'nde görev aldığını şu satırlarla okuyucusuna duyurmuştur: "Hilâl-i Ahmer Genel Merkezi'nin önceden Ankara'da yaptığı ilk oturumda genel merkeze bağlı Hastabakıcı Mektebi İdare Heyeti, Müderris Dr. Ziya Nuri Paşa'nın başkanlığında Edhem Pertev, Nezihe Veli ve Safiye Hüseyin Hanımların bir araya gelmesiyle kurulmuştur." (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Hastabakıcılık Mektebi Heyet-i İdare", sayı 50, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Beşinci Sene, İstanbul 1341, s. 209).

İstanbul Hilâl-i Ahmer Kongresi

Safiye Hüseyin Hanım, İstanbul'da gerçekleştirilen Hilâl-i Ahmer Genel Meclisi Kongresi'nde merkez heyet üyeliğine seçilmiştir. Bu hususta mecmuada yer alan malumat şöyledir: "İstanbul Hilâl-i Ahmer Genel Meclisi 15 Aralık Salı günü saat

ikide merkez binasında Başkan Yardımcısı Dr. Ali Paşa'nın başkanlığı altında açıldı.

Ali Paşa Hilâl-i Ahmer'in teşekkül sebebi ve kuruluş tarihinden itibaren ülkeye yaptığı yararlı hizmetler hakkında konuştuğundan sonra nizamname gereği bir başkan, bir başkan yardımcısı ve bir kâtibin seçimine başlandı.

Başkanlığa Dr. Orhan Tahsin Bey, başkan yardımcılığına Hayri Bey ve kâtipliğe geçici olarak Evrenoszade Vasfi Bey seçildiler. Sonra merkez heyet tarafından düzenlenen rapor okunup kabul edildikten sonra 1926 yılına ait bütçe de görüşülüp onaylandı.

Merkez heyetine nizamname hükümlerine uygun olarak isimlerine kura isabet eden Dr. Ali Paşa, Dr. Ömer Lütfi Bey, Safiye Hüseyin Hanım, Dr. Tevfik Salim Bey ve Dr. Galib Hakkı Bey'in yerine gizli oyla yapılan seçim sonucunda isimleri hizasında gösterilen oylarla 59 oy Dr. Ali Paşa, 56 oy Dr. Ömer Lütfi Bey, 55 oy Safiye Hüseyin Hanım, 51 oy Dr. Muallim Tevfik Salim Bey, 43 oy İstanbul Üniversitesi İlahiyât Fakültesi Dekanı Müderris Şemseddin Bey seçildiler." (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "İstanbul Vilâyeti Hilâl-i Ahmer Kongresi", sayı 53, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Beşinci Sene, İstanbul 1341, s. 296-297).

İstanbul Genel ve Olağanüstü Hilâl-i Ahmer Kongresi

Ankara'da toplanan Hilâl-i Ahmer Genel Meclisince alınan karara uygun olarak Beyoğlu ve Üsküdar Hilâl-i Ahmer Merkezlerinin şube haline getirilmesiyle İstanbul Hilâl-i Ahmer Merkezi'nin yeniden kurulması için 20 Haziran Salı günü saat altı buçukta İstanbul Üniversitesi Konferans Salonu'nda olağanüstü kongrede üç vilâyet Hilâl-i Ahmer üyesinin katılımıyla yapılmıştır.

Hazır bulunanların çoğunluğu oluşturduğu anlaşarak kongre, İstanbul Başkanı Dr. Ali Paşa tarafından açılmıştır. Nizamname gereği gizli oyla kongre başkanlığına İbrahim Tafî, başkan yardımcılığına Ziya Bey ve kâtipliğe Dr. Hikmet Bey seçilmişlerdir. Ardından İstanbul Hilâl-i Ahmeri'nin yeni merkez heyetinin teşkili için gizli oyla seçim yapılmıştır. Oyların sayımı sonucunda aşağıdaki şahıslar, isimleri hizalarındaki oylarla çoğunluğu sağlayarak İstanbul Hilâl-i Ahmer Merkezi üyeliklerine seçilmişlerdir (Tablo 1).

Nightingale Madalyası

Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, sonraki sayılarında da Nightingale Madalyası ile ilgili bilgileri vermeye devam etmiştir: "Miss Florence Nightingale'in adını ebedileştirmeye vesile olmak için görevinde fedakârlık gösteren hastabakıcılara verilmek üzere Cenevre Uluslararası Kızılhaç Merkezi'nin Florence Nightingale Madalyası (La Médaille Florence Nightingale) unvanıyla bir madalya ihdas ettiği bilinmektedir.

Cenevre Merkez Komitesi, madalyanın verilisi gününü her iki yılda bir olmak üzere fedakâr ve o büyük hastabakıcının doğum günü olan 12 Mayıs'ta yapmaya karar vermişti.

Madalya ilk defa 1920 senesinde verilmiştir. Bu defa da 12 Mayıs 1927 tarihinde verilecektir.

Madalya şahsa özel olduğundan üzerinde sahibinin ismi yazıl-

mış olduğu gibi ayrıca bir de beratı vardır.

Nightingale Madalyası'nın verilmesinde aranılan özellikler ve şartlar hakkında Uluslararası On İkinci Kızılhaç Kongresi aşağıdaki kararları almıştır:

1-Aday önce, tercihen diplomalı bir Kızılhaç hastabakıcısı olacaktır.

2-Bu hastabakıcı savaş meydanında veya âfet ve mesâib-i umûmiyede hizmet etmiş olacaktır.

3-Bu hastabakıcı, kendisini takdim eden genel merkezin bağlı bulunduğu millet fertlerinden tercih edilecektir.

4-Şan ve şeref meydanında vefat eden hastabakıcılar için, önce savaşta fiilî hizmetlerde buldukları esnada, sonra bulaşıcı bir hastalık veya genel bir felâket zamanlarında görev sırasında vefat edenlere verilir.

Aday isimlerinin 31 Mart 1927 tarihinden önce Cenevre Merkez Komitesi'ne tebliğ edilmesi şarttır.

Nightingale Madalyası, Kızılhaç ve Hilâl-i Ahmer Genel Merkezleri tarafından özel törenle takılır ve madalya almışa yaklaşan Kızılhaç ve Hilâl-i Ahmer Genel Merkezlerinden gösterilecek adaylar arasından ancak on ikisine verilir.

Madalyanın ikinci defa verilisinde; Hilâl-i Ahmer tarafından aday gösterilen Safiye Hüseyin Hanım da bu madalyayla taltif edilmişti.

Safiye Hüseyin Hanım, Çanakkale Savaşı'nın en zor ve amansız safhasında yaralılarımıza karşı gösterdiği fedakârlıkla kalpleri kazanmayı başarmış ve Mondros Mütarekesi'nden sonra da Almanya ve Avusturya'da kalmış olan Türk vatandaş ve öğrencilerine yaptığı yardımlarla pek büyük yararlıklar göstermiştir. Hatta Almanya'ya gittiği sırada bindiği vapurun tıföslüleriyle dolu olduğundan o vapurla hareket etmekten vazgeçmesi bazı kimseler tarafından kendisine tavsiye edilmesine rağmen Safiye Hanım görevini ifada bir dakika tereddüt etmemiştir." (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, "Nightingale Madalyası", sayı 64, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1926, s. 129-131).

Barton Payne'in Ziyareti

Safiye Hüseyin Hanım, zaman içinde Hilâl-i Ahmer ve ona bağlı olan kurumları ziyaret amacıyla yurtdışı ve yurtiçinden gelen misafirleri ağırlayan heyetlerde de yer almıştır. Bunlardan biri yurtdışından gelen Amerikalı Barton Payne'in ziyareti sırasında gerçekleşmiştir:

"Geçen Kasım'da Tokyo'da toplanan Uzakdoğu Kızılhaç Cemiyetleri İkinci Konferansı'na katıldıktan sonra Avrupa'da bir inceleme seyahati yapmaya karar veren Amerika Kızılhaç Cemiyeti Başkanı Mister Payne, Adana yoluyla 27 Mart'ta İstanbul'a gelmiştir.

1. Dünya Harbi'nde Amerika'nın birçok önemli görevlerini yerine getirmiş olan Payne, Cumhurbaşkanı Wilson zamanında İçişleri bakanlığında bulunmuş ve halen Kızılhaç Cemiyetleri İttihat Heyeti Müdürler Meclisi Başkanlığı'nı da idare etmektedir.

Payne, beraberindekilerle birlikte İstanbul merkezimizi, Sana-tevi'ni ve Hilâl-i Ahmer Hastabakıcı Mektebi'ni ziyaret etmiş ve hakkında fevkalâde hürmette bulunulmuştur. Ziyaret sırasında

Mektep Müdürü Dr. Ömer Lütfi Bey ile İdare Heyeti üyelerinden Safiye Hüseyin Hanım tarafından kabul edilerek ağırlanmıştır (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Mister Barton Payne'in Ziyaretleri", sayı 68, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1927, s. 316-317).

Mustafa Kemal Paşa'nın İstanbul'u Teşrifleri

Safiye Hüseyin Hanım, yurtiçi misafirlerden biri olan Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal Paşa'yı karşılayan heyette de yer almıştır: "Cemiyetimizin büyük hâmisî Cumhurbaşkanı Gazi Mustafa Kemal Paşa'nın İstanbul'a gelişleri halk üzerinde tasavvur edilemeyecek bir heyecan uyandırmış ve Paşa fevkalâde gösterilerle karşılanmıştır.

Hilâl-i Ahmer İstanbul Merkezi ve Şubeleri adına hürmet ve saygıda bulunmaya İstanbul Merkezi Başkan Dr. Ali Paşa ve Vezne Murakıbi Safiye Hanım, Anadoluhisarı Şubesi Başkanı Hasib Bey, Üsküdar Şubesi Başkanı Sıbgatullah Bey ve Beyoğlu Kazası Şubesi Başkanı Abdürrezzak Bey görevlendirilmiştir." (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Büyük Gazi'nin İstanbul'u Teşrifleri", sayı 71, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1927, s. 431).

Hastabakıcı Konferansı

Safiye Hüseyin Hanım, bağlı bulunduğu Hilâl-i Ahmer Hastabakıcı Mektebi'ni temsil etmek amacıyla yurtdışına gönderilmiştir. Mecmua 72. ve 73. sayılarında bu hususa dair şu bilgileri serdetmektedir: "Cenevre'de 27 Temmuz'dan 31 Temmuz'a kadar toplanan Uluslararası Hastabakıcı Konferansı'nda Hilâl-i Ahmer Hastabakıcı Mektebi'ni temsil etmek üzere Safiye Hüseyin Hanım seçilmiştir. Safiye Hüseyin Hanım'ın Cenevre'deki temaslarına gelecek sayımızda yer vereceğiz (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hastabakıcı Konferansı", sayı 72, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1927, s. 514).

Safiye Hüseyin Hanım

İstanbul Hilâl-i Ahmer Merkezi Fahrî Veznedarı Safiye Hüseyin Hanım'ın Cenevre şehrinde toplanan Uluslararası Hastabakıcı Kongresi'ne katılmak üzere İsviçre'ye gittiği önceki sayıda yazılmıştı. Safiye Hüseyin Hanım, Cenevre'ye varışında kongre karşılama heyeti tarafından kabul edilmiştir. Safiye Hanım kongrenin dört gün devam eden bütün oturumlarına katılmış ve Uluslararası Kızılhaç Başkanı Mösyö Ador tarafından verilen öğle yemeğinde on altı hastabakıcı arasında bulunmuştur. Safiye Hüseyin Hanım Cenevre'den dönmeden önce Başkan Mösyö Ador, Mösyö Clouzot ve Madam Chaponnière'i resmen ziyaret etmiştir." (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Safiye Hüseyin Hanım", sayı 73, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1927, s. 21).

Hilâl-i Ahmer'in Ellinci Yılı

Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, Hilâl-i Ahmer'in ellinci yıldönümünü 77. sayısının "Hilâl-i Ahmer Havâdisi" bölümünde okuyucusuna duyurmuştur. Bu bölümde Safiye Hüseyin Hanım'ın da törenlere katılıp bir de konuşma yaptığı bilinmektedir: "Hilâl-i Ahmer'in ellinci yıldönümü 23 Aralık 1928'de başta Ankara'da olmak üzere ülkenin her tarafında özel törenlerle kut-

landı (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hilâl-i Ahmer Havâdisi, Ellinci Yıl", sayı 77, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 221).

İstanbul'da yıl dönümü, İstanbul Üniversitesi Salonu'nda bin-den fazla kişinin katıldığı özel bir merasimle kutlanmıştır. Merasime Şükrü Naili Paşa, Naci Paşa, Nafiz Paşa, Dr. Besim Ömer Paşa, Uluslararası Cenevre Merkez Komitesi Delegatesi Mösyö Raymond Schlemmer, Şehremini Muhyiddin Bey, Sivas Milletvekili Şemseddin Bey, Tayyare Cemiyeti Başkanı Fuad Bey, Sıhhiye Müdürü Ali Rıza Bey, Alman Büyükelçisi Herr Nadolny, İtalyan Büyükelçiliği ileri gelenlerinden bir zat, Müftü Mehmet Fehmi Efendi, Nakiye Hanım, Nezihe Hanım, Evkâf Müzesi Müdürü İbnülemin Mahmut Kemal, Hilâl-i Ahmer Genel Merkezi eski üyelerinden bazı kimseler, İstanbul Hilâl-i Ahmeri Merkezi ve Şubeleri üleriyle Hastabakıcı Mektebi öğrencileri de iştirak etmiştir.

İkiyi çeyrek geçe bahriye bandosu tarafından çalınan İstiklâl Marşı ayakta dinlenmiş ve ardından İstanbul Hilâl-i Ahmer Merkez Heyeti Başkanı Dr. Ali Paşa hitabet kürsüsüne geçerek bir nutuk irad etmiştir (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hilâl-i Ahmer Havâdisi, Ellinci Yıl", sayı 77, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 222).

Ali Paşa'dan sonra Dr. Besim Ömer Paşa kürsüye çıkarak bir buçuk saat devam eden uzun nutkuyla Hilâl-i Ahmer'in mükemmel bir tarihçesini yaptıktan sonra sözü Şehremini Muhyiddin Bey'e bırakmıştır (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hilâl-i Ahmer Havâdisi, Ellinci Yıl", sayı 77, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 224).

Besim Paşa'dan sonra Uluslararası Cenevre Kızılhaç Merkez Komitesi Delegatesi Mösyö Schlemmer Fransızca bir nutuk vermiştir (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hilâl-i Ahmer Havâdisi, Ellinci Yıl", sayı 77, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 224).

Başkan Ali Paşa, Mösyö Schlemmer'in Hilâl-i Ahmer hakkındaki takdir dolu sözlerine teşekkür ettikten sonra sözü Safiye Hüseyin Hanım'a vermiştir.

Safiye Hüseyin Hanım'ın nutku: "-Hilâl-i Ahmer'imizin kuruluşu, savaş ve barıştaki faaliyet ve fedâkârlığı hakkında şimdiye kadar söylenenlere bir şey ilâve edemeyerek yalnız bu yüksek kuruma hizmeti geçenlerden vefat edenleri hürmetle yâd ve yaşayanlara da teşekkür etmeyi bir görev bilirim.

Sonradan katıldığım Cenevre Hastabakıcı Konferansı'ndan ilham alarak Hilâl-i Ahmer ve Kızılhaçların savaş ve barıştaki görevlerine ve bu cemiyetlerde çok önemli rol oynayan kadın hastabakıcılığının tarihçesiyle şimdiye kadar geçirdiği safhalar ve ifa ettiği hizmetlerden kısaca bahsetmek isterim.

Dünyada bulunan milletlerin Hilâl-i Ahmer ve Kızılhaç Cemiyetleri elli sekize ulaşmış bunların önemli görevleri; 1863 Cenevre Antlaşması hükümlerine uygun olarak savaşta ordunun hasta ve yaralılarına fahrî yardımda bulunmak, esir ve harp malûllerine yardımcı olmak, halk ile ülke savunmasına, ordu ve deniz kuvvetlerine yardım için arabuluculuk görevini yerine getirmektedir. Bundan başka Hilâl-i Ahmer ve Kızılhaçlar barışta millî ve

beynelmilel yardım usulünü izleyerek bulaşıcı hastalıklar, kıtlık, su taşkınları gibi afetlerin elem ve ıstıraplarını hafifletmek, yayılmasını ve büyümesini önlemek tedbirlerini alır. Çocuk ölümlerinin önüne geçmek üzere organizasyonlar yapar. Gençlik Kızılhaç Cemiyetleri kurar ve bu genç ve faal şefkat ordusuyla kendisinin gelecekteki üyelerini temin etmiş olur. Alkolün zararlarını halka aşılama hususunda Kızılhaçların faaliyeti kayda değerdir.

Hilâl-i Ahmer ve Kızılhaçların bu insanî görevleri arasında hastabakıcı hemşirelerin çok önemli bir yeri vardır. Uluslararası Kızılhaç Komitesi Başkanı ve İsviçre eski Cumhurbaşkanı Gustave Ador bu yıl Cenevre’de toplanan hastabakıcı konferansındaki beyanati arasında:

‘-Hastabakıcı hemşireler, bağlı oldukları cemiyetlerin örneği değil midir ve halk bu değerli hemşirelere Hilâl-i Ahmer ve Kızılhaç’ın bir topluluğu gibi bakmıyor mu?’ demişti.

Hastabakıcı teşkilâtı pek eskidir.

Tarihin bize öğrettiğine göre son iki bin seneden beri yüz binlerce fedakâr kadın bu uğurda kendini vakfetmiş ve bunların arasında rahibelerin kadın hastabakıcılığının ilerlemesinde çok büyük etkisi görülmüştür. 1733 yılında Elisabeth ve Emily Blockwell adında iki kız kardeş İskoçya’da meydana gelen bir savaş sırasında yüz hastabakıcı yetiştirerek yaralıların imdadına koşmuşlardır. Bunun gibi övgüye lâyık pek çok örnek, Kızılhaçların kuruluşundan senelerce hatta asırlarca önce olmak itibarıyla Birinci Cenevre Antlaşması’nın düzenlenmesi esnasında elbet-tesiri görülmüştür.

Kızılhaç öncülerinin kadın olduğu tarihî bir gerçek olmakla birlikte üzülecek ifade edelim ki, durum daima göz ardı edilmiş ve Kızılhaçlarda kadına lâyık derecede önem verilmemişti.

Huzurunuzda Florence Nightingale’in şahsından ve onun Kırım Savaşı’ndaki hizmetlerinden bahsetmeyi gereksiz görmekle beraber bu değerli ve fedakâr kadının refakatinde bulunan yüze yakın hastabakıcı hemşire ve rahibeyi ihmal etmeyelim. Henry Dunant, Solférino Savaşı’nda Lombardiya kadınlarından yaralılara pek büyük yardım gördüğünü ifade etmektedir. Dunant, gördüğü yardım ve teşvikten dolayı büyük teşekkürlerde bulunmakla birlikte zamanla Kızılhaç hastabakıcı hemşirelerin ne kadar mühim işler görececeklerini belki de tamamıyla anlamamıştı.

Hastabakıcılığın günden güne artan önemi altmış seneden beri çeşitli zamanlarda toplanan Uluslararası Kızılhaç kongrelerinde dikkatleri çekmekten uzak kalmadı. Beynelmilel ilk birkaç konferansta sadece erkek hastabakıcılığı söz konusu olmuştu. Hatta 1863’teki konferans ‘millî cemiyetlerin gönüllü erkek hastabakıcılarını davet ve eğitilmeleri’ kararını vermişti. Nihâyet 1869’da Berlin Konferansı’nın karar sonucu ‘millî cemiyetlerin hastabakıcı hemşire yetiştirmesi’ merkezinde idi. Bu tarihten itibaren bütün konferanslarda kadın hastabakıcı dikkate alınmış ve bunların eğitim ve öğretimleri hakkında önemli kararlar alınmıştır.

1884 Cenevre Konferansı’nda kadın hastabakıcıların yalnız mesleği ve ahlâkî eğitimlerinden başka, sağlıklı bir bedene sa-

hip olmaları üzerinde önemle durulmuştur.

1902’deki Petersburg Konferansı’nda ise bu karar güçlendirilip sağlam esaslara bağlandığı gibi hastabakıcı hemşireler için dispanser mektepleri açılmasına karar verilmiştir. Londra Konferansı’nda bu maddeler takviye edilerek harp zamanında Hilâl-i Ahmer ve Kızılhaçlara ait sıhhî yardımın iyi bir şekilde sağlanması amacıyla barış zamanında pratik olarak eğitim ve öğretimin dispanser mektepleri ile hastane mekteplerinde de uygulanması uygun görüldü. Fransa, Almanya, Amerika, Macaristan, Avusturya, İtalya ve Rusya’da Umumî Harp’te toplam 250 bin gönüllü hastabakıcı hizmet etmiştir.

Bu zamandan itibaren ilmî eğitim alan hastabakıcı yetiştirmek Hilâl-i Ahmer ve Kızılhaçların başlıca gayelerinden biri olmuştur. Hastabakıcı mektepleri gittikçe artmakta ve Hilâl-i Ahmer de dâhil olduğu halde millî cemiyetlerin birçoğu bu mektepleri devam ettirmektedir. Bu mekteplerdeki öğretim, onaylı diploma almak için yeterlidir. Hastabakıcı mekteplerinden başka çeşitli hususlara dair kısa kurslar da vardır. Belçika Kızılhaç, ülke genelinde bu şekilde altmış tane öğretim merkezi kurmuştur.

Kızılhaç hastabakıcılığı daima yüksek bir meslek olmak üzere kabul edilmiş ve bu düşünce kraliçeler ve birçok yüksek ailelerin gösterdikleri ilgiyle güç kazanmıştır. Hatta Mısır firavunlarının hanımlarının bile, daha o zaman hastaları ziyaret edip onlara yardımcı oldukları rivayet edilmektedir.

Zamanla hastabakıcı hemşirelerin değerleri takdir edilmekte ve birçok Avrupa hükümetinde belediye meclisleri ve parlamento üyeliklerine seçilmektedirler.

Hilâl-i Ahmer hastabakıcı hemşiresi, temel görevinin savaşın çıkmasından itibaren yaralılara yardım olduğunu unutmamalıdır. Ayrıca bu değerli hemşireler barışta Hilâl-i Ahmer, Kızılhaç ve diğer hayırlı cemiyetlerin idaresi altında ziyaretçi hastabakıcı adıyla mahalle ve köyleri dolaşır. Fakir, hâmile ve lohusa kadınların ve küçük çocukların imdadına yetişir. Mekteplerde talebeye ev hıfzıssıhhası ve evlerde hastaya bakmak usulüne dair dersler verir. Fabrikalarda işçilerin sıhhatini korumak ve her zaman yardıma muhtaç olan gemicilerin imdadına koşmak için limanlara ve maden işçilerine yardım için de bunların buldukları mevkilerde sağlık teşkilâtını yönetir. Hapishanelerde, ülkenin en ücra köşelerinde yardıma ihtiyaç duyan halkın imdadına koşar, sıhhiye, sosyal yardım vs. hükümet işlerinde bulunur.

Görülüyor ki, yüzyılımızda Hilâl-i Ahmer ve Kızılhaçların mekanizmasını hastabakıcılar çevirmekte olduğundan hastabakıcı hemşiresiz bu gibi hayırlı cemiyetler hiçbir vakit varlık gösteremeyecekler. Bu durumda, hastabakıcı hemşiresi görevlerinin çeşitliliği ve alanı gayet geniş olup at üstünde, kır ve çöllerde, deniz aşırı yerlerde sıtma vs. birçok hastalıklarla mücadele ederek medeniyetin henüz ulaşmadığı coğrafyalarda medenî ve sıhhî teşkilâtlar kurarak insanlığı kendisine minnettar bırakmaktadır.

Ülkemizde hastabakıcı hemşire yetiştirilmesi değerli üstad Dr. Besim Ömer Paşa’nın öğretiminde başlamış ve sırf onun çabasının bir eseri olarak Hilâl-i Ahmer tarafından açılan kurslara

en yüksek ailelere mensup hanımlar katılmışlardı. Burada gösterilen derslerden sonra imtihanla diplomalar verilmişti. Paşa yorulmak bilmez faaliyetleriyle Umumî Harp'te kursları devam ettirmiştir.

Balkan Savaşı ile Umumî Harp'te ülkenin güzide hanımlarının çeşitli hastanelerde hizmete başlamaları ve gösterdikleri fedakârlıklar, Hilâl-i Ahmer'e duydukları alâkaya iyi bir örnektir.

Cumhuriyet Hükümeti zamanında hastabakıcılığın kıymeti bir kat daha takdir edilerek Hilâl-i Ahmer tarafından birçok fedakârlıklarla bir Hastabakıcı Mektebi kurulduğu gibi bu mektep, teşekkülünden beri kırk hemşire yetiştirmiş ve gündün güne rağbetin artması dolayısıyla mektebin şu andaki mevcudu sekene ulaşmıştır.

Bundan başka Hilâl-i Ahmer tarafından açılan Samariten kursları fevkalâde güzel sonuçlar vermiştir.

Bu yüce mesleğe daha yüksek ailelerde hemşirelerimizin rağbet göstermelerini büyük bir samimiyetle temenni ederim.

Gençlere ve çocuklara dostça yardımın ruhunu anlatmak, hizmet düşüncesini aşlamak, kendilerinin ve başkalarının sağlığını korumak, medeniyet ve insanlık terbiyesinin sorumluluğunu anlayarak gereğince hareket etmelerini öğreten Gençlik Hilâl-i Ahmeri'nden de bir nebze bahsetmeme müsaade buyurmanızı rica ederim.

Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti'nin ülkenin istikbal ve refahını gençlikten beklemesi ve gençliğin eğitim ve terbiyesine önem vermesi büyük bir şükranla görülmektedir. Zaten bütün medenî milletler gençliğin islahını temel ilke kabul ederek bunların sağlam, vatansever, yararlı ve faal bir unsur olarak yetiştirilmelerine gayret harcamakta ve bundan çok faydalar görmektedirler.

Gençlik Hilâl-i Ahmeri'nin okullardaki teşkilât ve programları hakkında detaya girmeye zaman ve mekân müsait olmadığından bu teşkilâtın yararları hakkında birkaç söz söylemekle yetineceğim. Gençlik Kızılhaçı çocuklara şahsî sorumluluk öğrettiği gibi ahlakî eğitime de tam anlamıyla ağırlık verir. Bunların okullarda uygulanması, çocukların bütün görevlerinin eksiksiz olarak icrasına hizmet eder, büyüklerine itaati öğretir, yüksek mevkilere kabiliyeti olan şahsiyetleri meydana çıkarır. Gençlik Hilâl-i Ahmeri'nin görevi muhtaçlara yardımdır. Birliği öğretir. Okullara hizmet fikrini sokmak, o hizmetin meydana getirdiği mutluluğu anlatmaktır. Gençliğin Hilâl-i Ahmer'i demek; yardım etmek, işe yaramak, her gün birisine iyilik etmek ve her an iyilik için fırsat kaçırmamak demektir.

İyi bir vatansever olmayan bir çocuğun eğitimi hiçbir zaman tam sayılmaz. Ancak bunun yolunu Gençlik Hilâl-i Ahmer teşkilâtı ve faaliyeti gösterir. Eski idarenin ülkede yaptığı maddî ve manevî tahribatı onaracak ve imar düşüncesini, yardımı, hizmeti temel alacak yeni nesildir. Bunları ileride üstünden gelecekleri bu sorumluluklara alıştıracak ancak Gençlik Hilâl-i Ahmeri olacağı için bugün dünyada kırk ülkenin kabul ettiği Gençlik Hilâl-i Ahmer teşkilâtına hemen başlamayacak olursak hiçbir zaman erken hareket etmiş olmayız." (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hilâl-i Ahmer Havâdisi, Ellinci Yıl", sayı 77, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 225-228).

Tazyik Usulüyle Suni Teneffüs

Safiye Hüseyin Hanım, *Hilâl-i Ahmer Mecmuası* için yabancı basından kendi alanıyla ilgili bir çeviride bulunmuştur. Suni teneffüs usulüne ait olan bu metod, mecmuanın verdiği bilgilere göre, Amerika'daki Telefon ve Telgraf Şirketi, Havagazı Şirketi, ülkenin en meşhur çelik şirketlerinden biri, Elektrik Aydınlatma Şirketi ve Emniyet Genel Müdürlüğü, Tıp ve Cerrahlık Bürosu, Bahriye ve Harbiye Bakanlıkları, Madenler Müdürlüğü, Sağlık Genel Müdürlüğü ve Amerika Kızılhaçı tarafından kabul edilmiştir.

Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası'nın 80. sayısında yer alan söz konusu makalede yer alan maddeler şunlardır:

"1-Hastayı kamı üstüne yatırınız. Bir kolunu düz bir şekilde uzatınız. Öbürünü dirseğinden kırınız. Başını dış tarafa yönelterek ağızını ve burnunu teneffüs için serbest bırakmak üzere kolunun veya elinin üstüne dayandırınız (Fotoğraf 10).

2-Fotoğraf 10'da gösterilen vaziyeti almak için diz çökerek hastanın uyluklarını iki dizinizin arasında kavrayınız. Ellerinizi ayağını tabii vaziyette böğrüne ve parmaklarınızın uçlarını kaburga kemiklerinin üzerine dayandırınız. Serçe parmağınız da son kaburganın üzerine temas etsin. Bu durumda, parmaklarınızın uçlarını göremeyecek bir vaziyet almış olursunuz (Fotoğraf 11).

3-Kollarınızı düz tutarak yavaşça ön tarafa meylediniz ki, ağırlığınız yavaş yavaş hastanın üzerine yüklensin. Fotoğraf 11'de gösterildiği üzere ön tarafa hareketin sonucunda omuzlar ellerin hizasına kadar gelecektir. Dirsekler kırılmayacaktır. Bu hareket, iki saniyede yapılacaktır.

4-Şimdi tazyiki tamamen ortadan kaldırmak için kendinizi hemen geri alınız (Fotoğraf 12).

5-İki saniye sonra yine öne meylederek ilk vaziyeti alınız. Dakika on ikiden on beş defaya kadar işleme devam ediniz.

Bu şekilde hastaya dört-beş saniyede tam bir suni teneffüs verilmiş olur.

6-Normal teneffüs iade edilinceye kadar aralıksız suni teneffüse devam ediniz. Olmadığı takdirde işlemi dört, dört buçuk saat kadar uzatınız. Bundan sonra doktor hastadan ümit keserse yapmaktan vazgeçiniz.

7-Suni teneffüs devam etmekte iken bir görevli, hastanın boyun, bel ve göğsündeki sıkı elbiselerini gevşetmelidir. Hastayı sıcak tutunuz. Hastaya kendine gelinceye kadar kesinlikle ağızından içecek bir şey vermeyiniz.

8-Hasta, canlandıktan sonra kalbini yormamak için oturması veya ayakta durmasına izin vermeyip mutlaka yatırılmalıdır. Eğer hasta canlandığı zaman tabip gelmemiş ise kuvvetlendirici bir şey verilebilir. Sıcak çay, kahve, bir küçük bardak suda bir çay kaşığı amonyaklı küül-i itrî (aromatic sprig of amonia) ile hasta sıcak tutulmalıdır.

9-Canlandırma işlemi hastanın hastalandığı yerin mümkün olduğu kadar yakınında yapılmalıdır. Nefes geri geldikten sonra hasta arka üstü yattığı takdirde kaldırılması uygundur. Eğer hava şartları vesaireden dolayı henüz normal teneffüs temin edilmeden önce hastayı kaldırmak zorunluluğu olursa canlandırmak işlemine yolda devam edilmelidir.

10-Tabii teneffüsün az bir süre için geri gelişi, canlandırma işleminin bırakılmasını hiçbir zaman gerektirmez. Bazen hasta biraz teneffüs aldıktan sonra teneffüs yine durur. Hasta müşahede altında bulundurulup o anda suni teneffüse tekrar başlanmalıdır.

11-Canlandırma işinin tatbikinde işlemi icra eden kimseyi değiştirmek gerektiğinde çok dikkat edip teneffüsün düzenli alışverişini bozmadan bu işleme devam etmek çok lüzumludur.” (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, “Teneffüs-i Sınâî, Tazyik Usulüyle Yüzükoyun Teneffüs-i Sınâî Nasıl Yapılır?”, sayı 80, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 360-362).

Romanya Kraliçesinin Sanatevi’ni Ziyareti

Safiye Hüseyin Hanım, Romanya’dan gelen Kraliçe Maria ve beraberindekileri karşılayarak onlara cemiyet heyetiyle birlikte Hilâl-i Ahmer İstanbul Sanatevi’ni gezdirmiştir. Konu, mecmuada şu şekilde yer almıştır: “Romanya Kraliçesi Maria, yanında kızı ve beraberinde Romanya büyükelçisi ile hanımı olduğu halde Hilâl-i Ahmer İstanbul Sanatevi’ni ziyaret etmişlerdir.

Bu çok kıymetli ziyaretçiler, Hilâl-i Ahmer’in İstanbul Merkezi Başkanı Dr. Ali Paşa ve üyelerden Sadiye Halil Hanım ve Safiye Hüseyin Hanım tarafından karşılanmıştır. Misafirlere Sanatevi sergisi ürünleri arz edilmiştir.

Kraliçe Maria, takdire lâyık gördüğü birçok nefis eseri satın almıştır. Ziyaret sonunda kraliçeye minnet ve şükran duyguları arz edilmiştir (*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, “Romanya Kraliçesinin Sanatevi’ni Ziyareti”, sayı 81, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 447).

Sonuç

Bu yazıda Osmanlı’nın son dönemlerindeki savaş yılları ve yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk devirlerindeki barış senelerinde hemşirelik alanında pek çok yararlı ve fedakârca hizmetleri görülen, hayatı muhtaç insanların yardımına koşmakla geçen ve uluslararası camialarda da kazandığı haklı şöhretle Kızılhaç tarafından Nightingale Madalyası ile ödüllendirilen bir “fedakâr hanım”ın, Safiye Hüseyin Hanım’ın hayatından bazı pasajlar, *Hilâl-i Ahmer Mecmuaları*’nın incelenmesiyle aydınlatılmaya çalışılmıştır.

Safiye Hüseyin Hanım’ın çalışma, çaba ve gayretleri sadece Hilâl-i Ahmerle sınırlı değildir. Onun adı, pek çok sosyal hizmet ve hayır kurumunun faaliyetleri içinde geçmektedir. Böylesine verimli, çalışkan ve fedakâr insanların bütün yönleriyle incelenip araştırılması sosyal hizmet tarihimiz için son derece gerekli olan çalışmalardandır. Onun ve Türk hemşireliğine hizmet eden benzer insanların hayatlarının incelenmesi, bir bakıma hemşirelik tarihimizin de aydınlanması yolunda büyük mesafeler alınacağı anlamına gelmektedir. Çünkü bir kişinin özgeçmişine ait bilgiler, sadece onun değil, bununla birlikte yaşadığı yüzyılın, çevresindeki ve dünyadaki gelişmelerin, olayların, sosyal hayatın da dönemselsel olarak yorumlanması anlamına gelmektedir.

Hilâl-i Ahmer Mecmualarının tetkiki sonucu oluşan bu makale, Safiye Hüseyin Hanım üzerinde araştırma yapacak olanlara Osmanlıca kaynakların deşifresi ve değerlendirilmesi hususunda önemli katkı ve kaynak malzemesi sunmaktadır.

Tablo 1: İstanbul Hilâl-i Ahmeri’nin Yeni Merkez Heyetinin Teşkilî İçin Gizli Oyla Yapılan Seçim Sonuçları

İsimler	Meslek	Oy
Şemseddin Bey	İlâhiyât Fakültesi Dekanı	267
Ziya Bey	Cumhuriyet Halk Partisi Beyoğlu İdare Meclisi Başkanı	267
Dr. Neşet Ömer Bey	Tıp Fakültesi Dekanı	266
Dr. Burhaneddin Bey	İstanbul Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Müdürü	266
Dr. Nureddin Ali Bey	İstanbul Üniversitesi Rektörü	266
Dr. Ömer Lütfi Bey	Gureba Hastanesi Başhekimisi	265
Sadiye Halil Hanım	Müze Müdürü Halil Bey’in eşi	265
Dr. Neşet Ömer Bey	İstanbul Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Müdür Yardımcısı	264
Hüseyin Bey	Ticaret ve Sanayi Odası Başkanı	263
Safiye Hüseyin Hanım	-	263
Dr. Ali Paşa	İstanbul Hilâl-i Ahmer Merkezi Başkanı	262
Dr. Tevfik Salim Bey	Gülhane Hastanesi Müdürü Müderris	262
Süreyya Paşa	Cumhuriyet Halk Partisi Üsküdar İdare Meclisi Başkanı	262
Celâl Sâhir Bey	İstanbul Hilâl-i Ahmer Merkezi Genel Sekreteri	261
Haydar Muhyiddin Bey	İstanbul Genel Meclisi Üyesi, Tüccar	257”

(*Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası*, “İstanbul Vilâyeti Umûmî ve Fevkalâde Hilâl-i Ahmer Kongresi”, sayı 59, Ahmed İhsan Matbaası, Beşinci Sene, İstanbul 1926, s. 532-533)



Fotoğraf 1: Uluslararası Kızılhaç tarafından kendisine Florence Nightingale madalyası verilen Safiye Hüseyin Hanım. (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası", sayı 22, Ahmed İhsan ve Şürekâsi Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339, s. 275)



Fotoğraf 2: Miss Florence Nightingale

(Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası", sayı 22, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339, s. 276-278)



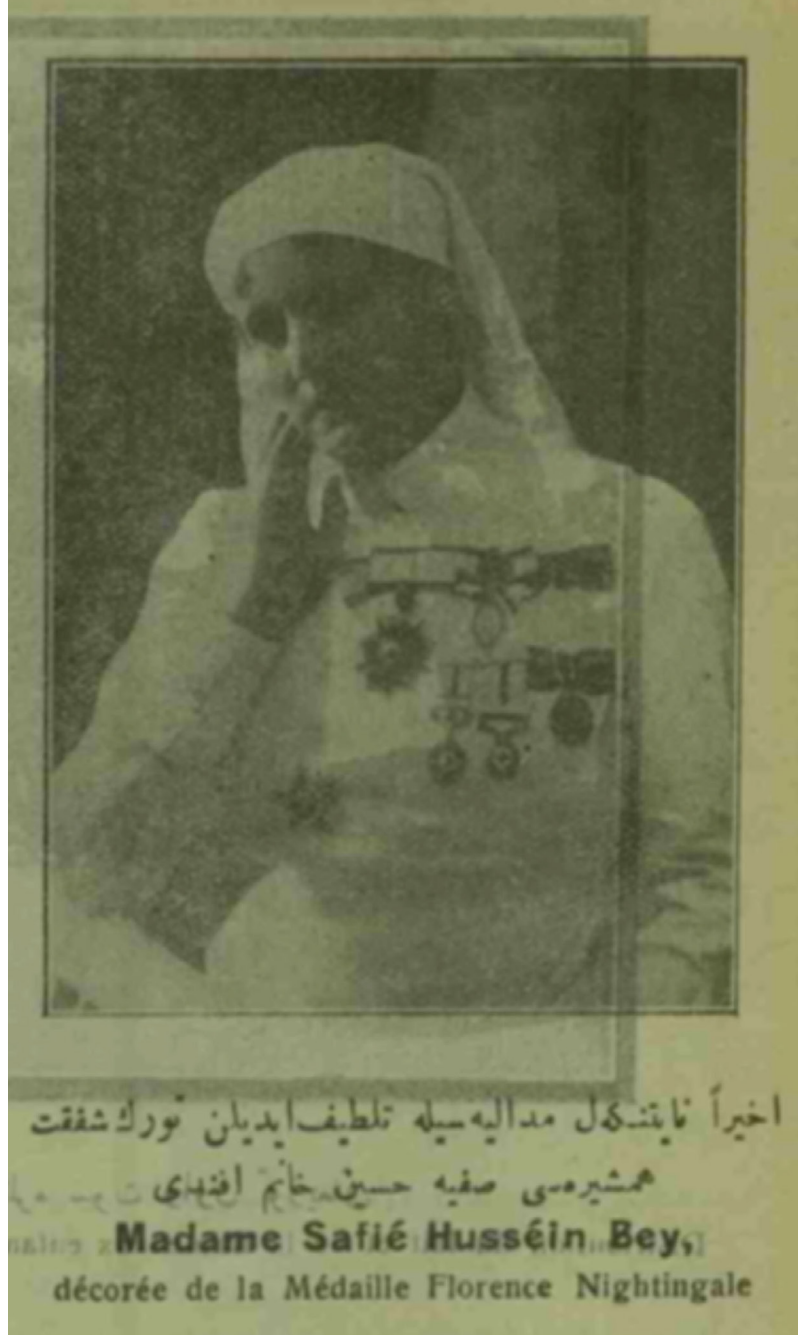
Fotoğraf 3: Miss Florence Nightingale Madalyası

Madalya, ortasındaki al haçın etrafında yeşil renkte defne bir daldan ibaret bir fiyangoya asılıdır. Şerit kenarı kırmızı beyaz renktedir. (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası", sayı 22, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339, s. 276-278)



Fotoğraf 4: Florence Nightingale Madalyası Diploması.

(Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası", sayı 22, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339, s. 276-278)



Fotoğraf 5: Nightingale madalyasıyla taltif edilen Türk şefkat hemşiresi Safiye Hüseyin Hanımefendi (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Nightingale Madalyası Merâsimi", sayı 28, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Üçüncü Sene, İstanbul 1339, s. 97-99)



Fotoğraf 6: Adına bir madalya ihdas edilmiş olan Mis Florence Nightingale'in küçük bir heykeli.
(Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Nightingale Madalyasının Üçüncü Defa Tevzi'i", sayı 46, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Dördüncü Sene, İstanbul 1341, s. 375-378)



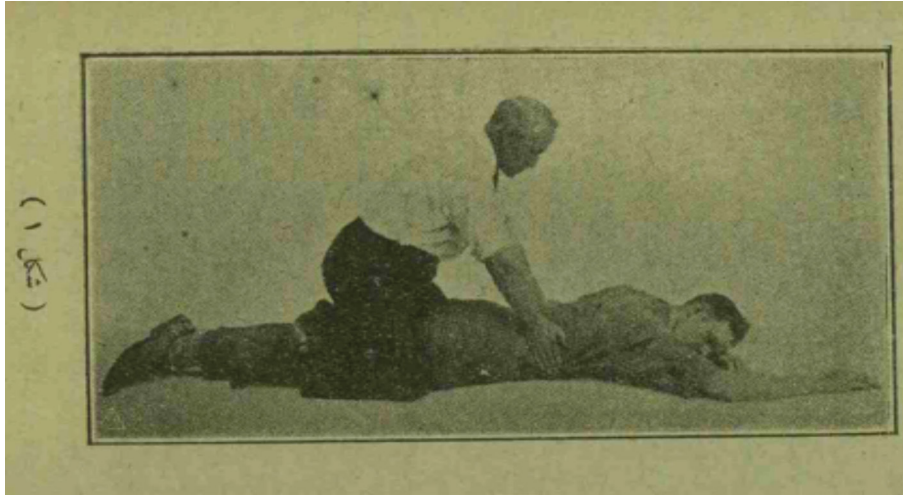
Fotoğraf 7: Türkiye'de ilk kez Nightingale Madalyası'nı alan İstanbul Hilâl-i Ahmer Genel Merkezi Üyesi Safiye Hüseyin Hanım. (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Nightingale Madalyası", sayı 64, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1926, s. 129-131)



Fotoğraf 8: İstanbul Aksaray'da Hilâl-i Ahmer Hastabakıcı Mektebi Binası
(Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Mister Barton Payne'in Ziyaretleri", sayı 68, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul
1927, s. 316-317)

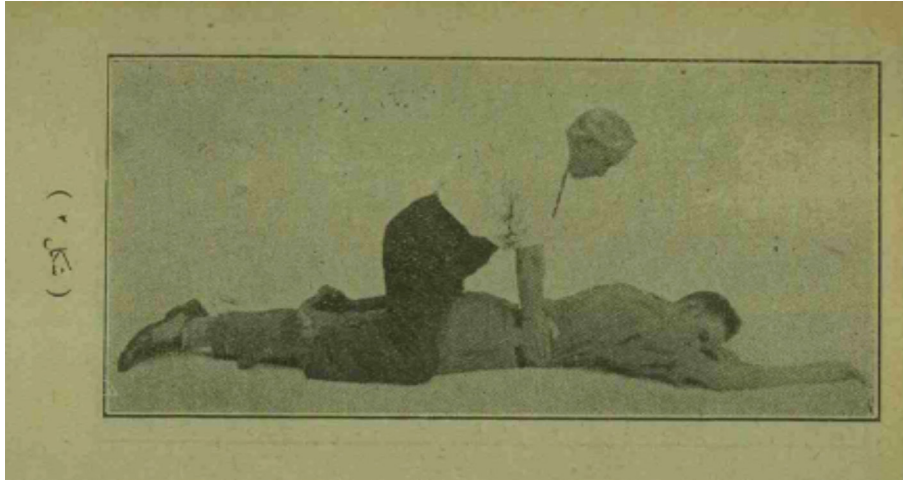


Fotoğraf 9: Büyük Gazi'nin İstanbul'u teşriflerinde cemiyet-i hayriye adına saygı ve hürmette bulunmaya memur edilen Safiye Hüseyin Hanım (Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, sayı 71, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1927, s. 446).



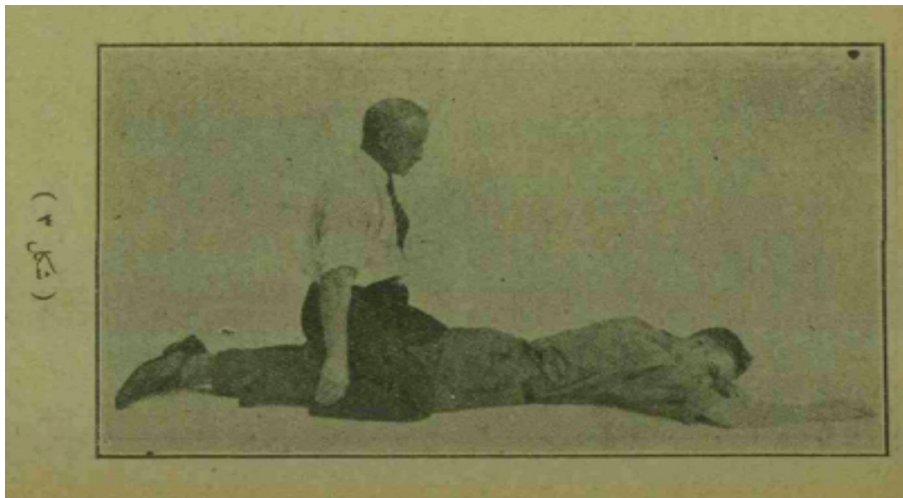
Fotoğraf 10:

(Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Teneffüs-i Sinâî, Tazyik Usulüyle Yüzükoyun Teneffüs-i Sinâî Nasıl Yapılır?", sayı 80, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 360-362)



Fotoğraf 11:

(Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Teneffüs-i Sinâî, Tazyik Usulüyle Yüzükoyun Teneffüs-i Sinâî Nasıl Yapılır?", sayı 80, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 360-362)



Fotoğraf 12:

(Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Teneffüs-i Sinâî, Tazyik Usulüyle Yüzükoyun Teneffüs-i Sinâî Nasıl Yapılır?", sayı 80, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928, s. 360-362)

Kaynaklar

- Osmanlı Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Ziyâretçi Hastabakıcılık Teşkilâtı", sayı 13, İkinci Sene, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İstanbul 1338.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Nightingale Madalyası", sayı 16, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1338.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Safiye Hüseyin Hanım ve Nightingale Madalyası", sayı 22, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Salîb-i Ahmerler İttihâdı ve Nightingale Madalyası", sayı 23, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, İkinci Sene, İstanbul 1339.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Nightingale Madalyası Merâsimi", sayı 28, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Üçüncü Sene, İstanbul 1339.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hilâl-i Ahmer Hastabakıcılık Mektebi", sayı 41, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Dördüncü Sene, İstanbul 1340.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Nightingale Madalyasınınin Üçüncü Defa Tevzî'i", sayı 46, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Dördüncü Sene, İstanbul 1341.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "341 Senesi Meclis-i Umûmîsi", sayı 48, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Beşinci Sene, İstanbul 1341.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "341 Senesi Meclis-i Umûmîsi", sayı 49, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Beşinci Sene, İstanbul 1926.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hastabakıcılık Mektebi Heyet-i İdaresi", sayı 50, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Beşinci Sene, İstanbul 1341.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "İstanbul Vilâyeti Hilâl-i Ahmer Kongresi", sayı 53, Ahmed İhsan ve Şürekâsı Matbaacılık Osmanlı Şirketi, Beşinci Sene, İstanbul 1341.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "İstanbul Vilâyeti Umûmî ve Fevkalâde Hilâl-i Ahmer Kongresi", sayı 59, Ahmed İhsan Matbaası, Beşinci Sene, İstanbul 1926.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Nightingale Madalyası", sayı 64, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1926.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Mister Barton Payne'in Ziyaretleri", sayı 68, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1927.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Büyük Gazi'nin İstanbul'u Teşrifleri", sayı 71, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1927.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, sayı 71, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1927.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hastabakıcı Konferansı", sayı 72, Ahmed İhsan Matbaası, Altıncı Sene, İstanbul 1927.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Safiye Hüseyin Hanım", sayı 73, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1927.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hilâl-i Ahmer Havâdisi, Ellinci Yıl", sayı 77, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928.
- Türkiye Hilâl-i Ahmer Mecmuası, "Hilâl-i Ahmer Havâdisi, Ellinci Yıl", sayı 77, Ahmed İhsan Matbaası, Yedinci Sene, İstanbul 1928.

Derleme makale / Review

Hemşirelik Mesleğinin Kuşaklararası Değişimi ve Kuşakların Yönetimi

Intergenerational Change of Nursing Profession and Management of Generations

Berra Yılmaz Kuşaklı¹ , Aysun Yerköy Ateş² , Gülbahar Çetin³ 

Yazarların ORCID numaraları/ORCID IDs of the authors:
B.Y.K. 0000-0002-5612-9554; A.Y.A. 0000-0001-7549-2546;
G.Ç. 0000-0002-0912-4793

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Büyükdere Mimar Sinan Devlet Hastanesi, Büyükdere/İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi, Eğitim Hemşiresi, İstanbul Çatalca İlyas Çökay Devlet Hastanesi, Çatalca/İstanbul

³İstanbul Çatalca İlyas Çökay Devlet Hastanesi, Çatalca/İstanbul

Sorumlu yazar / Corresponding author:

Berra Yılmaz Kuşaklı,
E-posta: berrayk@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 06.04.2019

Kabul tarihi / Date of acceptance: 17.07.2019

Atf / Citation: Yılmaz Kuşaklı, B., Yerköy Ateş, A., Çetin, G. (2019). Hemşirelik mesleğinin kuşaklararası değişimi ve kuşakların yönetimi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(3), 203-208.

ÖZ

Hemşirelik mesleği sağlığı geliştirmede ve sağlık hizmetlerinin değişiminde, tarihi boyunca günden güne önemini arttırmıştır. Gelişen bilim ve teknolojinin birçok mesleğin doğasını değiştirmesine rağmen, hemşireliğin varlık nedeni olan **"bakım"** ihtiyacı tüm dünyada artmaktadır. Bu nedenle hemşirelik mesleğine olan ihtiyaç sürekli ve evrenseldir.

Hemşireler, ağırlıklı olarak hastaneler, uzun süreli bakım merkezleri, ayakta tedavi merkezleri, evde bakım merkezleri gibi alanlarda çalışarak bireylere, ailelere ve topluma bakım hizmeti sağlarlar. Bunlara ek olarak günümüzde gittikçe artan bir şekilde araştırma ve geliştirme merkezlerinde, sağlık eğitimi ve danışmanlık birimlerinde bilgi üretme ve bilgiyi yayma hizmetlerini de yürütürler. Kritik hizmetleri yenilikçi yaklaşımlarla, etkili ve güvenli bir şekilde sunabilen hemşireler farklı kuşaklarda hemşireleri kendi içlerinde barındırmaktadır. Farklı kuşakların iş yaşamına, teknolojiye ve hatta hayata uyum sağlamaları değişiklik göstermektedir. Bu kapsamda yönetici hemşirelerden çalışma hayatında farklı kuşaklarda yer alan hemşirelerin kuşak özelliklerini bilmesi, bu farklılıkların bilincinde olarak ve dikkate alarak çalıştıkları kurumun ortak amaçları doğrultusunda ekip üyelerini yönlendirmeleri beklenmektedir. Bu derleme ile yönetici hemşirelerin farklı kuşaklarda yer alan hemşirelerin farklı özelliklerinin bilincinde olarak meslekte yaşanan değişimleri ve kuşaklararası değişimleri tanımlayabilmeleri amaçlanmıştır. Hemşirelikte kuşakların yönetimi konusu son yıllarda üzerinde önemle durulan konular arasında yer alması nedeniyle bu derlemenin, hemşirelikte kuşaklara ilişkin literatür bilgisi sunarak yönetici hemşirelere katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Nesillerarası ilişkiler; bireysel farklılıklar, hemşirelik.

ABSTRACT

The nursing profession has increased its importance throughout the history of development of health and changing of health services. Although the developing science and technology change the nature of many professions, the need for "care" which is the reason of nursing is increasing all over the world. Therefore, the need of nursing profession continuous and is universal. Nurses work mainly in hospitals, long-term care centers, outpatient treatment centers, home care centers, etc. and provide services to employees, families and the community. Additionally nowadays, they work in research and development centers, health education and consulting units to produce and disseminate information. There are different generations of nurses who are able to offer functions in critical services, effective and safe in such a wide range of worlds. The adaptation of different generations to business life, technology and even life varies. In this context, it is expected that the nurses manager who are working in different generations in their working life should know the characteristics of the generations of the nurses and that they are aware of these differences and that they will guide the team members in accordance with the common aims of the institution they work with. With this review, it is aimed that the nursing managers are able to define the changes experienced in the profession and intergenerational changes, being aware of the different characteristics of nurses in different generations. It is thought that this review will present the knowledge related to nursing generations and contribute to the manager nurses.

Keywords: Intergenerational relations; individual differences; nursing.

Giriş

“Nesil” ve “Jenerasyon” olarak da ifade edilebilen kuşak kavramı “yaklaşık olarak aynı yıllarda doğmuş, aynı çağın şartlarını taşıyan dolayısıyla birbirine benzer sıkıntıları, kaderleri paylaşmış, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişilerin topluluğu” olarak tanımlanmaktadır (Kupperschmidt, 2000; Adıgüzel, Batur, ve Ekşili, 2014; TDK, 2019) Bireylerin yaşam standartlarındaki değişimler ve teknolojik gelişmeler kuşak kelimesinin kapsamını da değiştirmiş ve daha geniş bir boyuta taşımıştır. Kuşak kavramının sosyolojik olarak da değerlendirildiği görülmektedir. Kuşak, sadece bir yaş ya da bir dönemi ifade etmemektedir. Kuşak, insanların ortak deneyimler, benzer insanlarla, benzer yerlerde, benzer olaylar yaşamaları gibi anlamlara da gelmektedir. Kuşak, birçok konuda insanların olaylar arasında benzer ilişkiler kurmasını sağlamaktadır (Haydari, 2014; Aygenoğlu, 2015; Terzi ve Kızgın, 2017). Comte 1830-1840 yılları arasında kuşak çalışmaları hakkında bilimsel araştırmalarda bulunan ilk kişidir. Comte (1974) kuşaksal değişen farklılıkların, tarihsel süreçle birlikte hareket eden kuvvetler olduğunu ortaya koyarak, sosyal gelişimin de bir kuşağın bir sonraki kuşağa aktaracağı birikimler ile olabileceğini belirtmektedir (Comte, 1974; Latif ve Serbest, 2014; Gökteş ve Değirmenci, 2018). Kuşaklar; “Sessiz/Savaş Kuşağı, Bebek Patlaması, X, Y ve Z kuşağı” olarak sınıflandırılmaktadır. Kuşak ayrımlarının belirlenmesinde, her kuşak için ortalama zaman dilimi 15-20 yıl olarak kabul edilmektedir.

Hemşirelerin Farklı Kuşak Özellikleri

Günümüzde hemşirelerin kuşaklar açısından dönemleri incelendiğinde beş farklı kuşaktan söz edilebilir. Bunlar; “Sessiz Kuşak/Savaş Kuşağı” (1925-1945), Bebek Patlaması Kuşağı (1946-1964), X kuşağı (1965-1979), Y kuşağı (1980-1999) ve Z kuşağıdır (2000-).

Sessiz kuşak/Savaş kuşağı; Türkiye’de hemşirelik mesleğinin ilk uygulayıcılarıdır. Dönem açısından bu kuşağın 1923-1929 yılları arasındaki bölümü, “Cumhuriyet Kuşağı”na, 1939-1945 yılları arasındaki bölümü ise “Savaş Çocukları”na denk gelmektedir. Günümüzde 74-94 yaşları arasındadırlar. Bu kuşak hemşireler sadakat, sıkı çalışmak, topluma faydalı olabilmek için fedakarlıkta bulunmak gibi güçlü değerlerle büyümüşlerdir. Otoriteye karşı saygılı ve disiplinli çalışma alışkanlıkları olmakla birlikte yaşamları boyunca ekonomik sıkıntılar yaşamışlardır (Sherman, 2006; Çınar, 2016).

Bebek patlaması kuşağı (1946-1964); İkinci Dünya Savaşı sonrasında toplumda görülen genel olumsuzluğun yaşanmadığı bir refah döneminde yetişmişlerdir. Geleneksel çekirdek ailelerde yetişmiş olan bu kuşağın yaşamdan yüksek beklentileri bulunmaktadır (Polat, 2018). Bu kuşak hemşireler çalışkan, idealist, kararlarında uyumlu bir yapıya sahiptir. Ayrıca bu kuşağın yetki duygusu, işkolik ve bencillik gibi bazı olumsuz özelliklere sahip olduğu ifade edilmektedir. Zor işe ve uzun saatler çalışmanın önemine inanan bu kuşak üyesi hemşireler uzun dönemli istihdam anlayışıyla çalışmaktadır. Kendi kendilerini motive edebilen ve takdir edilmekten hoşlanmayan bir yapıya sahip oldukları söylenebilir (Adıgüzel ve ark., 2014).

X kuşağı hemşireler; Çalışma, yaşamlarının bir parçası olmakla birlikte; bir önceki kuşak olan bebek patlaması kuşağı gibi “çalışmak için yaşamaz, yaşamak için çalışırlar”. Aileye ve iş-yaşam dengesini kurmaya önem verirler. Bu kuşak hemşire-

reler bilgisayarın doğuşunu görmüştür ve değişikliği kolaylıkla kabul ederler. Kendi gereksinimlerine uymayan ya da ilerleme olanağı olmayan işlerde kalmak istemezler. Bu kuşak hemşireler, iş yaşamlarında bireysel olarak davranış sergilerler, kendi zamanlarını nasıl yöneteceklerini bilirler, kendi programlarını kendilerinin yapmasını önemserler ve bir denetim olmadan işlerini tamamlarlar. Ayrıca bu kuşak hemşireler süreçten çok sonuç odaklıdırlar. Sınırlarını bilirler. Genellikle acelecidirler ve karar alma süreçlerine dahil edilmek isterler (Hart, 2006; Carver & Candela, 2008; Clipper, 2012; Hendricks & Cope, 2013; Haydari, Kocaman, ve Tokat, 2016).

Y kuşağı hemşireler; En temel özellikleri kendilerine güvenmeleri takım odaklı ve başarılı olmalarıdır. Y kuşağı üyeleri önceki kuşaklara kıyasla daha “çocuk dostu” bir ortamda/toplumda yetişmişlerdir. Bu kuşak, sonuçları hesaba katmadan hareket eden ve birçok şeyi hemen şimdi isteyen bir kuşak olarak tanımlanmaktadır. Y Kuşağının gelişiminde en belirleyici özellik elektronik ortamdır. Yüz yüze konuşmak yerine, e-posta atma veya mesaj yazma tercih edilen iletişim aracıdır. Y kuşağı hemşireler yaklaşık 15 yıldır iş yaşamında diğer kuşaklarla birlikte çalışmaktadır. Çalışma alanlarında Y kuşağı hemşireler kendine amirlik değil rehberlik yapılmasını ister. X kuşağı hemşirelere göre ekiplerle çalışmaya ve nezaret edilmeye alışkındırlar. Onlarla çalışan yönetici hemşirelerin, Y kuşağının, daha bağımsız olan X kuşağına göre, uyum programlarının daha uzun olması gerektiğini bilmeleri gerekir. Çalışma ortamlarında beklediklerini bulamazlarsa iş değiştirmekten korkmazlar. Y Kuşağı hemşireleri için bir bölümde iki yıl çalışmak, çok uzun süre çalışılmış olarak kabul edilir. Beş yıl ve daha fazla çalıştıktan sonra terfi alamazsa ayrılmayı; hızlı bir şekilde yükselebileceği bir kuruma gitmeyi düşünürler (Carver & Candela, 2008; Clipper, 2012; Çınar, 2016).

Genel olarak Y kuşağı yaşam tarzı ve çalışma hayatları, kariyerleri açısından ele alındıklarında eğlence, iş ve sosyal faaliyetlerin hepsini iç içe yaşamaktadırlar. Y kuşağı hemşireler ilişkilere önem vermelerinin yanında ilişkileri geliştirmek ve sosyalleşmek için vakit ayırmak istemektedirler. Tutum, davranış ve becerileri; aile, arkadaş, okul ve kitle iletişim aracılığıyla şekil kazanmaktadır. Bu doğrultuda Y kuşağının ürün ve yaşam tarzı seçimlerinde medya araçları, televizyon, internet ve dergiler etkilidir. Y kuşağı genellikle bağımsız, kendine güvenen, bencil ve çeşitlilik barındıran bir kuşak olarak tanımlanmaktadır. Girişimcilik Y kuşağının önemli özelliklerinden biri olmaktadır. Hızlı tüketmeyi, kiteselliği değil bireysel olanı sevmektedir. Y kuşağı üyelerinin en dikkat çekici özelliklerinden biri iş hayatlarını en önemli parçası olarak görmemeleri, hayatlarının merkezine yerleştirmemeleridir. İş hayatında yeniliklere açık, kendilerini göstermeyi, takdir edilmeyi seven ve ön planda tutulmaya eğilimlidirler. Otoriteye karşı tepkisini gösteren, çabuk yükselme arzusu olan, kendi kariyerlerini ve ihtiyaçlarını organizasyonun üstünde tutan özellikleri bulunmaktadır. Kendilerine olan güvenleri son derece yüksek olup sık iş değiştirmeye heveslidirler (Köse, Oral ve Türesin, 2014; Arslan ve Staub, 2015; Serçemeli, Kurnaz, ve Özcan, 2015; Gökteş ve Çarıkcı, 2016).

Z kuşağı hemşireler; henüz hastanelerde hemşire olarak çalışma hayatına girmemiş, hemşirelik eğitimlerine başlamış ve yakın zamanda çalışma hayatına girmeye başlayacak olan

2000 yılı ve sonrasında doğan hemşireler ise; Z kuşağı olarak ifade edilmektedir (Ökdem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000; Adıgüzel ve ark., 2014; Çınar, 2016). Henüz iş dünyasına girmediklerinden iş hayatında nasıl bir davranış sergileyecekleri bilinmemektedir. Literatürde henüz çok geniş yer bulmayan bu kuşak için teknolojiye en yatkın ve teknolojiyi araçtan ziyade yaşamın bir parçası gibi gören algılarının bulunduğu söylenebilir. Y kuşağının teknoloji kullanım biçiminin X kuşağına göre daha yüksek olması, bu kuşaktan sonra gelen Z kuşağının teknoloji kullanma biçimi ile ilgili ipuçları da vermektedir. X kuşağına göre teknoloji ile daha fazla ilgilenen Y kuşağından sonra gelen Z kuşağının da teknoloji kullanma şekli farklı olabilir (Kuyucu, 2017). Teknoloji dünyasında yaşanan gelişmeler doğrultusunda Z kuşağının tıbbi teknolojiye Y kuşağından daha fazla ilgi göstereceğini söylemek mümkündür.

Bununla birlikte literatürde, daha yaşlı kuşağın daha genç olan kuşakları çalışma ahlakı, sadakat ve bağlılık değerleri açısından zayıf buldukları belirtilmektedir. Yönetici hemşireler, genç kuşakların bu özelliklerini bir kusur olarak değerlendirmemeli; onları bu yönelimleri için yargılamak yerine her kuşağın güçlü yanlarına odaklanmalıdırlar. Yöneticiler, kuşaklararası farklılıkları anlamalı, bu farklılıklar hakkındaki bilgilerini arttırmalı ve kuşak özelliklerine göre önlemler almalıdır. Bu kapsamda yönetici hemşireler kendilerini mevcut ve çalışma hayatına yeni girecek Z kuşağı özelliklerine göre hazırlamalı ve yeni yönetim becerileri kazanmalıdır. Personelin yapısına bağlı olarak, yönetici en etkili iletişim yöntemlerinin kombinasyonunu bulmalıdır. Kuşaklararası dayanışmanın sağlanmasında kuşaklararası iletişim ve etkileşim için günlük yaşamda kamusal alanda uygulanabilecek programlar oluşturulmalıdır. Bireysel ve sayısal olarak güçlerinden yararlanmak ve ortak zemin bulmak, kuşaklararası uyum ve verimliliğin anahtarlarıdır (Sherman, 2006; Carver & Candela, 2008).

Clipper (2012); “çok yakın bir gelecekte 5 kuşak hemşirenin çalışma alanlarında birlikte çalışacağını” belirtmektedir. Batı ülkelerinde çalışma alanlarında bu kuşakları görmek mümkündür. Türkiye’de ise; hemşirelerin kuşaklar açısından işgücü durumlarını incelendiğinde üç farklı hemşirelik kuşağının bir arada çalışmakta olduğu görülmektedir. Yönetim boyutu incelendiğinde ise; hastanelerde yönetim pozisyonunda daha önceki yıllarda “bebek patlaması” kuşağı daha fazla yer alırken, günümüzde bu kuşaktaki hemşirelerin emekli olmaları nedeniyle çalışma hayatlarını tamamladıkları görülmektedir. Yönetici hemşirelerin ağırlıklı olarak X kuşağı hemşirelerden olduğu ancak son yıllarda Y kuşağı hemşirelerin de başta üst düzey olmak üzere tüm hemşirelik yönetim alanlarında görev aldığı görülmektedir.

Yaşanacak olan kuşak çeşitliliği yönetici hemşireler için çalışanların tutumları, inançları, çalışma alışkanlıkları ve beklentilerdeki işgücü farklarının yönetiminde zor süreçlerin yaşanacağını düşündürmektedir. Yönetici hemşirelerin kuşaklararası farklılıklar hakkındaki algılarını yeniden şekillendirmelerinde yardımcı olmak, farklı kuşaktaki hemşirelerin tutum ve davranışlardaki potansiyel güçlü yönlerini görmek, kuşaklararası farkları değişik bir bakış açısıyla görme becerisi kazanmak; yöneticinin liderlik tarzını geliştirmesine, bakım kalitesini ve üretkenliği arttırmasına, ekip içi çatışmayı azaltmasına ve tüm personelin katkılarını en üst düzeye çıkarmasına olanak sağlayacaktır.

Hemşirelik Mesleğinde Yaşanan Değişimler ve Kuşaklara Yansımaları

Yapılan araştırmalara göre her kuşak kendi döneminin izlerini taşımakta ve içinde bulunduğu zamanın karakteristik yapısından etkilenmektedir. Teknolojik gelişmeler ise bir kuşağın şekillenmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır (Yeaton, 2008; Polat, 2018). Bu çerçevede hemşirelik kuşaklarının kendi karakteristik özelliklerinin oluşmasına neden olan dönemsel, ekonomik, sosyal ve teknolojik gelişmeler ile bu gelişmelerin hemşirelik mesleğine yansımaları ele alınmıştır.

Hemşirelik mesleği ile ilgili mevzuat; 08 Mart 2010 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği ile hemşire, başhemşire, uzman hemşire ve yetki belgesine sahip hemşireliğin tanımları yapılmıştır. 19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan yönetmelik ile düzenleme yapılmış; çalışılan birim / ünite /servis / alanlara göre hemşirelerin “Görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır” (Resmi Gazete, 2011).

Hemşirelik lojmanları; Kamu, özel ve üniversite hastanelerinde hemşirelerin geçici veya kalıcı olarak ikamet edebilecekleri sosyal hakları bulunmaktayken, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane lojmanlarının 2005 yılında kapatılmasıyla birlikte bu sosyal hak hemşirelerin elinden alındı. Özellikle bekâr olan X kuşağının büyük bir kısmının uzun yıllar ve Y kuşağının ilk dönem çalışanlarının kısa bir süre olmak üzere bu sosyal haktan faydalandığı bilinmektedir.

Erkek hemşire; Türkiye’de yakın bir tarihe kadar hemşirelik hizmetleri kadınlar tarafından gerçekleştirilmekteydi, fakat 2 Mayıs 2007 tarih ve 26510 Sayılı “Hemşirelik Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile erkek hemşirelerin mesleklerini yapabilmeleri yönünde mevzuat açısından engel ortadan kaldırılarak erkekler de hemşire unvanı alabilme hakkını elde etti (Resmi Gazete, 2007).

Üniformalar, kepler; Aynı işi yapanların giydiği bir örnek giysisi olan üniforma, mesleki bir simge olma özelliğini taşır. Ancak sağlık çalışanlarının üniforma giymesi salt simgesel olmanın yanı sıra, sağlık uygulamaları sırasında olası kontaminasyonların önlenmesine katkıda bulunması nedeniyle, aynı zamanda işlevseldir. Sağlık çalışanlarının üniformaları dönemden döneme değişiklik göstermektedir. Sağlık meslekleri arasında, üzerinde en çok görüş belirtilen ve geçmişten günümüze en çok değişim geçiren üniformaya sahip olan meslek ise hiç kuşkusuz hemşireliktir. 1973 yılında yayımlanan, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde hemşirelerin üniforma düzeni “kep, beyaz gömlek, boyu diz kapağının 10 cm altında, önden pili kaşe etek ve beyaz ayakkabıdan oluşmalıdır” şeklinde belirtildiğinden, bebek patlaması ve X kuşağı hemşirelerin kıyafet uygulamaları ilgili yönetmelik çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Kep ve özellikle gece nöbetlerinde giyilen pelerin, çok uzun yıllar hemşire üniformasının ayrılmaz parçaları olmuştur. Batı ülkelerinde 1980’den sonra, Türkiye’de ise 1997 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hemşirelik-Ebelik Danışma Kurulu’ndan alınan görüş doğrultusunda, 2004 yılında yayımlanan “Hemşire Kıyafeti Hakkında Genelge” ile kep kullanımdan kaldırılmıştır.

Ülkemizde, 2005 yılında pantolon şeklinde olan üniformaların giyilmesi serbest bırakılmıştır. Hemşirelik eğitimi alan kız ve erkek öğrenciler ile hemşireler 2007 yılı itibarıyla, genellikle beyaz

renkten oluşan pantolon, tunik ve spor ayakkabılardan oluşan üniforma olarak giymektedir. Çalışma hayatında yer alan X kuşağına mezuniyet sonrası dahil olan Y kuşağı da eklenmiştir. Hemşireler batı ülkelerindeki örnekleri gibi yaptıkları işe uygun olarak rahatlık sağlayacak farklı model ve renklerden oluşan üniforma, spor ayakkabı ya da terlik tercih etmektedirler (Yalçın, Torun, ve Kadıoğlu, 2014).

Sağlık Hizmetleri ve Demografik Değişiklikler

Kronik ve yaşlı hastaların artması; Dünyada pek çok toplumda olduğu gibi ülkemizde de bebek ölümlerinin azalması, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, beslenme ve sağlık hizmeti olanaklarının gelişmesiyle beklenen yaşam süresinde ve nüfus yapısındaki değişiklikler sonucunda yaşlı nüfus oranında artış olmuştur. Artışın nedenlerine bakıldığında; sosyal şartların düzelmesi, teknolojinin ilerlemesi, tıbbi bakım, beslenme, eğitim olanaklarının artması ve barınma koşullarının iyileşmesi şeklinde sıralanmaktadır. Sağlık üzerine olumsuz etkisi olan koşulların düzelmesi, hemşirelik bakım süreçlerini etkilemiştir. Yaşlı nüfusun artmasıyla yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerine de talep giderek artmaktadır. Bu durum değerlendirildiğinde hemşirelik alanlarında uzmanlaşmanın gerekli olduğu bir branş olarak geriatri hemşireliği karşımıza çıkmaktadır (Berk, 2009; Archibald & Barnarda, 2017).

Hizmet sunumu hastanelerin dışına çıkmıştır; Hastanede uzun kalış süreleri hastalığa birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olabilmekte, uzun süreli hastane yatışları, aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirebilmektedir. Hastaların evde bakım hizmetleri ile hastanede kalış sürelerinin azaltılması hedeflenmiştir. Bu kapsamda yürütülen “Evde Bakım Hizmetleri” ile gezici sağlık ekibi uygulanması ile hastaların evde tedavi ve bakım gereksinimleri karşılanmaktadır. Bu ekiplerin içerisinde hemşirelik hizmetleri büyük bir önem taşımaktadır (Aksayan ve Cimete, 1998).

Kaliteli hizmet sunumu beklentisi artmıştır; Türkiye’de sağlıkta kalite çalışmalarının temelleri, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında başlamıştır. Sağlık Bakanlığı’nca “nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon” hedefi ile yürütülen çalışmalar kapsamında; sağlıkta kalite standartları geliştirilmesi, saha değerlendirmeleri, sağlık çalışanlarının ve kalite değerlendiricilerinin bilgi ve farkındalıklarının artırılmasına yönelik eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda yürütülen kalite çalışmalarında Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaç ve öncelikleri esas alınmaktadır (Sağlıkta Kalite Standartları, 2016).

Tüm bu süreçler ile hastalar ile hemşireler için riski azaltarak güvenli bir ortam temin edilmesi, kalite ve hasta güvenliği için ölçülebilir kıyaslama kriterlerinin sunulması, güvenilir bir süreç kullanılarak sürdürülebilir iyileştirmenin ortaya konulması, hasta ve çalışan memnuniyetinin iyileştirilmesi, verimliliğin artırılması, standardize bakım sayesinde maliyetlerin düşürülmesi amaçlanmaktadır (Onganer ve ark., 2014).

Sağlık alanında ülke genelinde kalite kültürünün geliştirilmesi açısından hemşireler büyük önem arz etmektedir. Bu kapsamda yürütülen çalışmalar ile başta Y kuşağı ve X kuşağı hemşireler olmak üzere bilinçlenme giderek artmakta, hizmet alan hastalara daha güvenli ve kaliteli hemşirelik hizmeti sunulmaktadır.

Hasta ve çalışan güvenliğine ilgi artmıştır; Çağdaş sağlık hizmetinin özellikleri güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında ve eşit dağılımlı olarak sunulması olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda hastalara daha güvenli bir sağlık hizmeti sunulması, birinci öncelik haline gelmiştir. Hasta güvenliği ile ilgili olarak; ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, güvenli doğum uygulamaları, transfüzyon güvenliği, tesis güvenliği, düşmeler, radyasyon güvenliği, bilgi güvenliği gibi konular da ele alınmaktadır. Çalışan güvenliği ile ilgili konular ise; kesici delici alet yaralanması, tesis güvenliği, radyasyon güvenliği, mesleki enfeksiyonlar, kan ve vücut sıvıları ile temas gibi konularda değerlendirilmektedir. Hasta güvenliğinin temelini hasta kimliğinin doğrulanması oluşturur. Bu durum aynı zamanda ulusal ve uluslararası hasta güvenliği örgütlerinin de birincil hedefidir. Teknolojinin ilerlemesi güvenli hasta uygulamalarına olumlu yönde yansımıştır. Hastaların kimlik kontrollerinin sağlanması amacıyla hasta bilekliği barkod okutma işlemlerinde teknolojinin kullanılması, hastaların hemşire çağrı zili uygulamalarını kullanmaları, düşme riskinin azaltılması ve risk analizlerinin yapılması ile tüm süreçler gözden geçirilerek gerekli güvenlik önlemleri alınmakta, Güvenlik Raporlama Sistemleri ile takip edilmekte ve analiz edilmektedir (Gürlek, Kanber, ve Khorshid, 2015; Onganer, Bozkurt, ve Kılıç, 2014; Resmi Gazete, 2011)

Elektronik sağlık kayıtları; Sağlık hizmetlerinin günümüzün gelişmişlik düzeyine uygun bir şekilde sunulmasını sağlamak için standardizasyona ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kapsamda bilgi teknolojileri ve bilgi sistemlerinin sağlık alanında kullanımı büyük kazanımlar sağlayan önemli yeniliklere imkân vermiştir. Bilgi sistemleri bir organizasyonda o organizasyonun etkinliğini ve verimliliğini artırmak için uygulanmaktadır. Bu doğrultuda sağlık bilgi sistemi etkili ve yüksek kalitede hasta bakımına katkıda bulunmaktadır (Haux et al., 2004; Haux, 2006; King J. L. & Lyytinen K., 2006; Işık ve Akbolat, 2010).

Klinik karar destek sistemleri, sağlık personeline alacağı klinik kararlarda ve uygulamalarında destek sağlayan bilgisayar programlarıdır. Elektronik hasta tedavi istemleri, klinik karar destek sistemleri ile süreçler yönetilmekte, maliyetler düşürülmekte, bakım kalitesi artırılmakta ve tıbbi hataların azalması sağlanmaktadır (Bıyık ve ark., 2002; Bodur ve Kaya, 2015).

Hemşirelik rolleri; Hemşirelik kısa tarihinde bir dizi hızlı ve çarpıcı değişim geçirmiştir. Bu değişim ile hekimlere tabi olan bir meslekten, özerk bir mesleğe; sadece hastanelerde uygulanan bir meslekten, çeşitli ortamlarda uygulanan bir mesleğe; sınırlı görevleri olan bir meslekten, önemli toplumsal sorumlulukları olan bir mesleğe bununla beraber hastalığa odaklanmış bir meslekten, sağlığa odaklanmış bir mesleğe dönüşmüştür (Taylan, Ayan, ve Kadıoğlu, 2012).

Özellikle 19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği ile yapılan düzenlemeler ile hemşirelerin görev ve sorumlulukları netleşerek bağımsız rolleri resmîyete kavuşmuştur. Bebek patlaması ve X kuşağı hemşirelerin hekim bağımlı rollerinden günümüzde Y kuşağının çalışma alanına dahil olmasıyla birlikte hemşirelerin bilgi üreten, hemşirelik uygulama becerilerini üst düzeye çıkarmak için çaba sarf eden, sorgulayan ve düşünerek yapılacak uygulamaların doğruluğunu bilerek yapması gereken uygulamalara geçilmektedir. Bu durum hemşirelerin çok daha eğitimli ve becerili olması gerektiğini

göstermektedir. Hemşirelerin üstlendiği rolleri en üst seviyede uygulamaları beklenmektedir. Hemşirelik rolleri incelendiğinde; genel kabul gören hemşirelik rolleri; bakım verme, eğitim, araştırma, yöneticilik, karar verme ve hasta savunuculuğudur. Diğer hemşirelik rolleri ise, iletişim ve eşgüdüm sağlama, rehabilitasyon, tedavi, kariyer geliştirme, özerk, sorumluluk sahibi olma ve danışmanlık olarak belirlenmiştir (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>; Taylan ve ark. 2012).

Hemşirelikte uzmanlaşma ve branşlaşma; 2007 yılında yenilenen “Hemşirelik Kanunu” ile hemşirelikte uzmanlaşma yasal olarak da tanımlanmıştır. 2010 yılında Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği ile uzman hemşireliğin tanımı ayrıntılı olarak yapılmıştır. İlgili Yönetmeliğe göre; “Uzman Hemşire: Mesleğiyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaşan ve diploması Bakanlıkça tescil edilen hemşiredir” şeklinde tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2010). Bu kapsamda lisansüstü eğitim imkanları her geçen gün artarak Uzman Hemşire sayıları da bu doğrultuda her geçen gün artış göstermektedir (Kocaman, 2017).

Günümüzde teknolojik gelişmeler ve talepler doğrultusunda farklı branşlarda hemşirelik alanları oluşmaktadır. Yeni hemşirelik uzmanlık ve çalışma alanlarına; uzay hemşireliği, uçuş hemşireliği, hiperbarik hemşireliği, adli tıp hemşireliği, bilişim hemşireliği vb. örnek verilebilir. Kanıta dayalı hemşirelikte; hemşirelik mesleğinin gelişmesi ve bakım kalitesinin artması için profesyonel hemşirelerin uygulamalarını araştırma sonuçlarına dayalı kanıtlara göre gerçekleştirmeleri önemli bir gerekliliktir. Bu süreçlerle ilgili olarak hemşirelerin farkındalıkları artmaya ve kanıta dayalı uygulamalar yapılmaya başlanmıştır (Güneş, 2017).

Teknoloji-araç-gereç; 20. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren sağlık hizmetleri teşhis ve tedavi amaçlı ortaya çıkan teknikleri ve teknolojik uygulamaları kullanmaktadır (Sargutan, 2005). Tüm bu teknolojik gelişmeler ile X kuşağında hemşirelerin hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde büyük değişiklikler gözlenmektedir. Hastaların vital bulgu takipleri için ayırdıkları süre daha uzun iken; teknolojik cihazlarla takip ve kayıt süreleri çok kısalmıştır. Aynı şekilde pansuman ürünleri ile yara bakımı ve iyileşme süreçleri hız kazanmıştır. Teknolojik gelişmeler ele alındığında; hastanın yatağından kaldırılmadan kilosunu ölçen, tıbbi radyoloji görüntüsünün mobil cihazlar ile çekildiği, teknolojik hasta yatakları, hasta taşımada kullanılan mobil lift sistemleri, neonatal izlemler, ağrı tedavii yöntemleri, ilaç yönetimleri vb. dijital araçlar kullanılmaktadır. Bu durum hem çalışanın hem de hastanın konforuna büyük katkılar sağlamaktadır. Bu gelişmelerin hızlanarak ve yeni uzmanlaşmalara yol açarak yoğunlaştığı, sağlık kuruluşlarının karmaşık teknik donanımlı yerler haline aldığı, sağlık hizmetlerinin bir endüstriye dönüştüğü gözlemlenebilmektedir (Sargutan, 2005).

Temel eğitim, sürekli eğitim, bilgi kullanımı; Hemşirelikte temel mesleki eğitim süresi ve seviyesi değişmiştir. Bebek patlaması ve X kuşağında farklı eğitim seviyesinde programlar ile hemşire yetiştirilen dönemler mevcut olup, günümüzde hemşirelik eğitimi lisans seviyesine çıkartılmıştır (Aydemir, 2018). Hemşirelerin hizmet içi eğitimleri bilgi teknolojilerinin kullanımı ile uzaktan eğitim uygulamaları şeklinde yürütülmeye başlanmıştır. Simülasyon laboratuvarları ile sanal klinikler kurgula-

narak daha bilgili ve becerisi yüksek hemşireler yetiştirilmesi hedeflenmektedir. Günümüzde düzenlenen bilimsel hemşirelik eğitim programları ve bu programlara katılım sayısı artmıştır. Hemşirelik bölümünde, son yıllarda lisansüstü eğitim program sayılarındaki artış hemşirelik alanında yapılan bilimsel araştırma sayısının da artmasını sağlamıştır. Bilimselleşme sürecinde hızla ilerleyen hemşireler, bilimsel araştırmalar ile elde edilen kanıta dayalı bilgiyi, hemşirelik uygulamaları için gerekli olan temel bilgiye dönüştürmektedir. Bu açıdan bilimsel üretkenlik, hemşirelik uygulamalarının niteliğini artırmak, bilimsel bilgi birikimini (kitap, dergi vb. literatür bilgisi) artırmak, çağın gereksinimlerini yakalayabilmek adına hemşireler için ayrı bir önem taşımaktadır. Hemşirelikte eğitim seviyesinin, araştırmaların artması, meslek ve çalışma standartlarının gelişmesi ile mesleğin profesyonellik düzeyi yükselmektedir (Yılmaz ve ark., 2017).

Sonuç

Yönetici hemşirelerin her kuşağın özelliklerini iyi bilmesi, farklı gereksinimleri bulunan bu kuşaklardaki hemşirelerin yönetiminde kendisine yardımcı olabilecektir. Farklı yaş gruplarındaki hemşireleri ortak bir amaca yönlendirebilmek, ekip ruhunu oluşturup sürdürebilmek için yapılabilecek uygulamalar, çalışmalar, araştırmalar sürekli gözden geçirilerek durum değerlendirilmelidir. Yönetici hemşirelere kuşakların genel özellikleri, farklılıkları ve benzerliklerine yönelik eğitim verilmelidir. Farklı kuşaklardaki hemşirelerin de birbirlerini daha iyi anlamaları amacıyla bu eğitimler hemşirelere de verilmek üzere yaygınlaştırılmalıdır. Eğitim programları, eğitime katılacak olan hemşirelerin bulunduğu kuşağa yönelik hazırlanmalıdır. Kariyer beklentileri öğrenilmeli, kariyer fırsatları ve kariyer yolları hakkında hemşirelere bilgi verilmelidir (Polat, 2018).

Yönetici hemşireler, hemşireliğin kuşaklararası değişimleri devam ederken hemşirelik mesleğinin de içinde bulunduğu değişim süreçlerine hakim olmalıdır. Hemşirelik mesleğinde değişmeyecek olan temel unsurlar; Bradshaw’a (1998) göre “hemşirelerin; eleştirel düşünen, aklını kullanan, problem çözme yetisine sahip, kendi öğrenme gereksinimlerinin farkında, yetkin, azimli, kendine güvenen ve güvenilen, sorumluluklarının bilincinde, bireylere ve topluma danışmanlık edebilen, sosyal, politik ve ekonomik durumlardan haberdar, özgür, insan haklarına ve bireyselliğe saygılı, insanı bir bütün olarak gören iletişim, empati yeteneği olan bir birey olarak toplumda yerini alan bir profesyonel olmalarıdır (Bradshaw, 1998; Karagözoğlu, 2005). Hemşirelerin bahsedilen tüm bu özellikleriyle beraber hemşirelik bakımı daima mesleki uygulamanın odağı olarak, eğitim ve danışmanlık rolleri ile hasta savunuculuğu kuşaklar değişse bile değişmeyecek olan unsurlardır (Kocaman, 2017). Yönetici hemşireler mesleğin değişmez unsurları etrafında ekiplerini toplayarak ortak kurumsal amaçlar doğrultusunda yönlendirerek kuşaklararası ilişkileri yönetmelidir. Yönetici hemşireler her bir kuşak özelliklerini göz önünde bulundurarak ekibine koçluk etmek, motive etmek, iletişim kurmak ve çatışmaları azaltmak için kullanabilecekleri yönetim becerilerini geliştirmelidir.

Kaynaklar

- Adıgüzel, O., Batur, H.Z., ve Ekşili, N. (2014). Kuşakların değişen yüzü ve y kuşağı ile ortaya çıkan yeni çalışma tarzı: mobil yakalllar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19, 165-182.
- Aksayan, S., ve Cimete, G., (1998). Evde bakım kavramı. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul
- Archibald, M. M., & Barnarda, A. (2017). Futurism in nursing: technology, robotics and the fundamentals of care. *J Clinical Nursing*, Sep 21. doi: 10.1111/jocn.14081.
- Arslan, A., & Staub, S. (2015). Kuşak teorisi ve iç girişimcilik üzerine bir araştırma. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6, 1-24.
- Aydemir, G. E., (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslek Dergisi*, 5, 253-258. doi: 10.17681/hsp.358458 253
- Aygenoğlu, K. (2015). X ve Y kuşaklarının kurumsal iş hayatında insan kaynağı açısından stratejik yönetimi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Berk, R.A. (2009). Teaching strategies for the net generation. transformative dialogues. *Teaching & Learning Journal*, 3, 1-23.
- Bıyık, A, Özgür, G, Özsoy, S.A., ve ark. (2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilacı kullanma davranışları. *Geriatri Dergisi*, 5, 68-74.
- Bodur, G., ve Kaya, H. (2015). Hemşireliğin geleceği: 2050'li yıllar, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23, 166-173.
- Bradshaw, A. (1998). Charting some challenges in the art and science of nursing, *The Lancet*, 351: 438-440.
- Carver, L., & Candela, L. (2008). Attaining organizational commitment across different generations of nurses. *Journal of Nursing Management*, 16, 984-991. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00911.x.
- Comte, A. (1974), *The positive philosophy*, New York: AMS Pres. Ed.-Abraham S. Blumberg.
- Clipper, B. (2012). Conclusion. The nurse manager's guide to an intergenerational workforce. *SIGMA Theta Tau International*, 135-145.
- Çınar, E.S. (2016). Farklı kuşaklardaki hemşirelerin çalışma ortamları algısı ile işten ve meslekten ayrılma niyetinin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi. Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Danışman: Prof. Dr. Gülseren Kocaman
- Güneş, Ü. (2017). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama sürecinin adımları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 9, 171-182. doi: 10.17371/UHD2017.1.0006.
- Gürlek, Ö., Kanber, N.A., ve Khorshid, L. (2015). Hastanelerde kimlik tanımlayıcı bileklik kullanımına ilişkin uygulamaların ve hasta görüşlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12, 195-203. doi:10.5222/HEAD.2015.195
- Göktaş, P., ve Çarıkçı, I.H. (2016). Siyasi liderlerden beklenen liderlik ve iletişim tarzları: y kuşağı üzerine bir araştırma. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 71, 855-888.
- Göktaş, P., ve Değirmenci, B. (2018). Y kuşağının yaşam tarzı ve kariyer değerleri üzerine bir araştırma. 6. Örgütsel Davranış Kongresi Bildiriler Kitabı, 2-3 Kasım / Isparta, 139-148.
- Hart, S.M. (2006). Generational diversity: Impact on recruitment and retention of registered nurses. *Journal of Nursing Administration*, 36, 10-12.
- Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik. Erişim Tarihi: 27.06.2019, "http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm"
- Haux, R., Winter, A., Ammenwerth, E., et al. (2004). Strategic information management in hospitals: an introduction to hospital information systems. New York: Springer
- Haux, R. (2006). Health information systems; past, present, future. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 268-281.
- Haydari, S.M. (2014). Farklı kuşaklardaki hemşirelerin meslekten ve işten ayrılma niyetleri ile örgütsel ve mesleki bağlılıklarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Haydari, S.M., Kocaman, G., ve Tokat, M. U. (2016). Farklı kuşaklardaki hemşirelerin işten ve meslekten ayrılma niyetleri ile örgütsel ve mesleki bağlılıklarının incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3, 119-131. doi:10.5222/SHYD.2016.119.
- Hendricks, J.M., & Cope, V.C. (2013). Generational diversity: what nurse managers need to know. *Journal Of Advanced Nursing*, 69, 717-725. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06079.x.
- King, J.L. & Lyytinen, K. (Eds). (2006). Design Science in Information Systems Research; 191-232.
- Işık, O., ve Akbolat, M. (2010). Bilgi teknolojileri ve hastane bilgi sistemleri kullanımı: sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. *Bilgi Dünyası*, 11, 365-389.
- Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9, 6-14.
- Kocaman, G. (2017). Değişim rüzgarları nereden esiyor?, 15. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, 5-8 Kasım Sözel Bildirisi.
- Köse, S., Oral, L., ve Türesin T.,H. (2014). Y kuşağının birinci ve ikinci yarısında iş değerlerinin karşılaştırılması üzerine bir araştırma. *Humanitas*, 2, 149-166. doi.org/10.20304/husbd.04769.
- Kupperschmidt, B. (2000). Multigenerational employees: strategies for effective management. *Health Care Manager*, 19, 65-76. doi: 10.1097/00126450-200019010-00011.
- Kuyucu, M. (2017). Y kuşağı ve teknoloji: Y kuşağının iletişim teknolojilerini kullanım alışkanlıkları. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*. 5, 845-872.
- Latif, H., ve Serbest, S. (2014). Türkiye' de 2000 kuşağı ve 2000 kuşağının iş ve çalışma anlayışı, *Gençlik Araştırmaları Dergisi*, 2, 132-163.
- Onganer, E., Bozkurt, B., ve Kılıç M. (2014). Hastalar için hasta güvenliği. *J Kartal TR*, 25, 171-174. doi: 10.5505/jkartaltr.2014.49389
- Ökdem, S., Abbasoğlu, A., ve Doğan, N. (2000). Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu*, 1: 5-11.
- Polat, Ş. (2018). Farklı kuşaklardan hemşirelerle çalışmak ve hemşireleri yönetmek için ipuçları. *Sağlık ve Hemşirelik Dergisi*, 1, 48-56. doi:10.5222/SHYD.2018.048 48.
- Resmi Gazete. (2007). 5634 Sayılı Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (Sayı: 26510, Tarih: 02.05.2007). Erişim Tarihi: 05.05.2019, "http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm".
- Resmi Gazete. (2010). Hemşirelik Yönetmeliği. (Sayı: 275158, Tarih: 08.03.2010), http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm (Erişim Tarihi: 05.05.2019)
- Resmi Gazete. (2011). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (Sayı: 27910, Tarih: 19.04.2011), Erişim Tarihi: 05.05.2019, "http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm".
- Serçemeli, M., Kurnaz, E., ve Özcan, M. (2015). Y kuşağı öğrencilerinin muhasebe eğitimine bakışı: Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1, 261-276.
- Sağlıkta Kalite Standartları SKS- Hastane. (2016). (Versiyon-5; Revizyon-01) 1.Revizyon-2. Baskı: Ankara, Erişim tarihi: 05.05.2019, "https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0".
- Sargutan, E.A. (2005)., Sağlık teknolojisi yönetimi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 8, 114.
- Sherman, R.O. (2006). Leading a multigenerational nursing workforce: Issues, challenges, and strategies. *OJIN: The Online Journal of Issues In Nursing*, 11, doi: 10.3912/ojin.v11no02man02.
- Taylan, S., Alan, S., ve Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 3, 66-74
- Terzi, O., ve Kızırgan, Y. (2017). Mobil pazarlama uygulamalarının y kuşağı açısından değerlendirilmesi: Muğla ili örneği. *SBB Araştırmaları Dergisi*, 19, 199-219.
- Türk Dil Kurumu. Erişim Tarihi:05.04.2019, "http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ca8ad-0322be16.29834653".
- Yalçın, S.Ö., Torun, S., ve Kadioğlu, G. (2014). Tıbbın kültür tarihi çerçevesinde hemşire üniformasının evrimi, *Lokman Hekim Journal*. 4, 6-15.
- Yeaton, K. (2008). Recruiting and managing the 'Why?' generation: *Gen Y*, *The CPA Journal*, April: 68-72.
- Yılmaz, A., Yazgan, E.Ö., Dur, B., ve ark. (2017). Türkiye'de hemşirelik lisansüstü tezlerinin yayın olma durumu: bibliyometrik çalışma (1977-2016). *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 19, 34-44.

Derleme makale / Review

Geleceğin Teknolojisinde Hemşirelik Nursing in Future Technology

Merdiye Şendir¹  Nesibe Şimşekoğlu²  Abdulsamed Kaya³  Kamber Sümer⁴ 

Yazarların ORCID numaraları/ORCID IDs of the authors:

M.Ş. 0000-0002-8243-1669; N.Ş. 0000-0002-6461-7961;
A.K. 0000-0001-6593-7425; K.S. 0000-0002-6992-6229

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları
Ana Bilim Dalı/Istanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu/Istanbul

³Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu/Muş

⁴Hakkari Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu/Hakkari

Sorumlu Yazar/Corresponding author:

Nesibe Şimşekoğlu,
E-posta: nesibe.simsekoglu@sbu.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt: 16.07.2019

Kabul tarihi / Date of acceptance: 10.11.2019

Atrf / Citation: Şendir, M., Şimşekoğlu, N., Kaya, A., Sümer, K. (2019).
Geleceğin teknolojisinde hemşirelik. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(3),
209-214.

ÖZ

Sağlık hizmetleri üretiminde yararlanılan teknolojilerde görülen gelişmeler hasta birey ve yakınları ile bu teknolojileri kullanan sağlık profesyonellerinin davranış biçimlerini de değiştirmektedir. Profesyonel sağlık ekibi içinde vazgeçilmez yeri olan hemşirelerin teknolojiyi anlama ve nasıl kullanılacağını keşfetme konusunda çaba sarf etmeleri mesleki gelişimleri açısından önemlidir. Teknolojideki gelişmeler hemşirelerin görevlerini daha etkin yerine getirmelerine, sağlık bakım hizmetlerini daha verimli ve güvenli bir şekilde sunmalarına yardımcı olmaktadır. Geleceğin teknolojik gelişmeleri, hemşireleri mesleğinden etmese de meslek üzerinde ciddi etkileri olacaktır. Hemşireler gelecekte rutin işleri devredecek ve bakım gibi karmaşık işlere daha fazla zaman ayıracaktır. Bu durum bakım kalitesini olumlu etkileyeceği gibi bazı işleri devralan yapay zekâ teknolojisine sahip robotik cihazların belli bir oranda da günümüz hemşireliğine olan gereksinimi azaltacaktır. Makinelere şefkat ve empati modellemek çok zor olduğundan robotların sınırlı kalacağı en önemli alanın duygusal boyut olacağı öngörülmektedir. Bu derleme, teknolojik gelişmeler ışığında insansı robotların profesyonel hemşirelik uygulamalarına yönelik etkilerine ilişkin sorunları, görüşleri ve önerileri açıklamak amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; teknoloji; yapay zeka.

ABSTRACT

Developments in the technologies used in health services production change the behavior of patients and their relatives and health professionals using these techniques. It is important for the nurses who have an indispensable place in the professional health team to make an effort to understand the technology and discover how to use it. Developments in technology aim to help nurses perform their duties and provide more efficient and safe care for patients.

It is clear that the technological developments of the future will have serious effects on the nurses even if they do not. Nurses will transfer routine jobs in the future and spend more time on complex tasks such as care. This will affect the quality of care positively as well as reduce the need for today's nursing to a certain extent of robotic devices with artificial intelligence technology taking over some jobs. Because it is very difficult to model compassion and empathy to machines, it is predicted that the most important area where robots will be limited will be emotional dimension.

This review is written in order to explain the problems, opinions and suggestions related to the effects of humanoid robots on professional nursing practices in the light of technological developments.

Keywords: Artificial intelligence; nursing; technology.

Giriş

Hemşirelik, insan sağlığı ve refahının ayrılmaz bir parçası olarak sahip olduğu ideal değerlere dayanan bir bilgi disiplini ve uygulama mesleğidir. Yirmi birinci yüzyılda robot teknolojisi ve yapay zekanın gelişmesi hemşirelik uygulamalarını da etkilemektedir. “Günümüzde hemşirelik nasıl uygulanmakta ve kimler hemşirelik uygulamalarını yapabilmektedir?” Bu temel sorunun yanıtı, hemşire robotların pratikte insan hemşirelerin yerini alabileceklerini veya hemşireliği ne kadar değiştirebileceklerini anlamak için kritik öneme sahiptir (Locsin ve Ito, 2018).

Yapay zeka, hemşirelikte, tedavi planlarının hazırlanmasından tekrarlayan işlerin kolaylaştırılmasına ve ilaçların oluşturulmasına kadar birçok alanda kullanılmaktadır (Pepito ve Locsin, 2018). Yapay zeka ile birleştirilmiş robot teknolojisinin klinik ortamlarda kullanılmasının yaygınlaşması muhtemeldir. İnsan hareketlerini taklit edebilen bir robotun, klinik kararlar verebilen yapay zeka ile programlanması hemşirelik mesleği için risk teşkil edebilir (Erikson 2016; Pepito ve Locsin, 2018). Özellikle yapay zeka teknolojisinin kullanımı sırasında etik kaygıları ve bireyin güvenliğini göz önünde bulundurmak gerekir (Tanioka, 2017).

Bu derlemenin amacı; teknolojik gelişmelerin profesyonel hemşirelik uygulamaları üzerindeki etkisine ilişkin sorunları, görüşleri ve önerileri açıklamaktır.

Hemşirelikte Teknoloji

Bilim dünyasındaki hızlı gelişmeler ekonomik değişimlerin yanı sıra, sosyo-kültürel boyutlarda da yapısal değişimleri beraberinde getirmektedir. Bu değişimler insan verimliliğinin artmasına ve teknolojide yeni gelişmelerin ortaya çıkmasına da yol açmaktadır (Gözgü ve Mutioğlu, 2012). Tıbbi teknoloji sektörü, birçok mühendislik disiplini içermektedir. Bu alanlarda görülen gelişmeler, tıbbi teknoloji ürünlerine önemli ölçüde yansımaktadır. Sağlık hizmetleri üretiminde yararlanılan teknolojilerde görülen gelişmeler hasta birey ve yakınları ile bu teknikleri kullanan sağlık profesyonellerinin davranış biçimlerini de değiştirmektedir (Sargutan, 2005).

Sağlık hizmetleri, ekip çalışması içerisinde sistemli bir şekilde yürütülmektedir. Sağlık sisteminde hemşireler ve hekimler önemli role sahip olan sağlık profesyonelleridir. Hastaya bakım veren, bakım gereksinimlerini belirleyen, detaylı olarak uygulamaları planlayan, hangi malzemenin nerede ve ne zaman kullanılacağına karar veren hemşirelerin sağlık teknolojilerini yoğun biçimde kullanması kaçınılmazdır (Başar ve ark., 2008; Çakırlar ve Mendi, 2016).

Hemşirelik dünyada ve Türkiye’de geleneksel algılanma

biçiminden sıyrılarak bilimsel, teknolojik, sosyo-kültürel değişimlerle kendini yenileyen; birey, aile ve toplumun sağlığı ile ilgilenen uygulamalı bir disiplindir. Bilim ve teknolojiye gelişmeler, demografik değişiklikler (göçler, yaşlı nüfusun artması, işsizlik vb.), hasta ve tüketici hakları, sağlığı geliştirme yaklaşımı, insan hakları ve kadın hakları hareketleri, etik ilkelere verilen önemin artması hemşireliğin geleneksel rollerden çağdaş rollere geçişini etkileyen faktörlerdir. Çağdaş anlayışa göre hemşire, temel bakım verici rolünün yanı sıra eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici ve savunucu rolleri ile nitelikli sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedir (Boz Yüksekdağ, 2015).

Sağlık hizmetlerinde teknolojinin benimsenmesinin ilk günlerinden itibaren, hemşirelik profesyonelleri değişimin ön saflarında yer almaktadır. Hemşireliğin teknolojiye uyumunda rol üstelenen öncü hemşireler, klinik birimlerde iş akışını desteklemek üzere hemşirelik bilimini bilgisayar ve bilgi bilimiyle birleştirerek, dijital yenilikleri benimseme konusunda çalıştıkları organizasyonlara değer katmışlardır (Mark, 2013). Teknoloji, uygulamaları etkilemekte ve belirlemektedir. Buna bağlı olarak hemşirelerin gelişen teknolojinin hemşirelik üzerindeki etkisini değerlendirmeleri gerekmektedir. Yeni teknolojinin hemşirelik uygulamalarını nasıl değiştireceği, hemşirelik iş yükünü nasıl artıracak ve sağlıklı/hasta bireyin bakımını nasıl etkileyeceğinin bilinmesi gerekmektedir (Başar ve ark., 2008). Teknolojinin sağlık bakım hizmetlerinde kullanılması ile birlikte bir takım etik kaygılar da ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda; “Robotların yapacağı hatadan hemşireler mi sorumludur?”, “Robotları köleleştirecek miyiz?”, “Robotların emeğinin karşılığında ücret verilecek mi?”, “Robotlara duygu yüklenebilir mi?” gibi sorular cevaplanmayı beklemektedir (Lee ve ark., 2013).

Hemşirelerin bakım uygulama şeklini geliştirmek için yapay zekâ ve robotların kullanılmasının benimsenmesi, ortaya çıkan teknolojilerin hemşireliğe getirdiği dönüşümün başlangıcıdır. Bu yeniliklerin benimsenmesinde liderlik rolü almak ve teknik uzmanlığa sahip kişilerle iletişim kurmak; teknoloji ve hasta bakımını harmanlamak için iş birliğine dayalı bir yaklaşım sağlayacaktır. Gelişmekte olan bir teknolojinin benimsenmesi ancak bu alana ilgi duyan hemşirelerle mümkündür (Clipper ve ark., 2018).

Teknolojideki gelişmeler, hemşirelerin tüm ortamlarda hemşirelik bakımı kapsamındaki görevlerini yerine getirmelerini, hastalara daha verimli ve güvenli bir şekilde bakım sunmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Hekimlerin ve hemşirelerin yerine geçebilme potansiyeli olan robotların ve yapay zekâ içerikli ürünlerin geliştirilmesi, hemşireleri bu yeni

teknolojilere uyum sağlamada ve uygulamada zorluklarla karşı karşıya bırakılmaktadır. “Bu teknolojik gelişmeler hemşirelik uygulamalarını sağlık hizmetlerinde önemsiz kılar mı?”, “Hemşireler, teknolojik yeniliklere yerini kaptırmamak için ne yapmalıdır?” vb. sorular yanıtlanmayı beklemektedir (Pepito ve Locsin, 2018).

Hemşirelik Uygulamalarında Yapay Zekâ

Yapay zekâ sağlık endüstrisi üzerinde şüphesiz derin bir etkiye neden olacaktır. Bir insanın bilgisinden daha hızlı bir şekilde bilgi işleyebilme yeteneğine sahip olan yapay zekâ, yanlış tanılama ve tıbbi hatalar sorununu büyük ölçüde çözmek ve verimliliği artırmak için harika bir araç olduğunu da kanıtlamaktadır. Yapay zekâ teknolojisindeki bu gelişmeler, insanların yerini alabileceği ile ilgili tartışmalara da neden olmaktadır (Jiang ve ark., 2017).

McKinsey Global Enstitüsü raporuna göre, dünya çapında 800 milyon işçinin 2030 yılına kadar robotlarla yer değiştirebileceği tahmin edilmektedir. Sanayi devrimi, birçok alanda işsizliğe neden olacağı görüşünün aksine yeni işler doğurmuş olsa da aynı durumun yapay zekâ teknolojileri için geçerli olmayabileceği düşünülmektedir (Wlash, 2017). Sağlık profesyonellerinin, teknolojik gelişmelerin neler yapabileceği, özellikle de yapay zeka ile çalışan makinelerin günlük işleri yerine getirirken nasıl çalışacağı üzerinde araştırma yapmaları gerekmektedir. Ayrıca sağlık profesyonelleri hizmet sundukları bireyin gereksinimlerine, acılarına ve isteklerine odaklanmak zorundadır (Kolker, Özdemir ve Kolker, 2016). Aksi takdirde, yapay zeka ile çalışan makinelerin sağlık uzmanlarının işlerini daha etkin ve verimli bir şekilde yapabildikleri ortaya çıkarsa, sağlık uzmanlarının işlerini robotlara devretmek zorunda kalacağı tahmin edilmektedir (Wakefield, 2015; Locsin ve Ito, 2018).

Son yıllarda hemşirelikte yaşanan teknolojik gelişmelerin hiçbiri, yapay zekânın sektörde oluşturacağı etki ile karşılaştırılmaz. Hemşirelikte yapay zekâ, klinikteki rutin uygulamaların ve tedavi planlarının organizasyonunu geliştirebilmektedir. Ayrıca hemşirelerin doğru kararlar verebilmesi için gerekli tüm bilgileri sağlayabilmektedir (Bini, 2018).

Sağlık hizmetlerinde artan verilerin analitik yöntemlerle hızlı analizini sadece yapay zekâ mümkün kılabilir. Güçlü yapay zekâ teknikleri, çok sayıda sağlık hizmeti verileri içinden klinik olarak önemli bilgileri karmaşık algoritmalar kullanarak belirleyebilmekte ve hemşireler için klinik karar vermede yardımcı olabilmektedir (Dilsizian ve Siegel, 2014). Ayrıca yapay zekâ, geri bildirim dayalı doğruluğu arttırmak için verileri

kendi kendini düzeltme, öğrenme ve kullanma yeteneğine de sahiptir. Yapay zekâ sistemleri, insan klinik uygulamalarında kaçınılmaz olan tedavi ve tanı hatalarını da azaltabilmektedir (Patel ve ark., 2009; Lee ve ark., 2013; Neill, 2013; Dilsizian ve Siegel, 2014). Hemşirelikte uygulamaları daha verimli ve güvenli hale getiren bir robot devrimi bulunmakta (Tablo 1 ve 2) ve bu robotlar zaten hastanelerde sağlık personeline yardımcı olmaktadır (Pepito ve Locsin, 2018).

Robotik endüstrisi büyümeye devam etmektedir. Dünya genelinde 2017 yılında robotik ve ilgili hizmetler için 91,5 milyar dolar harcanmış ve 2020’de International Data Corporation’a göre bu harcamanın 398 milyar dolara ulaşacağı öngörülmektedir. I Robot, Google, Accuray, Epson Robotları, Özerk Çözümler, Grey Orange, Honda Robotics, IBM, Intel, Boston Dinamikleri, Uber ve Nvidia gibi şirketler ile robot teknolojisindeki hızlı ivme daha da hız kazanacak gibi görünmektedir (Pepito ve Locsin, 2018).

Pek çok olasılık söz konusu olduğundan, yapay zekânın gelişimindeki yörüngesi belirlemek oldukça zordur. Özellikle son on yılda ciddi teknolojik gelişmeler yaşanmış ve birçok uzman; yapay zekânın makine zekâsından sınırsız bir zekâyâ, anlayabileceğimiz her şeyden farklı bir şekilde ilerleyebileceğini belirtmiştir (Bryk, 2015). Silikon Vadisi yatırımcısı Vinod Khosla, sağlık çalışanlarının %80’inin büyük veriler tarafından yönlendirilen makineler ve daha gelişmiş hesaplama gücü, aynı zamanda ortalama insana nispeten daha ucuz ancak daha kesin ve daha objektif olmaları nedeniyle makinelerle değiştirileceğini belirtmektedir (McKinsey Global Institute, 2017).

Gelişen Teknoloji Hemşireliğin Yerini Alır mı?

Hemşire sayısındaki yetersizlik dünya çapında bir sorundur (STTI, 2018). Yapılan bir araştırmada, hemşire başına düşen hasta sayısının yükselmesinin hasta ölümlerinde ve hemşirelerin yaşadığı tükenmişlikte bir artışa neden olacağını göstermektedir (Saraee, Joshi ve Betke, 2017). Hemşire başına düşen hasta sayısının azalması, hasta bakım süresinin artmasına sebep olacaktır. Hemşirelerin günlük görevlerini yerine getirmelerini sağlayan robotlara olan gereksinim, muhtemelen gelecekte daha da artacaktır (Gonzalez Jimenez, 2018).

Hemşirelik, bakımın ifadesidir (Andersson ve ark., 2015). Sağlık hizmetlerinde teknoloji, bakım için önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Funk, 2011). Yapay zekâ teknolojilerinin hemşirelik mesleğini tehdit ediyor gibi görünmesinin başlıca nedenlerinden biri, insana göre daha iyi bir performans gösterme olasılığıdır. Hâlbuki bu makineler

insandan daha iyi bir performans sergileyemezler. İnsanın performansı çoğu durumda öznel, sürekli değişen ve özellikle de bireysel ve holistik nitelik içermektedir (The Economist, 2016).

Bugün yapay zekânın rekabet edemediği öğrenme süreci, bireylerin sürekli olarak yeni bilgiler aldıkları ve kişisel veri tabanlarını genişlettikleri bir alandır. Bunun nedeni yapay zekânın bağımsız olarak yeni bağlamlar oluşturamaması ve insanlar gibi öğrenememesidir. Aksine doğası gereği “insana bağımlıdır” (The Economist, 2016). Bu nedenle olması gereken optimum insan gücü ve yapay zekânın birleşimidir. Yapay zekânın gelişmiş analizini hemşirelerin deneyim, bilgi ve eleştirel düşünme becerileri ile birleştirmek, hasta bakımının daha düşük maliyetlere daha kaliteli sunulmasını sağlayacaktır (Neill, 2013).

Yapay zekâ ile hastaların yatış sürelerini tahmin etmek için hasta popülasyonundan gerçek zamanlı çıkarımlar yapabilen modelleri kullanmak mümkündür. Yapay zekâ, hasta güvenliği ile ilgili tehditleri ve sorunları otomatik olarak tespit etmek için de kullanılabilir (Sullivan, 2017). Hemşirelerin yapması gereken, yapay zekânın yenilikçi düşünme ve analizden oluşan uygulamalarda eleştirel düşünme, problem çözme gibi zorlandığı yetenek ve becerilere odaklanmaktır. (The Economist, 2017). Eleştirel düşünme, klinik bakımda ve klinik karar vermede hasta bakımını sağlamada önemli bir unsurdur (Alfaro Le Fevre, 2011).

Bazı robotlar, zaten bir hemşirenin işlevlerini yerine getirebildiğini ve sofistike yapay zekânın bir hemşire gibi düşünebilme yeteneğine sahip olduğunu göstermiştir. Hemşireler teknolojiyi anlama ve nasıl kullanılacağını keşfetme konusunda çaba sarf etmezlerse, hemşirelik mesleği ve hasta birey zarar görebilir (Hamer ve Cipriano, 2013; Hojat, 2016). Hemşireler, insanlığın nüanslarını ve duygularını anlama yetenekleri sayesinde hastalara daha iyi bakım sağlayabileceklerdir. Nitekim, makinelerle şefkat ve empati modellemek çok zor olduğundan hemşirenin yerini almaları mümkün görülmemektedir (Asada, 2015).

Sağlık hizmetlerinde hemşirenin rollerinin yeniden tanımlanması, teknolojik olarak gelişmiş bir hemşirelik dünyasına neden olacaktır. Hemşireler, teknolojinin hastaların ihtiyaçlarına cevap vermesini sağlayacak şekilde teknolojik gelişime daha fazla dahil edilmelidir. Hemşireler yaşam bulgularının alınması, ilaç yönetimi ve yatak bakımı gibi kişiselleştirilmiş hemşirelik müdahaleleri makinelerle bırakırken, hasta bakımının daha ince kısımlarına dahil olacaklardır.

Tanioka (2017), sağlık hizmetlerinde kullanılan robotların görevlerinin temizlik, taşıma gibi basit uygulamalarla sınırlı kalacağını savunmaktadır.

Goodchild (2018) yapmış olduğu bir çalışmada teknolojinin çalışma hayatımızı açıkça etkilediğini ifade etmekte ve hemşirelik eğitiminin her alanında bulunan teknolojinin varlığına dair eleştirel bir bakış açısı sunmaktadır.

Robert'in (2019) çalışmasında ise yapay zeka teknolojilerinin bugün hemşireler tarafından gerçekleştirilen bazı görevleri üstlendiğini ve hemşireliği etkilediğini ifade etmektedir. Hatta teknolojinin, hemşirelerin hasta bakımını sağlamak için harcadıkları zamanı azalttığını, buna rağmen hemşire ihtiyacının devam edeceğini ifade etmektedir.

Hemşireliğin insanlığa hizmet etmeye devam etmesi ve bir meslek ve uygulama disiplini olarak hayatta kalabilmesi için hemşireliğin doğasının ve bilgisinin dönemin şartları esas alınarak yeniden tanımlanması gerekmektedir (Lee ve ark., 2013).

Sonuç

Geleceğin teknolojik gelişmeleri, hemşireleri mesleğinden etmese de üzerinde ciddi etkileri olacağı açıktır. Hemşireler gelecekte rutin işleri yapay zekâ teknolojisine sahip robotik cihazlara devredecek ve bakım gibi karmaşık işlere daha fazla zaman ayıracaktır. Bu durum bakım kalitesini olumlu etkileyeceği gibi belli işleri devralan yapay zekâ teknolojisine sahip robotik cihazların belli bir oranda günümüz hemşireliğine olan gereksinimi azaltacaktır. Yapay zekâ teknolojilerinin çalıştığı işlerde öngörülmeden aksaklıklar olacak dolayısıyla hemşirelerin yapay zekânın oluşturduğu boşlukları doldurmak ve bu teknolojileri yönetmek gibi yeni sorumluluklar üstlenmek durumunda kalacakları düşünülmektedir. Hem bu tür teknolojilerin ne tür işleri devralabileceği hem de bu teknolojilerin yönetimi ve kullanımı için hemşirelerin kendilerini gerekli bilgilerle donatmaları gerekmektedir.

Hemşirelik mesleği yeni dünyanın sağlık gereksinimlerini karşılamak için değişime ve gelişime uyum sağlamak durumundadır. Hemşirelerin teknoloji alanında arka planda kalmayarak etkin rol almaları gerekmektedir.

Bu bağlamda, geleceğin hemşirelerini hazırlamak ve teknolojik gelişmeler ışığında kaliteli hemşirelik bakımının sunulması arasındaki boşluğu kapatmak için hemşire eğitimcilerin ve yöneticilerin, mezun olacak hemşire adaylarının ve mezun hemşirelerin teknolojiden yararlanmaları konusunu titizlikle ele almaları gerekmektedir.

Tablo 1: Hemşirelik ve Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Robotlar

Robotun ve Robotik Teknolojinin Adı	Yetenekleri
Da Vinci Cerrahi Robot (2000)	Cerrahların hassasiyetini ve doğruluğunu artırır. Ameliyathanede hemşirelerin sorumluluklarını azaltır.
Jibo (2015), Pepper (2014), Paro (2004) ve Buddy (2015) gibi Yaşlılar, otistik çocuklar veya engelliler gibi özel ihtiyaçları olan insanlara yardım eden Yardımcı Robotlar	Konfor ve duygusal destek sağlar.
“Robear (2015)” ve “RIBA (2009)”	Ayakta yardıma gereksinimi olanların yanı sıra hastaları da kaldırır ve naklettirir.
Georgia Tech’in “Cody” (2010)	Hastalara yatak banyosu verir.
“Veebot”	En iyi damar seçiminde % 83 kesinliğe sahiptir.
Robotik Reçete Dağıtım Sistemleri (2006)	İlaçların dağıtımının daha doğru ve güvenli yapılması, hemşirelerin ilaç alım yönetimindeki sorumluluklarını azaltmaktadır.
TUG robotları (2015)	Hastanede nakliye ve teslimat işlerini gerçekleştirir.
Lynx Özerk Akıllı Araçlar (2015)	Büyük bir tesiste ürünleri taşıyabilir ve dinamik ortamlarda kendi kendine dolaşabilir.
SwisslogRoboCourier (2013)	Hastanelerde, klinik laboratuvarlarda ve eczanelerde numune, ilaç ve sarf malzemelerin taşınması için kullanılır.

Pepito, JA., ve Locsin, R. (2018). Can nurses remain relevant in a technologically advanced future? *International Journal of Nursing Sciences*, 6,106-110. doi:10.1016/j.ijnss.2018.09.013

Tablo 2: Günümüzde Kullanılan Bazı Yapay Zekâ Makineleri

Yapay Zekâ Sisteminin Adı	Yetenekleri
Google DeepMind Sağlık (2018)	Hastaneye kabul edilen bireylerin kötüye gitmesini önlemek, yapılması gerekenleri belirlemek; yapılıp, yapılmadığını takip etmek, yapılması gerekenleri bildirmek ve bunun için yapılması gereken tüm görevleri yönlendirmek.
International Business Machines'in (IBM) WatsonPaths (2017)	Veri analizini hasta kayıtlarına uygular ve tıbbi personele faydalı önerilere çevirmek. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hastalarının nasıl tedavi edileceğine dair yeni açılardan düşünceleri için yardım sunmak.
CareSkore (2017)	Hekim ve hemşirelerin daha iyi önleyici bakım sağlamak için kullanabilecekleri bütüncül bir tabloyu oluşturmak için klinik, sosyo-ekonomik, demografik ve davranışsal verileri birleştirmek.
Zephyr Sağlık A.Ş. (2011)	Kesin ve öngörülü bilgiler oluşturmak için binlerce veri kaynağını bütünleştirmek.
Sentrian (2012)	Biyosensörlerdeki devrim, hastalıkları daha erken ve daha yüksek doğrulukla uzaktan tespit etmek ve tüm önlenebilir hastaneye yatışları ortadan kaldırmak için makine öğrenmesini kullanmak.
CloudMedx (2014)	Hasta sonuçlarını iyileştirmek için kullanılan sağlığa özgü nlp ve makine öğrenimi, tüm bakım noktalarından gerçek zamanlı klinik görüşlerin üretilmesi için kullanılır.
Enlitic (2017)	Sağlık hizmeti teşhisini hızlı ve doğru bir şekilde geliştirmek için özel algoritmalarından yararlanan tıbbi derin öğrenmeyi kullanır.

Pepito, JA., ve Locsin, R. (2018). Can nurses remain relevant in a technologically advanced future? *International Journal of Nursing Sciences*, 6,106-110. doi:10.1016/j.ijnss.2018.09.013

Kaynaklar

- Alfaro Le Fevre, R. (2011). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5. Florida: Saunders.
- Andersson, EK., Willman, A., Strand, A., ve ark. (2015). Registered nurses' descriptions of caring: a phenomenographic interview study. *Bio Med Central Nursing*, 14,16-26 doi:10.1186/s12912-015-0067-9
- Asada, M. (2015). Development of artificial empathy. *Neuroscience Research*, 90,41-50. doi:10.1016/j.neures.2014.12.002
- Başar, A., Tarihçi Delice, S., İlhan, MN., ve ark. (2008). Hemşirelik hizmetlerinde bilgisayar kullanımı-Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi örneği. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 1,43-44. doi:10.17671/btd.26991
- Bini, SA. (2018). Artificial intelligence, machine learning, deep learning, and cognitive computing: what do these terms mean and how will they impact health care. *The Journal of Arthroplasty*. 33,2358-2361. doi:10.1016/j.arth.2018.02.067
- Boz Yüksekdağ, B. (2015). Hemşirelik eğitiminde bilgisayar teknolojisinin kullanımı. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*, 1,103-118.
- Bryk, W. (2015). Artificial superintelligence: the coming revolution. *Harvard Science Review*,4
- Clipper, B., Batcheller, J., Thomaz, AL., et al. (2018). Artificial intelligence and robotics: a nurse leader's primer. *Nurse Leader*, 16,379-384. doi: 10.1016/j.mnl.2018.07.015
- Çakırlar, A., ve Mendi, B., (2016). Hemşirelerin elektronik sağlık kaydı ve bilişim uygulamaları kapsamındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 2,32-39. doi:10.5606/fng.btd.2016.007
- Dilsizian, SE., & Siegel, EL. (2014). Artificial intelligence in medicine and cardiac imaging: harnessing big data and advanced computing to provide personalized medical diagnosis and treatment. *Current Cardiology Reports*, 16,441-449. doi:10.1007/s11886-013-0441-8
- Erikson, H., & Salzman Erikson, M. (2016). Future challenges of robotics and artificial intelligence in nursing: What can we learn from monsters in popular culture? *The Permanente Journal*, 20,15-17. doi: 10.7812/TPP/15-243
- Funk, M. (2011). As health care technology advances: benefits and risks. *American Journal of Critical Care*, 20, 285-291. doi: 10.4037/ajcc2011810
- Goodchild, M. (2018). Does technology really enhance nurse education? *Nurse Education Today*. 66,69-72. doi: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.005
- Gonzalez Jimenez, H. (2018). Taking the fiction out of science fiction: (Self-aware) robots and what they mean for society, retailers and marketers. *Futures*, 98,49-56. doi: 10.1016/j.futures.2018.01.004
- Gözü, F., ve Mutioğlu, H. (2012). Toplumun değişen yüzü: bilgi toplumu ve bilişim kültürü. *Journal of Life Sciences*, 1,465-476.
- Hamer, S., & Cipriano, P. (2013). Involving nurses in developing new technology. *Nurs Times*, 109,18-19.
- Hojat, M. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient*. 15. Philadelphia:Springer.
- International Data Corporation. (2019). Worldwide artificial intelligence systems spending forecast by technology group year over year growth. Erişim tarihi 01.02.2019, https://www.idc.com/
- Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., et al. (2017). Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke and Vascular Neurology*, 2,230-243. doi: 10.1136/svn-2017-000101
- Kolker, E., Özdemir, V., Kolker, E. (2016). How healthcare can refocus on its supercustomers (patients, n:1) and customers (doctors and nurses) by leveraging lessons from Amazon, Uber, and Watson. *Omics a Journal of Integrative Biology*, 20,329-333. doi:10.1089/omi.2016.0077
- Lee, CS., Nagy, PG., Weaver, SJ., et al. (2013). Cognitive and System Factors Contributing to Diagnostic Errors in Radiology. *American Journal of Roentgenology*, 201,611-617. doi:10.2214/AJR.12.10375
- Locsin, RC., & Ito, H. (2018). Can Humanoid Nurse Robots Replace Human Nurses? *Journal of Nursing*, 5,1-6. doi:10.7243/2056-9157-5-1
- McKinsey Global Institute. (2017). Jobs lost, jobs gained: Workforce transitions in a time of automation. Erişim tarihi 10.02.2019, https://link.springer.com/article/10.1007/s41027-018-0137-0.
- Mark, D. (2013). Technology, information, and the nursing workforce. *American Nurse Today*, 8:16-17.
- Neill, DB. (2013). Using artificial intelligence to improve hospital inpatient care. *IEEE Intelligent Systems*, 28, 92-95. doi:10.1109/MIS.2013.51
- Patel, LV., Shortliffe EH., Stefanelli M., et al. (2009). The coming of age of artificial intelligence in medicine. *Artificial Intelligence in Medicine*, 46,5-17. doi:10.1016/j.artmed.2008.07.017
- Pepito, JA., & Locsin, R. (2018). Can nurses remain relevant in a technologically advanced future? *International Journal of Nursing Sciences*, 6,106-110. doi:10.1016/j.ijnss.2018.09.013
- Robert, N. (2019). How artificial intelligence is changing nursing. *nursing management*, 50 (9), 30-39. doi: 10.1097/01.NUMA.0000578988.56622.21
- Sargutan, AE. (2005). Sağlık teknolojisi yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8,113-144.
- Saraee, E., Joshi, A., Betke, MA. (2017). A therapeutic robotic system for the upper body based on the proficio robotic arm. *International Conference on Virtual Rehabilitation*. IEEE; 138-140. Erişim tarihi 10.02.2019, http://toc.proceedings.com/35504webtoc.pdf
- Sullivan, T. (2017). Half of hospitals to adopt artificial intelligence within 5 years. Erişim tarihi 10.02.2019. Http://www.healthcareitnews.com/News/Half-Hospitals-Adopt-Artificial-Intelligencewithin-5-Years.
- STTI (2018). Facts on the nursing shortage in North America. Erişim tarihi 12.02.2019, https://www.sigmanursing.org/why-sigma/about-sigma/sigmamedia/nursing-shortage-information/facts-on-the-nursing-shortage-innorth-america.
- The Economist (2016). The impact on jobs: automation and anxiety. Erişim tarihi 12.02.2019, https://www.economist.com/special-report/2016/06/23/automation-and-anxiety.
- The Economist (2017). The future lies in automation. Erişim tarihi 12.02.2019, https://www.economist.com/special-report/2017/04/08/the-future-lies-in-automation.
- Tanioka, T., Yasuhara, Y., Osaka, K, et al. (2017), The Development of the Relationship theory of Nursing. *Nursing Robots: Robotic Technology and Human Caring for the Elderly. Intelligent Control and Automation*, 8,2. doi: 10.4236 / ojpm.2012.21016
- Wakefield, J. (2015). Robotlar yüzünden önce kimler işsiz kalacak? Erişim tarihi 12.02.2019, https://www.bbc.com/turkce/haberler/2015/09/150917_calisan_robotlar
- Wlash, T. (2017). Will robots bring about the end of work? *The Guardian*. Erişim tarihi 12.02.2019, https://www.theguardian.com/science/political-science/2017/oct/01/will-robots-bring-about-the-end-of-work.

Derleme makale / Review

Yaşlılarda Cilt Sorunları ve Bakımı Skin Problems and Care in the Elderly

Selma Bayrak¹ , Semiha Akın² 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:
S.B. 0000-0002-7502-2920; S.A. 0000-0002-1901-2963

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Ünitesi/İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı/ İstanbul

Sorumlu yazar / Corresponding author:

Selma Bayrak
E-posta: byrkslm@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 31.05.2019

Kabul tarihi / Date of acceptance: 01.10.2019

Atrf / Citation: Bayrak S, Akın S. (2019). Yaşlılarda Cilt Sorunları ve Bakımı. SBÜ Hemşirelik Dergisi 1(3), 215-220.

ÖZ

Yaşlanmayla birlikte yaşlılar çeşitli cilt sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle cilt yapısının değişmesi, kan dolaşımının yavaşlaması ve kapiller damar kırılabilirliğinin artması gibi değişikliklerin sonucunda yara iyileşmesi gecikir ve ekimoz gelişme riski artar. Fonksiyonel yetersizlikler, kronik hastalıklar, duyu ve motor kayıplar, unutkanlık, konfüzyon ve görme sorunları nedeniyle yaşlılarda daha kolay bozulur, yaralanma riski artar ve cilt bakımı daha da ihmal edilebilir. Yaşlılıkta cilt bütünlüğünün korunması ve cilt bakımı önemli hale gelir. Hemşireler yaşlı bireyin cilt bütünlüğünün sistematik olarak değerlendirilmesi, olası sorunlara yönelik girişimlerin planlanması, cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedir. Bu derlemede yaşlılarda sık görülen cilt sorunlarına ve cilt bütünlüğünü korumaya yönelik girişimlere değinilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Cilt bakımı; deri yaşlanması; yaşlı.

ABSTRACT

Elderly people experience various skin problems due to aging. In elderly people, wound healing is delayed and the risk of bruising increases. Due to consequences of aging such as structural changes in the skin decreased blood circulation and increased the fragility of capillary vessels. Functional disabilities and chronic diseases, loss in sensory or motor functions, memory problems, confusion, and visual problems may increase skin integrity and increase the risk of injury, and also the skincare can be neglected. Maintaining skin integrity and skincare among elderly people is important. Nurses undertake important roles and responsibilities in a systematic approach for assessing skin integrity in elderly people, planning interventions to address potential skin problems and the protection and maintaining skin integrity. This review addresses the common skin problems and attempts to preserve skin integrity in elderly people.

Keywords: Elderly; skincare; skin aging.

Giriş

Yaşlanma, her canlıda doğum süreciyle başlayıp yaşın ilerlemesiyle belirginleşen, tüm sistemleri etkileyebilen karmaşık ve geri dönüşümü olmayan progresif bir süreçtir. Sağlık Bakanlığı'nın 2017 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda 65 yaş ve üzeri nüfus oranı Dünya'da %8,7, Türkiye'de ise %8,5 olarak belirtilmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). Doğurganlık oranlarının düşüşü ve ortalama yaşam süresindeki artış sonucu yaşlı popülasyonunun gelecek yıllarda daha da artması beklenmektedir. Ortalama yaşam süresinin artmasına paralel olarak kronik hastalıkların görülme sıklığı ve sağlık bakım harcamaları artış göstermektedir. Yaşlılarda cilt sorunları kronik hastalıklarla birlikte daha sık görülmektedir (Özyurt ve ark., 2014; Tiftik, Kayış, ve İnanır, 2012). Yaşlanmayla ciltte meydana gelen dejeneratif değişiklikler sonucu yaşlılarda cilt sorunları ve cilt bakımı daha da önem kazanmıştır. Bu derlemede yaşlılarda sık görülen cilt sorunlarına ve cilt bütünlüğünü korumaya yönelik girişimlere değinilmiştir.

Yaşlanmanın Cilt Üzerindeki Etkileri

Cilt yaşlanma etkilerinin en belirgin gözlendiği organlardan biridir. Yaşlanmayla beraber belirginleşen cilt değişikliklerinde genetik ve çevresel faktörlerin etkisi olsa da bu değişikliklerin bireyden bireye farklılık gösterdiği bilinmektedir (Bulur, 2016).

- *İntrensek (Kronolojik) yaşlanmanın cilt üzerindeki etkileri:* Doğal yaşlanma süreci olarak adlandırılan intrinsek yaşlanmanın temelinde genetik faktörler ve hormonlar yer alır (Bulur, 2016; Ünal, 2011). Yaşlanmayla paralel olarak cildin bariyer işlevinde azalma, yaranın geç iyileşmesi, termoregülasyon yeteneğinde azalma, epidermis ve dermis tabakalarında değişimler, melanosit ve fibroblast sayısında azalma, ter ve yağ bezlerinde işlev kayıpları ortaya çıkar. Yaşlanmayla birlikte cildin kendini yenileme yeteneği azaldığı için ciltte kırışıklık, kuruluk ve yaşlılık lekeleri gibi yaşlanma belirtileri daha erken ortaya çıkmaktadır (Bulur, 2016; Karaduman, 2009).

- *Ekstrensek (fotoyaşlanma-çevresel) yaşlanmanın cilt üzerindeki etkileri:* Güneş ışınları ve ultraviyole ışınları cilt yaşlanmasında rol oynayan en önemli çevresel faktörlerdir. Bunları serbest radikaller, sigara ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, toksik maddelerin birikimi gibi nedenler izlemektedir. Çevresel faktörler kollajen yıkımına ve elastin azalmasına sebep olur, sonucunda cilt yaşlı görünüm kazanır (Bulur, 2016; Aydemir, 2013).

Yaşlanmayla birlikte cilt yapısı ve işlevlerinde çeşitli değişiklikler ortaya çıkar. Yaşlanma sürecinde cilt altı yağ dokusunun azalmasıyla ciltte incelmeye ve kuruluk görülür. Cilt elastikiyetinin azalmasına bağlı olarak sarkma ve gevşemeler, cilt kırışıklıkları daha belirgin hale gelir (Yıldırım, Özkahraman, ve Ersoy, 2012). Yaşlanmayla birlikte cilt elastikiyetini kaybeder, melanosit sayısı, yenilenme yeteneği ve kapiller dolaşım azalır (Ünal, 2011; Yıldırım ve ark., 2012). Cinsiyet hormonları büyüme ve gelişme çağında keratinositlerin büyümesini ve melanosit aktivitesini uyarırlar. Yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan hormonal değişimler cildi olumsuz etkiler. Östrojen miktarının ani olarak azalması sonucu cildin kan dolaşımı ve fibroblast aktivitesi azalır. Kollajen ve elastin sentezinin azalmasına bağlı ciltte kuruluk, kaşıntı, kırışıklık, incelmeye ve atrofi görülür. Bunun yanında, hyalüronik asit, sebase ve ektrin bez salgıları da azalır (Aydemir, 2013; Dilek, Saral, ve Çolak, 2010; İşbil, 2018). Yaşlanmayla birlikte doku kanlanmasının azalması ve kapiller kırılabilirliğin artması sonucu yara iyileşmesi gecikir ve ekimozlar kolaylıkla ortaya çıkar.

Motor ve duyu kayıpları, unutkanlık, konfüzyon ve görme bozuklukları, his kayıpları, düşme ve yaralanma riskini artırır, cilt bütünlüğü daha kolay bozulur ve cilt bakımı ihmal edilebilir. Yaşlılarda inkontinans veya diyarenin daha sık görülmesi ve fiziksel aktivite düzeyinin azalması sonucu basınç yaralanmaları ve enfeksiyon riski artar. Dehidratasyon cildin pullanmasına sebep olmaktadır. Yaşlılıkta ayrıca iştah kaybı, yetersiz beslenme ve kronik hastalıklar gibi faktörler yara iyileşmesini geciktirir. Yaşlanmayla birlikte çoklu ilaç kullanımının artması ve bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi nedenlere bağlı cilt enfeksiyonları ve cilt kanseri riski artar (Brennan-Cook & Turner, 2019).

Yaşlanmayla birlikte cilt bariyerinin bozulması ve hassasiyetinin artması cilt enfeksiyonları için uygun zemin hazırlar. Cilt **güneş ışınları** gibi çevresel uyarılara karşı daha fazla hassaslaşır (Yıldırım ve ark., 2012). Güneş ışınları cilt elastikiyetini azaltır, yaşlılık lekeleri olarak adlandırılan siyah-kahverengi lekelerin oluşumuna sebep olur (U.S. National Library of Medicine, 2019). Ayrıca cilt yapısındaki keratinosit ve sitokinlerin azalmasıyla bağışıklık sistemi zayıflar, melanositlerin azalmasıyla cildin ultraviyole ya da güneş ışınlarına karşı bariyer görevi olumsuz etkilenir. Yaşlılarda DNA onarımının yavaşlaması nedeniyle cilt kanseri riski artış gösterir (Gültekin & Canbilen, 2011).

Yaşlanmayla birlikte vücudun **ısı değişikliklerine** karşı hassasiyeti de artar. Sıcağa ve soğuğa olan toleransı azalır. Yaşlılarda ter bezleri sayısının ve cilt altı yağ tabakasının azalması sonucu vücudun yalıtım görevi azalır. Böylece, yaşlı bireylerin soğuğa karşı toleransı azalır ve hipotermi riski artar (Yıldırım ve ark., 2012; U.S. National Library of Medicine, 2019).

Yaşlılarda cilt sorunlarını etkileyen bir diğer çevresel faktör **yanlış-yetersiz beslenme ve dehidratasyon** varlığıdır. Dehidratasyon ciltte pullanmalara ve dökülmelere sebep olur. Yaşlanmayla birlikte vücuttaki su kaybının artması ve dışarıdan sıvı alımının yetersizliği sonucu cilt bütünlüğü daha kolay bozulur (U.S. National Library of Medicine, 2019).

Yaşlılıkta epidermis tabakasının kalınlığı %80, melanosit sayısı yaklaşık %96 oranında azalır. Yaşlanan ciltte dermis ve epidermis arasındaki bağlantı azaldığı için sıyrıklar ve büller ortaya çıkabilir. Melanosit sayılarının azalması sonucu yaşlılarda **ultraviyole ışınlar ile ilişkili cilt sorunları** artar (Gültekin & Canbilen, 2011).

Yaşla birlikte cildin bariyer görevini kaybetmesi, elastikiyetinin azalması ve daha ince bir yapıya sahip olması ciltte **yaralanma riskini** artırır. Sıcak ve soğuk hassasiyeti dışında dokunma, basınç ve titreşim gibi duylarda kayıp gelişir, cildin kendini yenileme hızı yavaşlar. Diyabet, pulmoner ve kardiyovasküler hastalıkların varlığı damar yapısında değişmelere sebep olur. Bu durumda cildin kendini yenileme hızı yavaşladığı için yara iyileşmesi gecikir ya da yara oluşumu riski artar (U.S. National Library of Medicine, 2019).

Yaşlılarda Cilt Sorunları ve Bakımı

Dermatolojik sorunlar yaşamı tehdit etmemekle birlikte, yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yaşlıların sık karşılaştığı cilt sorunlarının başında kaşıntı ve kuruluk yer alır. Ayrıca egzama, enfeksiyonlar, dermatit, iyi veya kötü huylu tümörler, basınç yaralanmaları ve yara iyileşmesinde gecikme daha sık ortaya çıkar (Yorulmaz & Yalçın, 2016; Bulur, 2016). Demirseren ve ark.'nın (2010) çalışmasında yaşlılarda cilt tümörlerinin ilk sırada yer aldığı (%79,5), bunu enfeksiyöz dermatozların (%72), enflamatuvar cilt hastalıklarının (%32,5), kserozis (%41) ve pruritus (%23,5) gelişiminin izlediği belirlenmiştir. Cilt tümörlerinin yaşlılarda en sık karşılaşılan cilt hastalıkları arasında olduğu, en sık görülen cilt bulgusunun ise egzama olduğu belirtilmiştir (Şaşmaz ve ark., 2003).

Kaşıntı ve kuruluk (kserozis): Epidermal bariyer, kıl folikülle-

rinin gelişmesi ve antibakteriyel fonksiyonları olan sebositler cilt homeostazında önemli bir yere sahiptir. Cildin elastikiyetini sağlar, direnç oluşturur ve termoregülasyonu sağlar. Sebase bezlerin atrofisi ve lipit dengesinde değişikliklerin olması cilt fonksiyonlarını olumsuz etkiler. Yaşlanmayla birlikte cildin su içeriği, sebase bez (yağ üretimi yapan) aktivitesi ve ter salgılarının azalması sonucu cildin nemi azalır, kaşıntı ve kuruluk gelişir (U.S. National Library of Medicine, 2019; Yorulmaz ve ark., 2017).

Cildi aşırı yıkama, alkali sabunlar, venöz hastalıklar ve ilaçlar cildin aşırı kurumasına neden olur. Sürfaktan içeren cilt temizleyici ürünleri cildi nemlendirir, emilimi artırır ve nemi koruyarak cilt bariyeri görevi görür. Sabun, cilt bariyerinin koruyucu işlevine zarar vererek cilt pH'ının yükselmesine, cildin tahriş olmasına ve daha fazla kuruyup çatlamasına sebep olabilir. Cilt temizliğinde sabun kullanılacak ise cilt pH'ına en yakın ürünün kullanılması, parfümsüz, renksiz ve koruyucusuz olan bir ürün tercih edilmesi önerilmektedir (Brennan-Cook & Turner, 2019). Cilt kuru ise sert kumaşlı giysiler tercih edilmemelidir. Ortam nemlendirilebilir, bu amaçla gerekirse buhar makineleri kullanılabilir. Yaşlı bireylere banyo sonrası nemlendirici kullanmaları önerilir. Nemlendiriciler epidermisten kaybedilen su miktarını azaltır ve yağ bariyeri sağlayarak cildin su içeriğini artırır (Altındış, 2013).

Araştırma sonuçları dikkate alındığında, cilt değişiklikleri ve cilt hastalıklarının yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte daha da artacağı öngörülmektedir. Bu cilt sorunlarının çoğu koruyucu girişimler, cilt bakımı ve dermatolojik muayeneler ile kontrol altına alınabilir ve böylece yaşlıların yaşam kalitesi artırılabilir.

Kaşıntı dermatolojik şikayetler arasında sık görülen durumdur. Yorulmaz ve ark.'nın (2017) çalışmasında yaşlılarda kaşıntının sistemik hastalıklar içerisinde en fazla demir eksikliği anemisiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Hipotroidizm gibi endokrinolojik sorunlar, renal ve hepatobiliyer sorunlar, lösemi ve lenfoma gibi hastalıklar kronik kaşıntıya sebep olabilmektedir. Örneğin böbrek yetersizliğinde kanda üre düzeyinin artmasına bağlı üremik kaşıntı yaygın görülür (Yorulmaz ve ark., 2017).

Basınç yaralanmaları: Yaşlılarda sık görülen, maliyet ve morbidite açısından ciddi öneme sahip cilt sorunları arasında yer almaktadır. Basınç yaralanmaları, uzun süreli basınca ve iskemiye bağlı oluşan cilt lezyonları olarak tanımlanır. Basınç yaralanmaları özellikle kemik çıkıntılarının olduğu ve yatağa doğ-

rudan temas eden bölgelerde (sakrum, trokanter, kalça, topuk vb.) daha sık gelişir (Altındış, 2013).

Yaşlı bireylerde fibroblast replikasyonunun azalmış olması basınç karşısında cildin vasküler yanıtını değiştirir ve ciltteki sinir uçlarının azalması basınç yaralanmalarına yatkınlığı artırır (Chang ve ark., 2013). Yaşla birlikte cildin kuruyup çatlaması veya aşırı nemli olduğu durumlarda basınç yaralanmaları oluşumunu hızlandırır. İnkontinans sorunu olan yaşlı bireylerde basınç yaralanması görülme sıklığı beş kat artmaktadır. Yaşlılıkta cilt kanlanması azalması, epitel dokunun incelmeye, cilt altı yağ dokusu ve cilt duyarlılığının azalması basınç yaralanması oluşumuna zemin hazırlar (Altındış, 2013). Basınç yaralanmalarının erken fark edilmesi ve tedavi edilmesi iyileşmeyi hızlandırır.

Fizyolojik olarak yaşlı cilt dokusunda genç cilt dokusuna göre basınca karşı vazodilatasyon yanıtı azalır. Cilt altı yağ dokusunun azalması kemik yapıların olduğu alana desteği azaltır ve dolayısıyla basınç yaralanması riski artar. Yaşlıların aktivite seviyesi ve işlevsel durumu göz önünde bulundurularak cilt kıvrımları ve kemik çıkıntıları basınç yaralanması riski açısından gözlenmelidir. Özellikle obezite, sınırlı aktivite düzeyi veya yatağa bağımlılık, malnütrisyon ve kronik hastalıklar, inme gibi nörolojik hastalıklar, kırıklar ve basınç yararı riski ile ilişkili faktörlerdir. Bu faktörler oluşan basınç yaralarının geç iyileşmesine sebep olmaktadır (Brennan-Cook & Turner, 2019; Chang ve ark., 2013).

Cilt hasarını önlemek için bariyer ürünler uygulanabilir. Yaralanmalarda travmatik olmayan yara örtüleriyle pansumanların yaraya yapışması ve cilde zarar vermesi önlenir (Brennan-Cook & Turner, 2019). Basınç yaralarının tedavi aşamasında koruyucu önlemleri olarak yaşlı bireyin kalori, protein, vitamin ve mineral yönünden dengeli diyetle beslenmesi teşvik edilmelidir. Ayrıca enfeksiyon kontrolüne yönelik önlemler alınmalı, diyabet ve vasküler yetersizlikler gibi komorbid hastalıklar tedavi edilmelidir. Bireyin durumuna göre mobilizasyon teşvik edilmeli, yatağa bağımlı ise iki saatte bir pozisyon değişikliğini sağlanmalıdır. Cildi bütünlüğü desteklenmeli (köpük yastıklar, taban jelleri) ve ağrı kontrol altına alınmalıdır (Chang ve ark., 2013). Basınç yaralanması riski yüksek bireylerde günlük cilt kontrolü yapılmalı, cilt temizliği amacıyla ılık ve hassas malzemeler kullanılmalı, cilt kuruluk ve soğuktan korunmalıdır (Halil, 2013).

Egzama: Asteotik egzama (egzama krakuale, senil iritan kontakt dermatit) yaşlılarda en sık karşılan egzama tipleri arasındadır. Egzama, kuruluk ve dermatit ile ilişkili olarak kış aylarında daha sık ortaya çıkmaktadır. Özellikle cildin su ve nem kaybı, yağ içeriğinin azalması ve cildin kendini yenileme hızını yitirmesi bu sorunun en yaygın nedenleri arasındadır. Çevresel faktörlere bağlı olarak (aşırı ısınma, ısı kaynaklarına yakın temas, soğuk ve kuru hava gibi) cildin nem miktarının azalması egzamanın kötüleşmesine neden olur (Ward, 2005). Yaşlı bireylerin allerji öyküsü sorgulanıp, topikal steroid ve antihistaminik tedavi uygulanabilir (Parlak, Küçükuslu, ve Aydoğan, 2012). Egzamanın türüne göre tedaviye antibiyotikler eklenebilir.

Genel olarak egzama tedavisinde predispozan faktörlerin önlenmesi ve egzamaya bağlı oluşan kaşıntı, kuruluk ve enfeksiyonun azaltılması ve cildin rahatlatılması amaçlanır. Egzama sorunu olan yaşlılarda cildin stratum korneum tabakasını nemlendirmek için en az 10 dakikalık kısa banyolar tercih edilmelidir. PH değeri 5.5 olan cildi tahriş etmeyecek sabun ve şampuan kullanılmalıdır. Banyo sonrası nemlendirici solüsyonlar kullanılmalıdır. Egzamalı yaşlı bireylerin kıyafet seçiminde pamuklu, cildi irrite etmeyen ve absorban ürünleri tercih etmeleri önerilir. Ayrıca oda ısısı sabit tutulmalı ve kıyafetler sabunla yıkandıktan sonra iyi durulanmalıdır (Atıcı, 2003).

Diğer Önlemler: Çevresel faktörlerin zararlı etkilerini azaltmak için yaşlı bireylerin güneşe çıkmadan 30 dakika öncesi güneş koruyucu krem kullanmaları, her iki saatte bir kez güneş koruyucularını tekrar uygulamaları ve ultraviyole ışınlarının en fazla olduğu 10-16 saatleri arasında güneşten kaçınılması önerilir (Brennan-Cook & Turner 2019; Halil, 2013). Güneş ışınlarının zararlarından korumak için ayrıca antioksidanlar da kullanılabilir. Vitamin E ve C, beta karoten gibi antioksidanlar epidermisin koruyucu fonksiyonunu artırarak fotoyaşlanmaya karşı koruyucu etkiler gösterirler (Halil, 2013). Cilt kontrolü yapılmalı ve cilt hijyeni teşvik edilmelidir. Cilt tümörleri riskini azaltabilmek için ultraviyole ışınlar karşı koruyucu önlemlere dikkat çekilmeli ve yaşlı bireylere görülen cilt kanserlerinin erken tanısı ve tedavisi için düzenli dermatolojik muayenelerini yaptırmaları önerilmelidir.

Cilt sorunları ve risk faktörlerinin yönetimi, cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi konusunda hemşirelere önemli roller ve sorumluluklar düşmektedir. Kronik hastalıkların, çoklu ilaç kullanımının ve bağımlılık düzeyinin artması gibi faktörlerden dolayı yaşlılık döneminde cilt bakımı ve

hijyen daha da önem kazanır. Yaşlılarda dolaşım yetersizliği veya vasküler hastalıklar insidansının artmasıyla ayak mantarları, ödem, basınç yaralanması ve diyabetik ayak gibi komplikasyonların daha sık ortaya çıktığı dikkat çekmektedir. Yaşlı bireylere haftada 1-2 kez ılık banyo yaptırılmalı, özellikle koltuk altı ve parmak araları gibi bölgeler kuru tutulmalıdır. Vücudun kıvrım yerleri, ayak, parmak araları ve tırnak kenarları her gün kontrol edilmelidir. Düzenli olarak cildin rengi, tonüsü ve turgoru, kızarıklık, ödem ve yaralanma varlığı değerlendirilmelidir. Yaşlı bireyin cildi nemli tutulmalı, aşırı sıcak ve sık banyodan kaçınılmalı, soğuk ve kuru hava koşullarından korunmalıdır. Yaşlı bireylerin haftada bir veya iki kez yıkanması ve cildin nemlendirilmesi önerilir. Cilt çok kuru ise nemlendiriciler günde üç kez uygulanabilir (Brennan-Cook & Turner, 2019).

Sonuç

Bu derlemede yaşlılarda sık görülen cilt sorunlarına ve cilt bütünlüğünü korumaya yönelik girişimlere değinilmiştir. Yaşlılığın normal süreci olarak görülen cilt değişimlerinin üzerinde durulmaması ve tam bir dermatolojik muayenenin yapılamaması gibi durumlar bu yaş döneminde cilt sorunlarıyla etkin baş edememesine neden olur.

Hemşireler yaşlı bireyin cilt bütünlüğünü sistematik olarak değerlendirmek, risk faktörlerini belirlemek, olası sorunlara yönelik girişimler planlayarak cilt sağlığını korumak ve sürdürmek konusunda önemli rol ve sorumluluklara sahiptir. Yaşlı bireye ve ailesine cilt bütünlüğünü sürdürmek için cildin nemlendirilmesi, vücut hijyeni, yara bakımı, sabun seçimi ve cilt sorunları ile baş etme yöntemleri gibi konularda eğitim planlamalıdır.

Kaynaklar

- Altındaş, M. (2013). *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Atıcı, E. (2003). Geçmişten günümüze egzama tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 11(1), 48-55.
- Aydemir, E. H. (2013). Deri yaşlanması. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(Ek sayı 2), 89- 93. Doi:10.5222/otd.sup2.2013.089.
- Brennan-Cook, J., & Turner, R. L. (2019). Promoting skin care for older adults. *Home Healthcare Now*, 37(1), 10-16. Doi: 10.1097/NHH.0000000000000722.
- Bulur, I. (2016). Yaşlanma ve deri. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(Özel Sayı 1), 99-101. Doi: <http://dx.doi.org/10.20515/otd.73899>.
- Chang, A. L., Wong, J. W., Endo, J. O., et al. (2013). Geriatric dermatology review: Major changes in skin function in older patients and their contribution to common clinical challenges. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(10), 724-30. Doi: 10.1016/j.jamda.2013.02.014.
- Demirseren, D. D., Emre, S., Ateşkan Ü., ve ark. (2010). Geriatri poliklinik hastalarında saptanan deri bulgularının prospektif analizi. *Türk Geriatri Dergisi*, 13(2), 87-91.
- Dilek, N., Saral, Y., ve Çolak, R. (2010). Endokrin hastalıklarında deri bulguları. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 28(2), 45-48.
- Gültekin, B., & Canbilen, A. (2011). Yaşın ve cinsiyetin insan epidermis kalınlığına ve melanosit sayısına olan etkilerinin histolojik yöntemlerle araştırılması. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(4), 208-212.
- Halil, G. M. (2013). Bası Yaraları-Medikal Perspektif. M Altındaş, (Ed.). İçinde: *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı*.1. Baskı. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 317-324.
- İşbil, N. (2018). Sebace bezlerin fizyolojik fonksiyonları. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology*, 28(2), 69-75. Doi: 10.5336/dermato.2018-62201.
- Karaduman, A. (2009). Yaşlılarda sık karşılan deri sorunları. Erişim tarihi: 19.03.19, <http://geriatri.org.tr/pdfler/YASLILARDAKIDERISORUNLARI.pdf>
- Özyurt, K., Avcı A., Çınar S. L., ve ark. (2014). Geriatrik hastalarda dermatolojik sorunlar. *Türk Dermatoloji Dergisi*, 8(4), 206-209. Doi: 10.4274/tdd.2333.
- Parlak, A., Küçükuslu, N., ve Aydoğan, Ü. (2012). Yaşlılarda sık görülen deri hastalıkları. *Türk Aile Hekimi Dergisi*, 16(2), 72-82. Doi: 10.2399/tahd.12.072.
- Şaşmaz, S., Çelik, M., Ekerbiçer H., ve ark. (2003). Yaşlılarda deri hastalıkları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(2), 51-54.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Genel Demografik Göstergeler içinden '65 yaş ve üzeri nüfus oranlarının uluslararası karşılaştırması, (%) 2017'. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 1106. Erişim tarihi: 19.03.19, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr>
- Tiftik, S., Kayış, A., ve İnanır, İ. (2012). Yaşlı bireyde sistemsel değişiklikler, hastalıklar ve hemşirenin rolü. Erişim adresi: http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-4-1-001-011.htm
- U.S. National Library of Medicine, (2019). Aging changes in skin. Medical Encyclopedia, Medline Plus: Trusted health information for you. İçinde, U.S. National Library of Medicine, Atlanta (GA): A.D.A.M. Inc. Erişim tarihi: 19.03.19, <https://medlineplus.gov/ency/article/004014.htm>
- Ünal, İ. (2011). *Yaşlanan Deride İzlenen Değişiklikler*. İzmir 4. İleri Yaş Sempozyumu "Yaşlanan Bedenle Yaşam. 4. İleri Yaş Sempozyumu Kitabı. İzmir. Erişim tarihi: 19.03.19, <http://www.egegeriatri.org.tr/images/stories/4.pdf>.
- Ward, S. (2005). Eczama and dry skin in older people: Identification and management. *British Journal and Community Nursing*, 10(10), 453-455.
- Yıldırım, B., Özkahraman, Ş., ve Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 19-23.
- Yorulmaz, A., & Yalçın, B. (2016). Investigating the frequency of dermatological diseases in the oldest old. *Turkish Journal of Geriatrics*, 19(4), 211-216.
- Yorulmaz, A., Tabanlıoğlu Onan, D., Kulcu Çakmak S., et al. (2017). A Retrospective study on the etiological factors of the chronic pruritus in the elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*, 20(3), 187-193.

Derleme makale / Review

Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü¹

The Role of Midwife and Nurse in Breastfeeding

Gülümser Arça²  Hafsa Kübra Işık³ 

Yazarların ORCID numaraları/ORCID IDs of the authors:
G.A. 0000-0002-7159-1659; H.K.I. 0000-0002-2472-6987

¹Bu derleme İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı kapsamında hazırlanmış yüksek lisans tez (2019) çalışmasından hazırlanmıştır.

²Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu/İstanbul

³Çorum Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bayat Toplum Sağlığı Merkezi/Çorum

Sorumlu yazar / Corresponding author:
Hafsa Kübra Işık
E-posta: hafsakubra@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 16.08.2019
Kabul tarihi / Date of acceptance: 29.11.2019

Atf / Citation: Arça G, Işık H.F. (2019). Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1 (3), 221-228.

ÖZ

Anne sütü, yenidoğanın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, büyüme-gelişme süreçlerine sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için gerekli olan en temel besin kaynağıdır. Anne sütünün anne ve bebek sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli yararları olduğu bilinmektedir. Ancak anne sütünün ve emzirmenin yaşam boyu sağladığı yararlar evrensel ölçüde kabul görse de emzirme oranlarının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Uluslararası ve ulusal emzirme programlarında, emzirme oranlarının iyileştirilmesi sürecinde ebe ve hemşirelere büyük sorumluluklar düştüğü belirtilmiştir. Emzirme, öğrenilen bir davranış olup, emzirme davranış ve tutumlarının geliştirilmesi için doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemde emzirme eğitiminin verilmesi önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda emzirme eğitimine yeterli düzeyde önem verilmemesi durumunda emzirme oranlarının olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir. Başarılı emzirmede 10 adımın 2018 yılında revize edildiği çalışmada, annelere verilecek olan emzirme eğitimi ve danışmanlık uygulamalarına ek olarak, personelin emzirmeyi desteklemek için yeterli bilgi ve donanıma sahip olması gerektiği vurgulanmıştır. Bu nedenle emzirme eğitimini ve danışmanlığını verecek olan personelin bilgi ve uygulamaları büyük önem taşımaktadır. Bu derlemede ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi düzeyleri ve uygulama durumları ele alınarak, ebe ve hemşirelerin emzirmedeki rollerinin tartışılması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ebe; emzirme; hemşirelik; hemşirenin rolü.

ABSTRACT

Breast milk is the most basic nutritional source for the maintenance and development of newborn health in order to maintain healthy growth and development. There are short- and long-term benefits of breast milk on maternal and infant health. Although the lifetime benefits of breast milk and breastfeeding are accepted by countries, it is seen that breastfeeding rates are not at the desired level. In international and national breastfeeding programs, it is stated that midwives and nurses have great responsibilities to improve breastfeeding rates. Breastfeeding is a learned behavior, so that breastfeeding training is crucial in order to improve breastfeeding behavior and attitudes during the prenatal, perinatal and postpartum period. Studies have reported that breastfeeding rates were adversely affected if insufficient attention was given to breastfeeding training. In the study, where 10 steps in successful breastfeeding were revised in 2018, it was emphasized that in addition to breastfeeding training and counseling practices to be given to mothers, staff should have sufficient knowledge and equipment to support breastfeeding. Therefore, the knowledge and practices of the personnel who will provide breastfeeding training and counseling are also important. The aim of this review is to discuss the knowledge and practice of midwives and nurses about breast milk and breastfeeding and to discuss the role of midwives and nurses in breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; midwifery; nursing; nurse's role.

Giriş

Toplum içerisinde sağlık açısından riskli grup olarak tanımlanan anne ve çocuklar, gelişmekte olan ülkelerde nüfusun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu durumun anne ve çocuk sağlığı sorunlarının sağlık bakım öncelikleri arasında yer aldığı ve ulusal sağlık bakım hizmetlerini etkilediği görülmektedir. Çalışmalarda intrauterin yaşamda sağlıklı büyüme ve gelişimin erişkin dönemde bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını yakından etkilediği bildirilmektedir. Sağlıklı toplumun temelleri, sağlıklı anne ve çocuklar ile mümkündür. Annelerin sağlığı, özeldede hem anne hem de çocuk sağlığını etkilerken, genelde aile ve toplumun yapısını etkilemektedir (Taşkın, 2007).

Kadın ve çocukların yaşamlarının önemli dönemlerinde karşılaşacakları sağlık sorunları tüm yaşamlarını etkilemektedir. Literatürde kadınların yaşamları boyunca sağlığını en fazla etkileyen dönemin gebelik ve lohusalık dönemi, çocukların ise yenidoğan ve süt çocukluğu döneminin olduğu bildirilmiştir. Beslenme bozuklukları çocukların yaşamları boyunca en sık karşılaştıkları sorunlar arasında yer almaktadır. Dünya genelinde beş yaş altı çocukların ölüm nedenleri arasında %35'inin beslenme ve beslenmeye bağlı nedenler olduğu bildirilmiştir (Gözükara, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından doğum sonrasında bebeğin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi, 24 aya kadar da ek gıdalarla birlikte anne sütüne devam edilmesi önerilmekte olup, böylelikle beş yaş altı ölümlerin azaltılabileceği bildirilmektedir. DSÖ ve UNICEF gibi Amerikan Pediatri Akademisi de doğumu izleyen ilk altı ay boyunca bebeklerin sadece anne sütü ile beslenmesini önermektedir (Hannula, Kaunonen ve Tarka, 2008; WHO, 2017). Agostoni ve ark. (2010) çalışmalarında, anne ve bebek istediği sürece, en az bir yıl, tercihen iki yılı aşana kadar emzirmenin sürdürülmesinin uygun olduğunu bildirmektedir. DSÖ (2009) ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesi durumunda her yıl 1,4 milyon bebeğin hayatının kurtulacağını vurgulamaktadır. Çocuk hastalıklarının ve ölümlerinin azaldığı ülkelerde, sadece anne sütüyle beslenmenin önemsendiği ve bunun tek başına hastalık ve ölüm oranlarının kontrol altına alınmasında etkili bir faktör olduğu belirtilmiştir (WHO, 2009).

Emzirme doğal bir eylem iken aynı zamanda öğrenilmiş bir davranış olduğu bilinmektedir (Çelebioğlu, Tezel ve Özkan, 2006). Emzirme eylemi, eğitim ve danışmanlıklar ile devam ettirilebilir. Özkan ve ark. (2016) hemşirelerin eğitim ve bakım vererek, danışmanlık rollerini kullanarak annelerin emzirme davranışını olumlu yönde etkileyebileceklerini belirtmiştir. Emzirmenin etkili bir şekilde başlatılıp, devam ettirilmesinde ebe ve hemşireler tarafından verilen emzirme danışmanlığının rolü büyüktür. Literatürde emzirmenin sürdürülmesi ve güçlendirilmesinde emzirme eğitiminin önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır (Tokat ve Okumuş, 2013). Oktar, Coşkun ve Bostancı (2018) çalışmalarında her annenin bebeğini emzirme içgüdüüne sahip olduğunu, ancak kendisi ve bebeği ile ilişkili sorunlar nedeniyle emzirme güçlüğü yaşadığında

emzirme danışmanlığı sayesinde bu sorunların giderilebileceğini belirtmektedir. Ülkemizde anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim ve danışmanlık birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan ebe ve hemşireler tarafından verilmektedir (Taşkın, 2007). Yapılan kanıta dayalı çalışmalarda ebe ve hemşireler tarafından doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde verilen emzirme eğitimlerinin, emzirmenin sürdürülmesinde ve başarılı emzirmenin gerçekleştirilmesinde önemli olduğu gösterilmiştir (Uzun, Kolcu ve Öcebe, 2018). Emzirme eğitimlerinin başarısı için bu eğitimleri verecek olan ebe ve hemşirelerin emzirmeyle ilgili bilgi düzeyleri ve almış olduğu eğitimler önem taşımaktadır. Başer, Sönmez ve Arslan (2018) tarafından ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusunda aldıkları eğitimin emzirmeyi etkileyen faktörler arasında olduğu bildirilmiştir.

Bu derlemede, ebe ve hemşirelerin emzirme konusunda bilgi durumları ele alınarak, emzirmede ebe ve hemşirelerin rolünün, literatür ışığında irdelenmesi amaçlanmıştır.

Dünyada ve Türkiye'de Emzirme Oranları

Günümüzde ülkeler vatandaşlarını sağlığın korunması ve geliştirilmesi için öz-bakım konusunda sorumluluk kazandırmak üzere teşvik etmektedir. Bunun en iyi yolu bireylere verilecek olan eğitimden geçmektedir. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından Dünya'da çocukların durumuna ilişkin hazırlanan raporda (2015), dünya genelinde doğumdan sonra emzirmeye ilk bir saat içinde başlama oranının %44 olduğu, bu oranın ülkeler düzeyinde bakıldığında ise Afrika'da %47, Asya'da %42, Latin Amerika'da %49 ve az gelişmiş ülkelerde %53 olduğu bildirilmiştir. Dünya genelinde sadece anne sütüyle beslenme oranının %38'lerde olduğu bu oranın ülkeler düzeyinde bakıldığında Afrika'da %36, Asya'da %39, Latin Amerika'da %32 ve az gelişmiş ülkelerde %46 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre ilk bir saat içinde anne sütüyle bebek emzirme oranlarının yüksek olduğu, ancak bebeklerin emzirilmeye devam ettirilemedikleri, dünya genelinde sadece anne sütü ile beslenme oranının düşük olduğu görülmektedir (UNICEF, 2015) (Tablo 1).

Son yıllarda emzirme konusunda yapılan çalışmalarda verilen eğitimlerin emzirmeye başlanması ve sürdürülmesini olumlu yönde etkilediği ancak bu oranın istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür. Ülkemizde emzirme oranlarına Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2018) raporunda yer verilmektedir. Raporda sunulan veriler, annelerin emzirmeye başlama zamanı, emzirme süresi ve ek gıdaya başlama zamanına ilişkin bilgileri içermektedir. Bu verilere göre ülkemizdeki çocukların %98'i emzirilmiştir. Doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilme oranı %71, doğumdan sonraki ilk 1 gün içinde emzirilme oranı %86 ve prelakteal (emzirme öncesi) besin alan çocukların oranının %42 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, TNSA (2018)'de Suriyeli göçmen çocuklarının anne sütü ile beslenme oranları verilmiş olup, raporda emzirmeye başlama oranının %94 olduğu bildirilmektedir. Suriyeli çocukların %73'ünün doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde, %86'sının doğumdan sonraki 1 gün içinde emzirildiği ve %24'ünün prelakteal (emzirme öncesi) besin aldığı görülmüştür (Grafik 1). Türkiye'de sadece anne sütü

ile beslenme süresi 1,8 ay iken, Suriyeli göçmen örneğinde bu süre 3,1 ay olarak saptanmıştır. TNSA (2018) verilerine göre, anne sütü ve emzirme konusunda Türkiye’de istenilen düzeye ulaşılamadığı görülmektedir. Emzirme oranları emzirmenin desteklenmesi ve devam ettirilmesi konusunda eğitimin sürdürülmesinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nun kabul ettiği ‘Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’de toplumdaki herkesin emzirme konusunda bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve bu konudaki eğitim olanaklarına ulaştırılması amaçlanmıştır (UNICEF, 1990). DSÖ ve UNICEF’in 1989 yılında yayınlamış olduğu ‘Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi ve Desteklenmesinde Doğum Hizmetlerinin Rolü’ne ilişkin 10 öneri yayınlamıştır. Bu 10 öneri hastanede veya evde olan doğumlarda annelerin bebeklerini anne sütü ile doğru şekilde beslemelerine yönelik olup annelerin ve bebeklerin bakımına ilişkin standartlar geliştirmek üzere oluşturulmuştur. Önerilerin 2018 yılında revize edilen halinde ise emzirmeyi desteklemek için sağlık ekibi üyelerinin (ebe, hemşire ve hekimlerin) yeterli bilgi, beceri ve donanımına sahip olmaları gerektiği bildirilmiştir (DSÖ, 2018).

Anne- Çocuk Sağlığı Açısından Emzirmenin Önemi

Anne sütünün bebeklerin büyüüp gelişmesi için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içermesi ve kolay sindirilmesi açısından en uygun besindir. (Bilgen, Kültürsay ve Türkyılmaz, 2018). Her yıl milyonlarca anne ve bebek, yetersiz beslenme ve sağlık bakımı alamama gibi nedenlerden dolayı ölmektedir. DSÖ ve UNICEF tarafından 1978 yılında Kazakistan’ın Alma-Ata (Almaty) kentinde yapılan ‘2000 yılında herkese sağlık’ temalı Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansında, tüm insanların sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik bir bildiri yayımlanmıştır. Konferansta birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini yer aldığı 10 maddelik bir bildiri yayımlanmıştır. Bildiride sağlık gereksinimleri arasında anne-çocuk sağlığının ve yeterli beslenmenin desteklenmesi konuları yer almaktadır. Nairobi’de 1987 yılında düzenlenen konferansta birçok ülkenin desteği ile ‘Güvenli Annelik Programı’ başlatılmıştır. Bu programda, yetersiz beslenme ve sağlık bakımı alamama gibi nedenlerden kaynaklanabilecek tüm ölümlerin önüne geçmek, anne-çocuk sağlığını en yüksek seviyeye çıkarmak hedeflenmiştir (Yanikkerem, Saruhan ve Şirin, 2008; Özan, Gürpınar ve Şahin, 2011; Doğan, Yiğit ve Erdoğan, 2013).

Sağlıklı yaşamın temelleri bebeklik ve çocukluk döneminde atılmaktadır. Çocukluk dönemlerinde görülen sağlık sorunları ilerleyen yıllarda daha büyük sorunlara yol açacağı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda bebeklik ve çocukluk dönemlerinde en sık görülen sağlık sorunları arasında beslenme yetersizliklerinin olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada beslenme yetersizliğine bağlı ölümlerin önlenmesi için bebeklerin anne sütüyle beslenmeleri gerektiğini belirtmiştir (Duran, 2008).

Yapılan kanıta dayalı çalışmalarda emzirmenin hem anne hem de bebek açısından birçok yararı olduğu tespit edilmiştir (Thompson, 2005; Mannel, Marters ve Walker, 2008; AHA, 2012; Yılmaz, 2016; Tetik, 2016; İrmak, 2016; Türkyılmaz, 2016; Şahin, 2017; TND 2018). Konuyla ilgili olarak Victora ve ark.

(2016) tarafından yapılan çalışmada anne sütünün kısa ve uzun dönemde yararlar sağladığı belirtilmiştir. Emziren kadınlarda meme ve over kanseri riskinin azaldığı belirtilmiştir (Aker, Öz ve Tunçel, 2014; Victora ve ark., 2016). Li ve ark. (2014)’nın çalışmasında emziren kadınlarda over kanseri riskinin, emzirmeyen kadınlara göre daha az olduğu belirtilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada ise emzirme süresi arttıkça over kanserine yakalanma riskinin azaldığı görülmüştür (Su ve ark., 2013). Emzirmenin aynı zamanda uterus involüsyonunu hızlandırdığı, annenin doğum sonrası kilo kaybını kolaylaştırdığı bildirilmiştir (Victora ve ark., 2016; Nadem ve Nadem, 2017; Oktar ve ark., 2018).

Yapılan çalışmalarda annenin ruhsal durumunda dalgalanmaların yoğun olduğu ve postpartum depresyona yakalanma riskinin en fazla olduğu dönem, doğum sonu dönem olarak bildirilmiştir (Topal, Çınar ve Altınkaynak, 2017; Oktar ve ark., 2018). Borra, Iacovou ve Sevilla (2015)’nın yaptığı çalışmada emziren kadınlarda, emzirmeyen kadınlara göre postpartum depresyona yakalanma riskinin daha az olduğunu ileri sürmüştür. Benzer şekilde, Dias ve Figueiredo (2015) tarafından yapılan çalışmada ise gebelikte ve doğum sonunda depresyon tanısı alan kadınlarda, emzirme sürelerinin kısa olduğu bildirilmiştir. Buna karşın Özkan ve ark. (2014) çalışmalarında emzirme ile postpartum depresyon arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını belirtmektedir. Diğer yandan, Victora ve ark. (2016) emziren kadınlarda tip 2 diyabete yakalanma riskinin daha az olduğunu saptamıştır. Emziren kadınlarda ovulasyon engellenerek, laktasyonel amenore oluşmaktadır. Radwan, Mussaiger ve Hachem (2009) laktasyonel amenorenin doğumdan sonra devam etme olasılığının, bebeklerini sadece anne sütü ile besleyen annelerle görüşerek yaptıkları çalışmada, karışık besleyen annelere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca emzirmek anne bebek bağının olumlu şekilde gelişmesine katkı sağlamaktadır (Topal ve ark., 2017).

Anne sütü ile beslenmenin, bebeklerde sağlık açısından kısa ve uzun vadede sayısız yararları vardır. Anne sütünde bulunan mikroorganizmalar, prebiyotik ve probiyotik etki yaratarak bebekte sağlıklı bir mikrobiyota gelişmesini sağlamaktadır. Bu prebiyotik ve probiyotikler bebekte barsak florasının oluşmasına ve yararlı bakterilerin çoğalmasına yardımcı olmaktadır (Güney ve Çınar, 2017). Anne sütünde bulunan immünglobulinler ishal etkeni olan rotavirüsüne karşı antikor oluştururlar. Türkyılmaz (2016) çalışmasında emziren bebeklerde ishal görülme sıklığının %70’ten fazla azaldığını belirtmiştir. Oktar, Coşkun ve Bostancı (2018) anne sütü ile beslenmenin bebeklerin Tip1 DM ve obeziteye karşı koruyuculuk sağladığını vurgulamıştır. Yapılan bir çalışmada ilk altı ay anne sütü alan bebeklerin bağırsak geçirgenliğinde ve bağırsak enfeksiyon sıklığındaki azalmanın Tip 1 DM’ye karşı koruyucu etki yaptığı belirlenmiştir (Kaya ve Kurtoğlu, 2014). Yılmaz Araslı ve ark. (2015)’nin çalışmasında anne sütü alma süresi kısaltıkça beden kitle indeksinin (BKS) arttığı bildirilmiştir. İlgili çalışmada obezitenin ortaya çıkmasında yanlış beslenmenin rol oynadığı bildirilmiştir.

Anne sütüyle beslenen bebeklerin daha az ağladıkları yapılan

çalışmalarda bildirilmiştir. Dilli, Küçük ve Dallar (2009)'ın bebeklikte aşılama sırasında ağrıyı azaltma girişimlerini incelediği çalışmada, emziren bebeklerin emzirmeyen bebeklere kıyasla daha az ağladıkları ve ağlama sürelerinin azaldığı görülmüştür. Bunların yanı sıra, emzirmek bebeklerin zekâ gelişimine fayda sağlamaktadır. Horta, Loreto de Mola ve Victora (2015) yaptıkları çalışmada, anne sütü ile beslenen bebeklerin zekâ testi sonuçlarında 3,44 puanlık bir artış meydana geldiğini belirlemiştir. Emziren bebeklerin, alt solunum yolu enfeksiyonlarına, alerjik rinit ve otitis media gibi hastalıklara yakalanma oranlarının azalmaktadır (Türkyılmaz, 2016). Ayrıca anne sütü ile beslenen bebeklerde çocukluk çağı kanserleri riskinin azaldığı belirtilmiştir (Uzun ve ark., 2018).

Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları

Günümüzde ülkeler ulusal emzirme programlarıyla, annelerin eğitimi ve desteklenmesinde görevlendirilen ebe ve hemşirelerin yeterli bilgi ve becerilere sahip olmasını desteklemiştir. DSÖ, emziren annelere eğitim verecek olan sağlık profesyonellerinin (ebe ve hemşireler) emzirme konusunda en az 18 saatlik eğitim almaları gerektiğini ifade etmektedir (UNICEF ve WHO, 2009). Literatürde ebe ve hemşireler tarafından annelere verilen eğitimin; emzirmenin sürdürülmesinde, emzirme sırasında karşılaşılabileceği problemlerin önlenmesinde ve emzirme başarısında büyük role sahip olduğu belirtilmiştir. Ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve uygulamalarının annenin aldığı eğitimin ve desteğin kalitesini belirlediği bildirilmektedir. Ebe ve hemşireler, annelere yeterli bilgi ve desteği sağlayamadığı takdirde verilen sağlık eğitiminin niteliği ve başarısı düşecek, annenin sağlık personeline olan güveni azalacaktır. Emzirme desteğinin sağlanabilmesi için anne ve sağlık personeli (ebe-hemşire) arasında güven ilişkisinin olması gereklidir. Yapılan bir çalışmada anne sütü ve emzirme konusunda eğitim alan annelerin eğitim almayan annelere göre bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Çakmak ve Dengi, 2019). Örsdemir (2011) çalışmasında ebe ve hemşirelerin emzirme ve anne sütü konusunda eğitim verebilmesi için yeterli bilgiye sahip olması ve emzirmeye ilişkin olumlu tutum ve yaklaşım sergilemeleri gerektiğini vurgulamıştır. Anne sütüyle beslenme oranlarının artması için nitelikli sağlık politikalarının izlenmesi ve sağlık personelinin yeterli bilgi ve beceri ile donatılması önem taşımaktadır (Duran, 2008; Özkarar ve ark., 2016).

Raisler (2000) emzirme bilgisi konusunda hangi sağlık ekibi üyesinin daha etkin olduğuna ilişkin karşılaştırmalı araştırmaların çok az sayıda olduğunu ve bu çalışmalarda karşılaştırmalarda en yüksek puanı ebe ve hemşirelerin aldığını belirtmiştir. Siddell, Marinelli ve Frooman (2003) yaptıkları çalışmada ise yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan ebe ve hemşirelerin bilgi ve tutumlarını değerlendirmiştir. Değerlendirme sonucuna göre, ebe ve hemşirelere verilen emzirme eğitiminin sonunda emzirme bilgilerinde önemli düzeyde artma olduğu bildirilmiştir. Duran (2008) yaptığı çalışmada başarılı emzirmeyi etkileyen en önemli faktörün ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusunda almış olduğu eğitim olduğunu belirtmiştir. Raisler

(2000) çalışmasında tüm bilimlerde olduğu gibi emzirme konusunda da bilgilerin sürekli yenilenebilir olduğunu belirterek, ebelerin emzirmeye güçlü bir katkı sağladığını ancak kendilerini güncel bilgilerle donatmaları gerektiğini bildirmektedir.

Ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusunda bilgi ve uygulamalarının önemi çalışmalarda belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının bilgi ve uygulamalarının yeterli olmadığı görülmüştür (Gönener, Bala ve Aydın, 2010; Duran ve ark., 2010; Deloian, Lewin ve O'Connor, 2015). Ward ve Byrne (2011)'in çalışmalarında ise ebe ve hemşirelerin bilgi açığının olduğu belirtilmiştir. Avusturalya'da yapılan çalışmalarda ebelerin emzirme konusunda bilgi düzeyleri incelenmiş olup, ebelerin teorik olarak bilgi durumlarının yeterli olduğu ancak pratik uygulamalarının geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Cantrill, Creedy ve Cooke, 2003; Creedy, Cantrill ve Cooke, 2008). Owoaje ve ark. (2002)'nin çalışmasında bebek dostu hastane eğitimine (BFHI) katılan ve katılmayan ebe ve hemşireler karşılaştırılmıştır. Eğitime katılan ebe ve hemşirelerin katılmayan ebe ve hemşirelere göre bilgi düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Eğitime katılan ebe ve hemşirelerin emzirme problemlerine yaklaşımı ve yönetiminin olumlu olduğu, sadece anne sütü ile beslenmenin başlatılması, desteklenmesi ve teşviki konusunda daha iyi oldukları gözlenmiştir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin UNICEF/DSÖ'nün kriterleri ve önerileri doğrultusunda eğitilmesi gereklidir. Ancak, anne sütü ve emzirme konusunda sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve bilgi gereksinimlerinin olduğu konular saptanarak eğitim almaları gerektiği vurgulanmıştır. (Cantrill ve ark., 2003; Creedy ve ark., 2008)

Kaya ve Pirinççi (2009)'nin yaptıkları çalışmada annelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi kaynaklarının hekim (%33,5), ebe ve hemşire (%30,1)'inin olduğu bulunmuştur. Bülbül ve ark. (2012), çalışmalarına katılan sağlık çalışanlarının yeterli bilgiye sahip olmadıklarını bildirmiştir. Karaçam ve Kitiş (2005)'in yaptığı çalışmada ebe ve hemşirelerin emzirmeyle ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu ve bilgi eksikliklerinin eğitimle giderilebileceği belirtilmiştir. Samsun'da yapılan bir çalışmada ebelerin yeterli bilgiye sahip oldukları ancak uygulama konusunda eksikliklerinin olduğu vurgulanmıştır (Tunçel, Dünder ve Pekşen, 2005). Gaziantep'te yapılan bir araştırmada hemşire ve hekimlerin anne sütüne yönelik bilgi durumları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucuna göre, hekimlerin teorik yönden, hemşirelerin ise uygulamada daha doğru bilgiye sahip olduğu görülmüştür (Gönener ve ark., 2010). Koç ve ark. (2017)'nin çalışmasında katılımcıların %58,5'i gebeliklerinde emzirme ile ilgili eğitim almadıklarını vurgulamışlardır. Çalışma sonucuna göre sağlık çalışanlarının emzirme eğitimlerine gereken önemi vermedikleri belirlenmiştir. Sağlık profesyonelleri arasında yer alan ebe ve hemşirelerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi hizmet içi eğitimler ile mümkündür. Ebe ve hemşirelerin eksikliklerinin giderilmesiyle anne sütü ile beslenme oranlarının artmasına katkı sağlanacaktır.

Ebe ve Hemşirelerin Emzirmedeki Rolü

Sağlık ekibi içinde ebe ve hemşireler bakım verici, karar verici,

hasta hakları savunuculuğu, eğitici gibi birçok rol üstlenmekte ve bu rollerini kullanarak annelerin emzirme davranışlarında olumlu etkiler yaratmaktadır. Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi sürecinde ebe ve hemşirelere büyük görev düşmektedir. Ebe ve hemşireler, doğum öncesi dönemde başlayarak doğum sırası ve doğum sonrası dönemde emzirme konusunda eğitim ve danışmanlık vermektedirler. Ebe ve hemşirelerin doğum öncesi dönemde emzirme hakkında eğitimlere başlaması ile birlikte annelerin emzirme sürecine uyumu daha kolay olacaktır. Doğum öncesi dönemde anne ile ilk karşılaşma durumunda, annenin düşünceleri ve hissettikleri değerlendirilmelidir. Doğum öncesi dönemde emzirmeye ilişkin herhangi bir eğitim almazsa, doğum sonu dönemde bebekle beraber hem emzirmeye ilişkin temel bilgilerin verilmesi hem de emzirmede yaşanan sorunların çözülmesi konularında güçlük çekilebileceği belirtilmektedir. Ayrıca doğum sonu dönemde verilen emzirme eğitiminin akılda kalıcı olmadığı ve eğitimin verilmesi gereken uygun bir zaman olmadığı bildirilmiştir (Dyson, Cormick ve Renfrew, 2005; Gözükara, 2012). Ugurlu ve Yavan (2016) çalışmalarında emzirme eğitimine doğum öncesi dönemde başlanarak doğum sonu dönemde devam ettirilmesinin emzirme konusundaki bilgi düzeyini artırmada etkili olduklarını bildirmişlerdir. Benzer olarak Raisler (2000) çalışmasında doğum öncesi annelere verilen eğitimin emzirmeye daha fazla yarar sağladığını belirtmiştir. Hannula ve ark. (2008)'nin emzirme döneminde profesyonel desteğin etkisinin incelendiği çalışmada, doğum öncesi dönemde başlayarak, doğum sonu dönemde profesyonel desteğin sürdürülmesinin daha etkili olduğu belirtilmiştir.

Gebelik döneminde koruyucu önlemler alınması ile doğum sonu dönemde yaşanılacak sorunların önüne geçilecektir. Balkaya Akdolun (2002) çalışmasında erken postpartum dönemde annelerin meme problemleri yaşayacağı ve bu konuda bakım gereksinimlerinin olduğunu bildirmiştir. Gürcüoğlu ve Vural (2018)'in çalışmalarında annelerin %24,5'i meme bakımı konusunda bilgilendirilmediği görülmüştür. Tokat (2009) çalışmasında bebeğin doğumdan sonra aktif olduğu ilk yarım saat içerisinde erken emzirmenin başlatılması, bu konuda hemşire ve ebelerin sorumluluk alması gerektiğini vurgulamıştır. Hazar ve Akça (2017) çalışmalarında erken emzirmenin ilk yarım saat içerisinde olmadığı takdirde emzirme başarısı ve süresinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Mannel, Marters ve Walker (2008) çalışmalarında doğum öncesi verilen eğitimin doğum sonunda devam ettirilmesinin gerekliliğini vurgulayarak, annelerin emzirirken gözlemlenmesi ve gözlem sonucu eksikliklerin giderilmesi ile emzirmenin olumlu yönde etkileneceği tespit edilmiştir. Ayrıca emzirmenin fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel yönden ele alınmasıyla ve emzirmeyi etkileyecek faktörlerin kontrol altına alınması durumunda emzirme başarısının etkileneceğini de belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda ebe ve hemşirelerin doğum sonu dönemdeki sorumlulukları vurgulanmıştır. Eker ve Yurdakul (2006) çalışmalarında annelerin doğum sonu dönemde sürekli izlem ve kontrollerinin sağlanması ebe ve hemşirenin sorumluluğunda olduğunu belirterek, taburculuk sonrası emzirme eğitimi ve

danışmanlığı verilmesinin emzirme başarısını olumlu olarak etkilediğini bildirmişlerdir. Peregrin (2002)'in çalışmasında emzirme hakkında yeterli eğitimin verilmemesi, yetersiz emzirme nedeni olarak belirtilmektedir. Ayrıca annelere ebe ve hemşireler tarafından emzirme eğitimi ve danışmanlığı verilmesi durumunda emzirme oranları artmakta ve emzirme süresi uzamaktadır (Onbaşı ve ark., 2011; Bolat ve ark., 2011).

Şahin (2017) yaptığı çalışmada annelere doğumdan sonra taburculuk eğitimi verilirken anne sütü ve emzirme hakkında bilgilendirilme yapılması gerekliliğini vurgulamıştır. Littleton ve Engeberston (2012) çalışmalarında ebe ve hemşirelerin, anne ve bebek taburcu olmadan önce emzirmenin başarılı bir şekilde gerçekleştiğini gözlemlemesi, annenin meme problemi yaşamadığından ve verilen eğitimin doğru anlaşıldığından emin olunması gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca annelere taburcu olduktan sonra başvuracakları sağlık kuruluşları hakkında ebe ve hemşirelerin bilgi vermesi gerektiğini de belirtmişlerdir.

Emzirme konusunda annelere yardımcı olunması için ülkeden ülkeye farklı uygulamalar vardır. Bazı ülkelerde emzirme ile ilgili özel danışmanlık hizmeti verilirken, bazı ülkelerde rutin olarak özel telefon hatları ile annelere emzirme konusunda bilgiler verilmektedir. Dyson ve ark. (2005) çalışmalarında özel telefon hatlarında ebe ve hemşirelerin çalıştığını belirtmişlerdir. Ülkemizde ise doğumdan sonra annelerin hastanede kalma sürelerinin kısa olması sebebiyle yeterli eğitim ve danışmanlık verilemediği birçok çalışmada vurgulanmıştır (Üstüner ve Bodur, 2009; Onbaşı ve ark., 2011). Üstüner ve Bodur (2009)'un çalışmalarında ev ziyaretlerinin yapılmadığı ve ev ziyaretleriyle anne ile sürekli irtibatın emzirme başarısını etkilediği bildirilmiştir. Ev ziyaretleri ve telefonla eğitimlerin sürdürülmesi, emzirmenin devamlılığı açısından önem taşımaktadır. Hastanede verilen eğitim ve bakımın yanında, ev ziyaretleri ile bakımın sürdürülmesi ebe ve hemşirenin görevleri arasındadır. Ev ziyaretleri ya da telefonla görüşme, anneye doğru emzirme davranışı kazandırırken, bebeğin anne sütünden istenilen düzeyde yararlanmasını sağlamaktadır (Tokat, 2009).

Sonuç

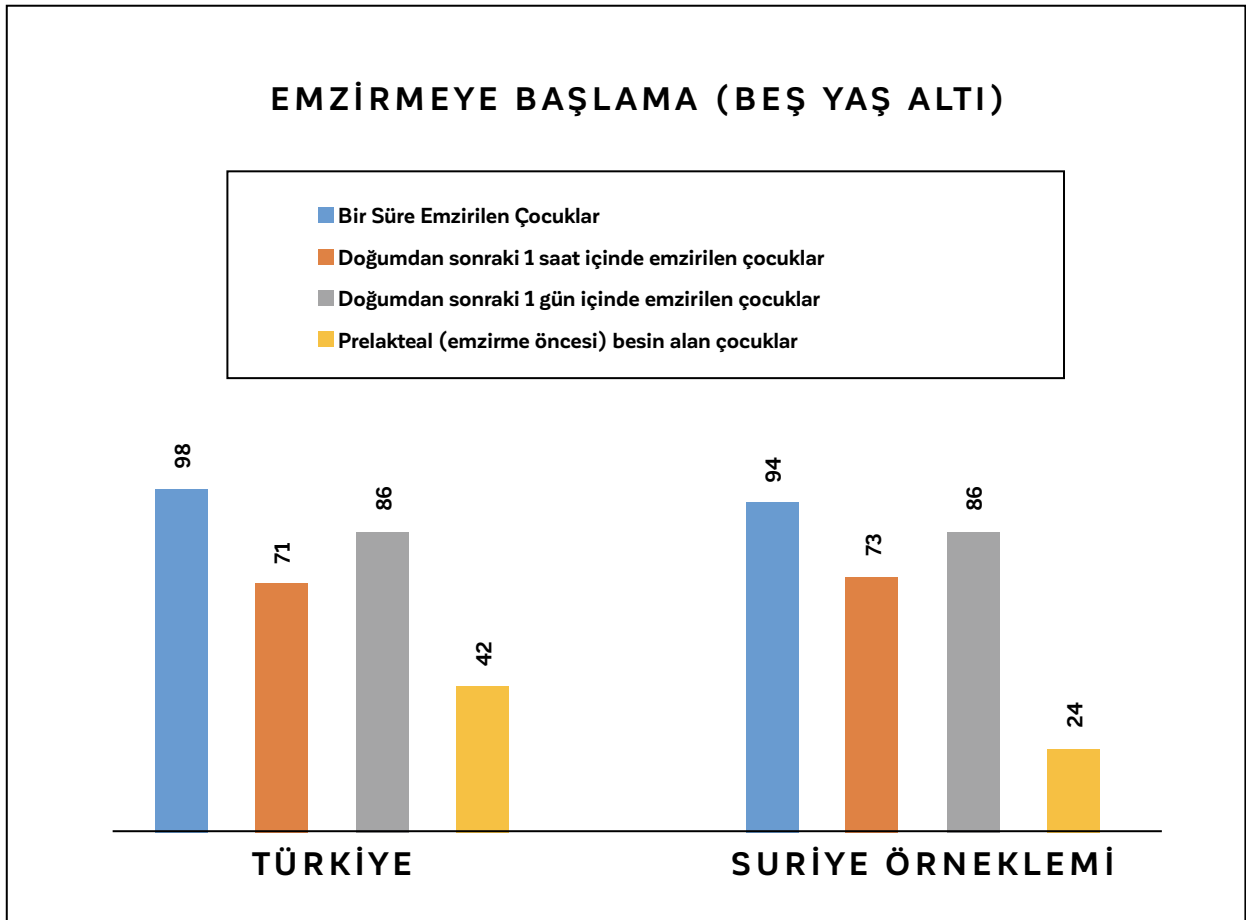
Annelere ebe ve hemşireler tarafından verilen emzirme eğitimi ve desteğinin anne -çocuk sağlığı hizmetlerinin bir parçası olarak sunulması gerekmektedir. Araştırmalar sonucunda anne sütü ve emzirme konusunda ebe ve hemşirelerin rolünün etkili ve önemli olduğu bildirilmektedir. Ancak anne sütü ve emzirme konusunda ebe ve hemşirelerin bilgi, beceri ve donanımlarının etkisi olduğu görülmüştür.

Çalışmalar göz önüne alındığında ebe ve hemşirelerin emzirmedeki rolü doğum öncesi dönemden başlayarak doğum sonu dönemde devam etmektedir. Ebe ve hemşireler tarafından annelerin bireysel ve eğitim farklılıkları gözlemlenerek verilen eğitim ve danışmanlık, bebeklerin anne sütü ile beslenme düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir. Ebe ve hemşireler, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi için güncel bilgileri takip etmeleri, konu ile ilgili hizmet içi eğitimleri almaları ve araştırmaları incelemeleri önem taşımaktadır.

Tablo 1: Dünya'da Bebeklerin Beslenme Durumları

	Emzirmeye Başlama	Sadece Anne Sütü İle Beslenme
Afrika	%47	%36
ÜLKELER		
ASYA	%42	%39
Latin Amerika	%49	%32
Az Gelişmiş Ülkeler	%53	%46
DÜNYA	%44	%38

(Kaynak: UNICEF. The State of The World's Children 2015: Reimagine The Future: Innovation For Every Child. Erişim Dosyası: https://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2015_Summary_and_Tables.pdf).



Grafik 1: Emzirmeye başlama (Beş Yaş Altı)

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 Raporu,
Erişim Dosyası: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_SR.pdf

Kaynaklar

- Aker, S., Öz, H., Tunçel, E.K. (2014). Evaluation of women over 20 years living in the province of Samsun in terms of risk of breast cancer. *Journal Breast Health*, 10(4), 229-233.
- American Heart Association (AHA). (2012). Facts breastfeeding health benefits for mother and child promoting sound lactation policies in the U.S. Erişim tarihi 01.11.2018, https://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@adv/documents/downloadable/ucm_316992.pdf.
- Balkaya Akdolun, N. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2), 42-49.
- Başer, D.A., Sönmez, C.I., Arslan, M. (2018). Kocaeli ilindeki aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi düzeyleri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 4-40.
- Bilgen, H., Kültürsay, N., Türkyılmaz, C. (2018). Türk Neonatoloji Derneği sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(1), 128-137.
- Bolat, F., Uslu, S., Bolat, G., ve ark. (2011). İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Çocuk Dergisi*, 11(1), 5-13.
- Borra, C., Iacovou, M., Sevilla, A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: The importance of understanding women's intentions. *Matern Child Health Journal*, 19, 897-907.
- Bülbül, L.G., Özcan, A.G., Hatipoğlu, S.S. (2012). Sağlam çocuk polikliniğinden izlenen iki yaş üzerindeki çocuklarda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 46, 101-107.
- Cantrill, R.M., Creedy, D.K., Cooke, M. (2003). An Australian study of midwives breastfeeding knowledge. *Midwifery*, 19(4), 310-317.
- Creedy, D.K., Cantrill, R.M., Cooke, M. (2008). Assessing midwives breastfeeding knowledge: properties of the newborn feeding ability questionnaire and breastfeeding initiation practices scale. *International Breastfeeding Journal*, 3(7), 1-12.
- Çakmak, S. ve Dengi Demirel A.S. (2019). Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(1), 9-19.
- Çelebioğlu, A., Tezel, A., Özkan H. (2006). Bebek dostu olan ve olmayan hastanelerde emzirme durumunun karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 44-51.
- Deloian, B.J., Lewin, L.O., O'Connor, M.E. (2015). Use of a web-based education program improves nurses' knowledge of breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 77-86.
- Dias, C.C.&Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171, 142-154.
- Dilli, D., Küçük I.G., Dallar Y. (2009). Interventions to reduce pain during vaccination in infancy. *The Journal of Pediatrics*, 154(3), 385-390.
- Doğan, N., Yiğit R., Erdoğan, S. (2013). Annelere doğum öncesinde verilen yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 10-13.
- Duran, S. (2008). Ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve tutumlarının, danışmanlık verdikleri annelerin bebeklerini anne sütü ile beslenme davranışlarına etkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne*.
- Duran, S., Duran, R., Şahin, E.M., et al. (2010). Comparison of the knowledge and attitudes of midwives about breastfeeding with breastfeeding behaviors of the mothers they provide counseling. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 11-17.
- Dyson, L., Cormick, F.M., Renfrew, M.J. (2005). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 19-23.
- Eker, A., Yurdakul, M. (2006). Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Türk Tabipler Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(9), 158-163.
- Gönener, H.D., Bala, A., Aydın, N. (2010). Çocuk sağlığı ile ilgili alanlarda çalışmayan hekim ve hemşirelerin anne sütüne yönelik bilgi durumları. *Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 8(3), 128-135.
- Gözükara, F. (2012). Ebeveynlere Emzirmeye Yönelik Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Emzirme Davranışına Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara*.
- Güney, R. ve Çınar N. (2017). Anne sütü ve mikrobiyota gelişimi. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1, 17-24.
- Gürçüoğlu Arslan, E., Vural, G., (2018). Annelerin doğum sonu dönemde hastanede verilen ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyetleri. *Gazi Medical Journal*, 29(1), 34-40.
- Hannula, L., Kaunonen, M., Tarkka, M.T. (2008). A systematic review of Professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1132-1143.
- Hazar, H.U. ve Akça, E.U. (2017). Doğum sonrası erken dönemde emzirme problemi: olgu sunumu. *Sağlık ve Toplum*, 27(3), 63-70.
- Horta, B.L., Loret de Mola, C., Victora, C.G. (2015). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 14-19.
- İrmak, N. (2016). Anne sütünün önemi ve ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyi etkileyen unsurlar. *Journal Of Turkish Family Physician*, 7(2), 27-31.
- Karaçam, Z.& Kitiş, Y. (2005). What do midwives and nurses in Turkey know about nutrition in the first six months of life. *Midwifery*, 21(1), 61-70.
- Kaya Yıldız, N. ve Kurtoğlu S. (2014). Tıp 1 diyabet tanısı almış 0-5 yaş grubu çocukların anne sütü alımı ve beslenme ile ilgili etmenlerin değerlendirilmesi. *Beslenme ve diyet Dergisi*, 42(2), 116-124.
- Kaya, D. ve Pirinççi, E. (2009). 0-24 aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamalar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6), 479-484.
- Koç, Ö., Özkan, H., Sidar, N., ve ark. (2017). Annelerin emzirme koçluğu hakkındaki bilgi, görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 7(2), 175-183.
- Li, D.P., Du, C., Zhang, Z.M., Li, G.X., Yu, Z.F., Wang, X., et al. (2014). Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(12), 4829-4837.
- Littleton, Y.L.& Engeberston, J.C. (2012). Maternity nursing care. *Cengage Delmar Learning, New York*, 959-964.
- Mannel, R., & Martens, P.J., & Walker, M. (2008). Core Curriculum For Lactation Consultant Practice. 1. Baskı. USA: Jones and Bartlett Learning.
- Nadem, A.& Nadem, J. (2017). Making the decision to breastfeeding the baby and its advantages for the woman's health, *American Journal of Food Science and Health*, 3(5), 88-94.
- Oktar, Ö., Coşkun, A.M., Bostancı S. (2018). Anne sütü mucize olmaya devam ediyor. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(3), 228-237.
- Onbaşı, Ş., Duran, R., Çiftdemir, N.A., ve ark. (2011). Doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme davranışları üzerine etkisi. *Türk Pediatri Arşivi*, 46, 75-82.
- Owoaje, E.T., Oyemade, A., Kolude, O.O. (2002). Previous BFHI training and nurses knowledge, attitudes and practices regarding exclusi-

- ve breastfeeding. *African Journal of Medical and Healty Sciences*, 31(2), 137-140.
- Örsdemir, Ç. (2011). Doğum sonu dönemde annelerin emzirmeye ilişkin bilgileri ve emzirme davranışlarının belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.
- Özan, S., Gürpınar, E., Şahin, H. (2011). Yolumuza ışık tutanlar: tıp eğitimcileri için önemli kuruluşlar ve belgeler. *Tip eğitimi Dergisi*, 32, 30-68.
- Özkan, H., Üst Demet, Z., Gündoğdu, G., ve ark. (2014). Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *Şişli Etfal Hastansi Tıp Bülteni*, 48(2), 124-131.
- Özkar, H., Fidancı, B.E., Yıldız, D., ve ark. (2016). Emzirme danışmanlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 551-555.
- Peregrin, T. (2002). Education, peer counselling, and paternal support: Three ways to encourage a healthful breastfeeding schedule. *Journal of American Dietetic Association*, 102(7), 943.
- Radwan, H., Mussaiger, A.O., Hachem, F. (2009). Breastfeeding and lactational amenorrhea in the United Arab Emirates. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 62-68.
- Raisler, J. (2000). Midwives helping mothers to breastfeeding: food for thought and action. *Journal of Midwifery & Women's Healty*, 45(3), 202-204.
- Siddell, E., Marinelli, K., Froman, R.D. (2003). Evaluation of an educational intervention on breastfeeding for ncu nurses. *Journal of Human Lactation*, 19(3), 293-302.
- Su, D., Pasalich, M., Lee, A.H., Binns, C.W. (2013). Ovarian cancer risk is reduced by prolonged lactation: a case-control study in southern China. *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(2), 354-359.
- Şahin, S. (2017). Doğum sonrası annelerin emzirme ve konfor durumlarının incelenmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Taşkın, L. (2007). Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. L., Taşkın (Ed.). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 11. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Tetik, K.B. (2016). Anne sütü ve emzirme danışmanlığında güncel bilgiler. *Ankara Medical Journal*, (16), 115-118.
- Thompson, J. (2005). Breastfeeding: benefits and implications. Part-two. *Communitypract*, 78(6), 218-219.
- Tokat Aluş, M. (2009). Antenatal dönemde verilen eğitimin annelerin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi. İzmir.
- Tokat Aluş, M. ve Okumuş, H. (2013). Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. *Hemşirelikte eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 21-29.
- Topal, S., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2017). Emzirmenin anne sağlığına yararları. *Journal of Human Rhythm*, 3(1), 25-31.
- Tunçel, E.K., Dündar, C., Pekşen, Y. (2005). Ebelerin anne sütü ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *The Medical Journal of Kocatepe*, 6, 43-48.
- Türk Neonatoloji Derneği (TND). (2018). Sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi 2018 güncellemesi, Erişim tarihi 16.10.2018, http://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2016/12/term_beslenme_2018.pdf.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu (TNSA). (2018).Ankara. Erişim tarihi 15.11.2019, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf.
- Türkyılmaz, C. (2016). Emzirme danışmanlığı ve emzirmede karşılaşılan sorunlar. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 8(2), 19-33.
- Uğurlu, M.& Yavan, T. (2016). The effectiveness of breastfeeding education: an integrative review. *Journal of Behavioral Health*, 5(4), 182-190. doi: 10.5455/jbh.20160224063449
- UNICEF & WHO. (2009). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 2, Strengthening and sustaining the baby-friendly hospital initiative: a course for decision makers. Erişim tarihi 28.07.2019,https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_section_2_2009_eng.pdf.
- UNICEF. (1990). The united nations convention on the rights of the child., Erişim tarihi 25.11.2018,https://downloads.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2010/05/UNCRC_united_nations_convention_on_the_rights_of_the_child.pdf.
- UNICEF. (2015). The state of the world's children 2015: reimagine the future, innovation for every child. Erişim tarihi 04.03.2019,https://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2015_Summary_and_Tables.pdf.
- Uzun, K., Kolcu, M., Öcebe Kurap, D. (2018). Anne sütü ile beslenmede kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 29-32.
- Üstüner, F. ve Bodur, S. (2009). Bebeklerde aylık izlem ve hemşire tarafından annenin pekiştirici emzirme eğitimi ile ilk altı ay yalnızca anne sütü verme arasındaki ilişki. *Genel Tıp Dergisi*, 19(1), 25-32.
- Victora, C.G., Bhr, R., Barros, A.J. et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect. *Lancet*, 387, 475-490.
- Ward, K.N.& Byrne, J.P. (2011). A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. *Journal Human Lactation*, 27(4), 381-393.
- WHO & UNICEF (1978). Primary health care. Alma-Ata. Erişim tarihi 04.03.2019,https://www.unicef.org/about/history/files/Alma_At_a_conference_1978_report.pdf.
- WHO. (2009). Infant and young child feeding. Erişim tarihi 04.03.2019, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf;jsessionid=17EC3471FABC4A78ECC4286D04D6772?sequence=1.
- WHO. (2017). Global guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children. Erişim tarihi 04.03.2019, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260137/1/9789241513470-eng.pdf?ua=1>.
- WHO. (2018). Implementation guidance protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Erişim tarihi 25.11.2018, <https://www.who.int/nutrition/publications/infant-feeding/bfhi-implementation-2018.pdf>.
- World Health Organization (WHO) & UNICEF (1989). Protecting, promoting and supporting breastfeeding the special role of maternity services. Erişim tarihi 04.03.2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39679/9241561300.pdf?sequence=1>.
- Yanikkerem, E., Saruhan, A., Şirin, A. (2008). Güvenli annelik açısından anne hakları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(2), 179-186.
- Yılmaz Arslan, A., Özyayın, E., Demirel, F. ve ark. (2015). Obez adolesanlarda obezite gelişimini belirleyen faktörlerin ve metabolik sendrom varlığının retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 10(3), 157-161.
- Yılmaz, C. (2016). Doğum sonrası erken dönemde ebeveynlere verilen emzirme eğitiminin bebeklerin ilk altı ay anne sütü alma durumuna etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Olgu sunumu / Case report

Amyotrofik Lateral Skleroz Tanılı Bir Hastanın Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu¹

Evaluation of a Patient Diagnosed with Amyotrophic Lateral Sclerosis According to Henderson's Nursing Model: A Case Report

Gülşen Kılıç²  Ebru Akgün Çıtak²  Fatma Şeyda Ökdem³ 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:

G.K. 0000-0003-2882-6077; E.A.Ç. 0000-0002-0484-4687;
F.Ş.Ö. 0000-0002-4534-8081

¹10-14 Ekim 2018 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen 20. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde e-poster bildirisi olarak sunulmuştur.

²Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü/Ankara

³Başkent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu/Ankara

Sorumlu yazar / Corresponding author:

Gülşen Kılıç,
E-posta: gulsenk@baskent.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt: 02.08.2019

Kabul tarihi / Date of acceptance: 26.08.2019

Atf / Citation: Kılıç, G., Akgün-Çıtak, E., Ökdem, F. Ş. (2019). Amyotrofik Lateral Skleroz Tanılı Bir Hastanın Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu sunumu. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(3), 229-238.

ÖZ

Amyotrofik Lateral Sklerozis, çoğunlukla üst ve alt motor nöronları etkileyerek bu nöronlarda kalıcı fonksiyon kaybı ile karakterize, şu ana kadar bilinen kesin tedavisi olmayan ve etiolojisi bilinmeyen nörodejeneratif bir hastalıktır. Neredeyse her zaman kötü prognozlu olduğu bilinen Amyotrofik Lateral Sklerozisde hastalar bireysel bakımını yerine getirememekte ve genellikle bilişsel fonksiyonları etkilenmediği için, ilerleyen fonksiyon kayıplarının farkında olan hastalar ciddi anksiyete ve depresyon yaşamaktadırlar. Hemşirelik kuram ve modelleri, hemşirelere bakım sürecinde rehberlik ederek, kaliteli ve bireyselleştirilmiş bakım vermelerini sağlar. Hemşirelik kuramcılarında Virginia Henderson, hemşirelik tanımında hastanın güçsüz ve bağımsızlığını kaybettiği durumlarda hemşirenin yardım edici rolünü vurgular.

Virginia Henderson'ın temel insan gereksinimleri, biyo fizyoloji, kültür ve interaktif iletişim kavramlarını ele alan modeli göz önüne alındığında, profesyonel bakım hizmeti alması gereken Amyotrofik Lateral Sklerozis hastalarında, bakım ihtiyaçlarını tanımak, bütünsel hemşirelik bakımını sunmak ve değerlendirmek için hemşirelik bakım modelinin klinik uygulamalar da kaynak olması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Amyotrofik lateral skleroz; hemşirelik bakımı; olgu sunumu; hemşirelik teorisi.

ABSTRACT

Amyotrophic lateral sclerosis is a neurodegenerative disease of unknown etiology with no definite treatment known to date, mostly affecting upper and lower motor neurons and characterized by permanent functional loss of those neurons. Patients with amyotrophic lateral sclerosis are not able to perform individual care given almost always poor prognosis of illness and they experience severe anxiety and depression due to being aware of progressive functional loss as their cognitive functions are generally unaffected. Nursing theories and models provide nurses qualified and individualized care by guiding nurses through care process. The nursing theorist, Virginia Henderson, emphasizes the nursing role of the nurse in cases where the patient is weak and loses independence. The aim of this study is to make a reference for nurses in clinical applications in improving patient outcomes due to using nursing care model, determining the nursing diagnosis and systematizing nursing care of amyotrophic lateral sclerosis patients within scope of Virginia Henderson's 14 basic needs theory.

Considering Virginia Henderson's model that addresses fundamental human needs, bio physiology, culture and interaction communication, clinical applications of nursing care model to recognize care needs, present and evaluate holistic nursing care in Amyotrophic Lateral Sclerosis patients who need professional care intended to be the source.

Keywords: A case report; Amyotrophic lateral sclerosis; nursing care; nursing theory.

Giriş

Var oluş nedeninde; insanlığa bakım ve yardım olan hemşirelik mesleği, bilim ve sanata dayalı kuramsal ve uygulamalı bir profesyonel disiplindir (Karagözoğlu, 2005; Velioğlu, 2012). Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilgi birikimini ortaya koymaktır. Bu amaç, mesleğin bilimsel yönünü yansıtır (Meleis, 2010; Ekim, Manav ve Ocakçı, 2012). Hemşireliğin gerçek bilgi özü hemşirelik bilimini oluşturur. Hemşirelik bilimi ise, hemşirelik uygulamalarına rehberlik eder (Karagözoğlu, 2005). Teorinin, pratiğin, araştırmanın ve eğitimin birbiriyle ilişkisinin bir sonucu olan hemşirelik biliminde; teori, hemşirelik uygulamalarına doğrudan malzeme sağlar (Karagözoğlu, 2006). Profesyonelliğin ortaya konması için geliştirilen hemşirelik modellerinin uygulama alanında kullanılması önemlidir. Hemşirelik kuram ve modelleri, hemşirelere bakım sürecinde rehberlik ederek, kaliteli ve bireyselleştirilmiş bakım vermelerini sağlar (Fawcett, 2005; Erol, Tanrıkulu ve Dikmen, 2016).

Henderson'ın Hemşirelik Modeli

En iyi bilinen hemşirelik kuramcılarında birisi de Virginia Henderson'dır. Henderson, hemşirenin rolünü, hastanın yerine geçen (birey için yapan), destekleyici (bireye yardımcı), tamamlayıcı (bireyle birlikte çalışan); bireyin mümkün olduğunca bağımsız olmasına yardım etmeyi amaç edinmek olarak tanımlamıştır (Ahtisham ve Jacoline, 2015).

Henderson'ın hemşireliği; "kavram" olarak tanımladığı ve hastanın bağımsızlığına vurgu yaptığı belirtilmektedir. (Ahtisham ve Jacoline, 2015; Karadağ, Çalışkan ve Baykara, 2017). Henderson'ın hemşirelik tanımının en büyük kuramsal kaynağı, temel insan gereksinimleridir. Henderson'ın hemşirelik teorisi Maslow'un insan gereksinimleri hiyerarşisi ile ilişkisi olup etkili bir hemşirelik bakımı için 14 temel gereksinim belirlemiştir (Parker ve Smith, 2010; Ahtisham ve Jacoline, 2015; Karadağ ve ark, 2017) (Tablo 1). İlk dokuz bileşen fiziksel gereksinimler alanını ifade eder. 10. ve 11. iletişim ve öğrenmenin psikososyal yönünü gösterir. 12. Bileşen spiritüel ve ahlakidir. 13. ve 14. bileşen sosyolojik olarak iş (meslek) ve yeniden kazanıma (yeniden oluşum) odaklanır (Parker ve Smith, 2010; Karadağ, ve ark, 2017).

Hemşirelik süreci, Henderson'a göre sorunun çözümüne yönelik mantıksal yaklaşımın bir uygulamasıdır ve hemşire bu süreç içerisinde verilerin analizini yaparak, hastanın 14 temel gereksiniminden hangisini karşılamakta yardıma gereksinimi olduğunu ve nedenlerini araştırır (Erol, Tanrıkulu ve Dikmen, 2016). Henderson modelinde hemşire; hastanın yaşı, sosyokültürel geçmişi, emosyonel dengesi, bedensel ve

bilişsel kapasitesini de göz önüne alarak kuramsal bilgisi ile hemşirelik tanımlarını geliştirir (Ahtisham ve Jacoline, 2015; Erol ve ark, 2016; Karadağ ve ark, 2017).

Bakımın planlanması ve uygulanması temel insan gereksinimlerinin karşılanması ve bireyin bağımsızlığını tekrar kazanmasına yardım amacına yönelik olarak yapılır ve Henderson, bakım planının hastaya yardım edecek diğer kişilere de yol göstereceğinden mutlaka yazılması gerektiğini vurgular (Biol, 2016; Karadağ ve ark, 2017).

Henderson'ın Modeli'nde; hemşirelik uygulamalarının amacı, 14 temel gereksinimin karşılanmasında hastaya yardımcı amaçlar (Karadağ ve ark, 2017). Hemşire bakım planını uygularken, hastanın mümkün olduğunca bağımsız bir şekilde günlük yaşam aktivitelerini yapmasına yardım eder. Henderson hastanın aktivitelerini bağımsız olarak yapma, güç ve yeteneğine göre değerlendirilmesi üzerinde durur. Hemşire hastanın 14 gereksinimini bağımsız olarak karşılayıp karşılamadığını gözler ve tekrar verdiği bakımın sonuçlarını değerlendirerek bakım planını hastanın gereksinimlerine göre sürekli düzenler (Biol, 2016; Erol ve ark, 2016; Karadağ ve ark, 2017). Henderson'ın hemşirelik modeli ile Amyotrofik Lateral Sklerozis (ALS)'li bireylerin bütüncül yaklaşımla bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve hemşirelik girişimlerinin uygulanmasında kolay ve kullanışlı bir model olarak çalışan hemşirelere klinik uygulamalarda kaynak olması amaçlanmıştır.

Amyotrofik Lateral Sklerozis

Amyotrofik lateral sklerozis (ALS), çoğunlukla üst ve alt motor nöronları etkileyerek bu nöronlarda kalıcı fonksiyon kaybı ile karakterize, şu ana kadar bilinen kesin tedavisi olmayan ve etiyojisi bilinmeyen nörodejeneratif bir hastalıktır (Alankaya, 2016; Hogden ve ark, 2017)

ALS neredeyse her zaman kötü prognozudur. Etkilediği nöronlar tarafından kontrol edilen kas kaybı ve atrofiye bağlı olarak, yürümeyi, giyinmeyi, yazmayı, konuşmayı, yutmayı, nefes almayı etkiler ve yaşam süresini kısaltır. ALS'li kişilerde ortalama hayatta kalma süresi 3 yıl iken, yaklaşık %20'si 5 yıl, %10'u 10 yıl ve yalnızca yaklaşık %5'i 20 yıl ve fazla yaşamaktadır (Bellomo ve Cichminski, 2015; ALS Assosition, 2016).

Progresif paraliziden kaynaklı solunum yetmezliği en sık ölüm sebebidir. ALS'li bireyde kas iskelet sorunları, yutma güçlüğü, yeme problemleri, bağırsak ve mesane işlev bozukluğu, bireysel bakımını yerine getirememesi ve deri bütünlüğünde bozulma gibi riskler taşımaktadır (Bellomo ve Cichminski, 2015; Alankaya, 2016). ALS hastalarının bilişsel fonksiyonları genellikle etkilenmediği için, ilerleyen fonksiyon kayıplarının farkında olan hastalar ciddi anksiyete ve depresyon yaşamaktadırlar (Alankaya, 2016). ALS'deki yaygın

Tablo 1: Henderson Hemşirelik Modeli'nin 14 Bileşeni

Maslow	Henderson
Fiziksel ihtiyaçlar	1. Normal nefes almak 2. Yeterli yeme, içme 3. Beden atıklarını boşaltma 4. Hareket ve uygun pozisyon alabilme 5. Uyku ve dinlenme 6. Uygun giysi seçme, giyinme ve soyunma 7. Ortamın sıcaklığının düzenlenmesi ve uygun giyinme yolu ile beden sıcaklığını normal sınırlarda sürdürülmesi 8. Vücudu temiz tutabilme ve deri bütünlüğünü koruma
Güvenlik ihtiyaçları	9. Çevredeki tehlikelerden korunma ve başkalarını incitmekten kaçınma
Sevgi ve ait olma ihtiyacı	10. duygularını, gereksinimlerini, korkularını veya düşüncelerini ifade ederek başkalarıyla iletişim kurabilme
Öz-saygı ihtiyacı	11. İnançlarına göre ibadet edebilme 12. Başarı duygusu ile çalışabilme 13. Oyun ya da eğlenme 14. Normal gelişme ve sağlık için mevcut sağlık olanaklarından yararlanabilmek üzere öğrenme, keşfetme ve merakını giderebilme (Erol ve ark, 2016; Karadağ ve ark, 2017)

ölüm nedeni ilerleyici nöromusküler solunum yetmezliği, aspirasyon ve enfeksiyondur (Bellomo ve Cichminski, 2015). Bu nedenlerden dolayı profesyonel bakım hizmeti alması gereken ALS'li kişilerde hemşirelik girişimleri ve bakımı önemli yer tutar. ALS'li kişilerde hemşirelik bakımının amacı; destekleyici ve palyatif olup, hastanın güvenliğini sağlamak, anksiyete ve ajitasyonu gidermek, bağımsızlığını ve öz bakım aktivitelerini desteklemek, sosyalleşme gereksinimlerini karşılamak, beslenme ve uyku bozukluklarını gidermek, aileye destek olmak ve eğitmektir (Davis ve Lou, 2011; O'Brien, 2011; Alankaya, 2016).


Etik Yaklaşım Veriler, hastadan sözlü ve hasta yakınından sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra toplanmış ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (KA 18/59) izin alınmıştır.

Olgu Sunumu

67 yaşında olan A. D. ev hanımı, iki çocuk annesi ve lise

mezunudur. Bilinen ALS'si olan İdrar Yolu Enfeksiyonu (İYE) ve Pnömoni tanısı ile hastanenin dahili bilimler yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Herhangi bir şeye alerjisi olmayan hastanın, sigara ve alkol alışkanlığı yoktur. 20 yıldır DM, 20 yıldır HT, 6 yıldır ALS 'li olan hasta, ALS nedeniyle yaklaşık 1 yıldır immobil ve üst ekstremitelerde plejisi mevcuttur. Koksiks bölgesinde evre II basınç ülseri mevcuttur. 11 aydır trakeostomize ve ev tipi mekanik ventilasyon desteği almaktadır. Yutma refleksi yeterli olmayan hastaya 11 ay önce perkütan endoskopik yolla kalıcı gastrostomi (PEG) sondası yerleştirilmiş ve hasta PEG'ten beslenmektedir. Hastanın yaşam bulguları ve nörolojik değerlendirmesi Şekil 1 'de verilmiştir.

Uzun yıllar önce apendektomi, 2004 yılında histerektomi, 2011 yılında katarakt ameliyatı, Şubat 2017'de sigmoid kolon perforasyonu nedeni ile sigmoid kolon rezeksiyonu yapılmıştır. 2012 yılında eşini prostat kanseri nedeni ile kaybetmiş, hasta

	Hastanın Geliş Yaşam Bulguları Kan basıncı: 127/76 mmHg nabız: 130/dk SpO2: %90	Vücut sıcaklığı: 38,4 °C solunum: 16/dk (SIMV mod, %50 O2, frekans: 14/dk peep:6 peep': 12 Vte: 419
	Hastanın Nörolojik Değerlendirmesi Glasgow Koma Skalası (GKS): 15 Pupilla: izokorik	Ekstremiteler: sağ kol: 5/1 sağ bacak: 5/3 sol kol: 5/1 sol bacak: 5/3 kuvvetinde

Şekil 1: Olgunun yaşam bulguları ve nörolojik değerlendirilmesi

bakıcısı ile yaşadığı bilinmektedir.

Henderson Hemşirelik Modeline Göre Olgunun Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Tanılaması

Yukarıda açıklanan olguda hemşirelik öyküsü alındıktan sonra belirlenen sorunlar, Henderson Hemşirelik Modeli'nde yer alan temel gereksinimlere göre sınıflandırılarak belirlenmiş ve Henderson Hemşirelik Modeline göre olgunun değerlendirilmesi Tablo 2'de verilmiştir.

Tartışma

Hemşirelik süreci, hastadan tam ve doğru bilgilerin toplanıp olası ve mevcut sağlık problemlerin belirlenmesi ve uygun olan hemşirelik tanısının konmasıdır (Eldemir, 2005). Ancak hemşirelik sürecin kullanılacak tanı sistemi, bir hemşirelik modeli doğrultusunda yapılırsa bireyin gereksinimlerine uygun bakım alma olasılığını artırır. Bu çalışmada, ALS tanılı bir hasta, Henderson Hemşirelik Modeline göre incelenmiştir.

Henderson Hemşirelik Modeli; 14 temel gereksinim üzerine odaklanmıştır (Karadağ ve ark, 2017). ALS hastaları, motor fonksiyon bozukluğuna ve kas güçsüzlüğüne bağlı temel insan gereksinimlerini karşılayamamaktadır (Alankaya, 2012). Modele göre düşünüldüğünde ALS hastalarında hemşirelik girişimlerinin amacı, hastanın bağımsızlığını, fiziksel ve entelektüel kapasiteyi arttırmak oluşabilecek komplikasyonları önlemek ve aileye destek olmak ve eğitmektir (O'Brien, 2011). Çalışmadaki bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir (Hodgen ve ark, 2017; Alankaya, 2016; Bellomo ve Cichminski, 2015). Ünal ve arkadaşlarının (2018) ALS'li bireyle yaptığı olgu sunumunda, benzer yaşanan sorunlar ve tedavi planına değinmişler ve ayrıca çalışmalarında ebeveynlik- rol çatışması sorunları belirlenmiş fakat hastamızda buna yönelik veri,

çeşitli eğlenme faaliyetlerine katılma hedeflerinde ele alınmış herhangi bir sorun saptanmamıştır.

Çalışmada A.D.'nin uyku istirahat örüntüsünde ve hareket etme uygun pozisyonu sürdürmede alt ekstremitelerde tariflediği ağrılar nedeni ile aynı pozisyonda belli bir süre kalamadığı ve uyuyamadığı belirlenmiştir. Ağrının azaltılmasına yönelik olan girişimler, uyku örüntüsünde bozulma tanısında ele alınmıştır.

Sonuç

Profesyonel bakım gerektiren hastalıklardan birisi olan ALS'de bu modelin kullanılması, hastalığın ortaya çıkardığı sorunların tanınmasında ve bakımın planlanmasında etkili olmakla beraber hemşirelik teorisinin klinik uygulamada kullanılabilirliğini göstermektedir. Hastanın solunum örüntüsünde iyileşme olmuş; invaziv mekanik ventilasyondan; ev tipi mekanik ventilasyonda takip edilmiş, ateşi kontrol altına alınmış ve CRP değerinde 10. günde belirgin gerileme olmuştur. Yapılan girişimlerle hastanın konstipasyon sorunu giderilmiş, yatak içi mobilitede artış olduğu gözlemlenmiş fakat mevcut olan basınç ülserinde herhangi bir gerileme gözlemlenmemiştir. Ayrıca aile ile iletişiminin devam etmesi sağlanmıştır. 14 temel gereksinime odaklanan Henderson'ın modeli, ilerleyici kas güçsüzlüğü nedeniyle konuşma, yutma, yürüme gibi fiziksel yeteneklerini kaybeden ALS'li bireylerde kolay uygulanan bir model olarak görülmektedir. Hemşirelere hasta hakkında fiziksel, psikososyal, spiritüel veriler toplanmasında yardımcı olması, hastanın bakım ihtiyaçlarını tanımlama ve bütüncül hemşirelik bakımını oluşturmada bir çerçeve görevi görebileceği düşünülmektedir.

Tablo 2: Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Belirlenen Sorunların Gruplandırılması ve Uygulanan Hemşirelik Tanıları, Girişimleri ve Değerlendirilmesi

Temel Gereksinimler	Sorunlar	Belirlenen Hemşirelik Tanıları / Amaç (İlişkili Faktörler, Hemşirelik Tanısı, Amaç)	Girişimler	Değerlendirme
Normal Solunum	Hastanın solunumu 22-32/dk. SIMV modunda takip edilmekte, sekresyonları fazla ve pürülan, 2 saatte 1 aspirasyon ihtiyacı olduğu gözlemlenmiştir. SPO ₂ : %95-100(2.gün). Arteriel kan gazında; PH: 7,39 pCO ₂ : 48,7mmHg pO ₂ :44,3 mmHg HCO ₃ :24,9mmol/L (2. gün) Bronkodilatör ilacı mevcut olup, ventolin 4x4 puff almakta ve flixotide 2x2 puff almaktadır. Mukolitik olarak nacosel 3*300mg IV almaktadır.	ALS'ye sekonder, immobilyete, sekresyonların stazına bağlı Etkisiz Solunum Örüntüsü Amaç: Bireyin etkili bir solunum hızı ve akciğerdeki gaz değişiminde iyileşme olması	Solunum hızı, ritmi, solunum sesleri ve sekresyonun özelliğinin değerlendirilmesi • İki saatte bir SpO ₂ takibi yapılması, kan gazının değerlendirilmesi İki saatte bir ve gerektiğinde ağız içinin ve derin trekeal aspirasyonun yapılması • Solunum sıkıntısı belirtilerinin izlenmesi (dispne, siyanoz, yüzeysel solunum) • Sekresyonların hareket ettirilmesi için 2 saatte 1 ve gerektiğinde hastaya pozisyon verilmesi Order edilen inhaler ilaçların uygulanması: Ventolin 4x4puff (12:00, 18:00, 24:00, 06:00) için Nacosel 3x300mg iv verilmesi (14:00, 22:00,06:00) Flixotide 2x2puff (18:00, 06:00) Sekresyonların atılabilmesi • Yeterli hidrasyonun sağlanması (IV ve Peg'den) Hastanın kendi ev tipi MV geçebilmeyi sağlama	Hasta ilk 6 gün SIMV modunda takip edildikten sonra, sonraki 4 gün kendi ev tipi MV SIMV modunda takip edilmiştir. Son 4 gün ev tipi MV'de Sol. sayısı: 22-30/dk ve SpO ₂ %95-100 arasında olup hastanın sekresyonları azalmıştır. Hastanın 8. gün arteriyel kan gazı PH: 7,46 pCO ₂ :43,9mmHg pO ₂ : 79mmHg HCO ₃ :30,3mmol/L
Yeterli Yeme ve İçme	Hastanın disfajisi olduğu için katı gıdaları yutamamaktadır. Peg'ten Nutrison diason 5*275cc ve 4 ölçek protifar olacak şekilde beslenmektedir. Tabletleri suda eritilip enjektörle peg'ten verilmektedir. Hastanın kilosu: 97kg boyu: 160cm beden kitle indeksi 37,8 olarak hesaplanmıştır (2. derece obez).	Trakeostomiye, ALS'ye sekonder olarak larengeal ve glottik reflekslerin azalmasına bağlı Aspirasyon Riski Amaç: Aspirasyon gelişmesini önlemek	• Sık ağız bakımı verilmesi • Sekresyonların atılmasını kolaylaştırmak için iki saatte bir pozisyon verilmesi • Beslenme anında ve beslenmeden sonraki bir saat süresinde hastanın başının 45 derece yüksekte tutulması • Beslenmeden önce rezidüel volümün kontrol edilmesi (rezidüelvolüm eğer 150ml'den az ise beslenme içeriğinin geri verilmesi)	Hastada enteral beslenmeye bağlı, aspirasyon gözlemlenmedi
	Hasta oral beslenemediği için dudakları ve ağız içi kuru, damakları soluk görünümündedir	Ağızdan oral alamamaya bağlı, Bozulmuş Oral Mukoz Membran Amaç: Oral muköz membranların bütünlüğünün ve nemliliğinin sağlanması ve sürdürülmesini sağlamak	• Ağız membranının nemliliğini ve temizliğini sağlamak için hangi sıklıkta ve hangi yöntemle ağız bakımı verileceğine karar verilmesi; rutin olarak 2 saatte bir (her aspirasyon sonrası ağız içininde aspire edilmesi) ve her inhaler ilaç uygulandıktan sonra (ventolin 4x4puff, flixotide 2x2puff), • Ağız bakımında kurum politikasına uygun solüsyonun kullanılması (klorheksidinli solüsyon) • Dudaklara yumuşatıcı sürülmesi (10:00, 18:00, 06:00) • Beslenmesi ve sıvı alımının yakından izlenmesi	Ağız hijyeni sağlanarak oral mukoz membranlarının bütünlüğü ve nemliliği sağlandı.

Boşaltım	İdrar inkontinansı olan hasta mesane boşaltımını foley sonda ile gerçekleştirmektedir. Defekasyon sorunu yaşayan hastanın 5 gündür defekasyonunun olmamasına bağlı, biri ilk yatışında olmak üzere, hastanede yattığı 10 gün içinde iki kez lavman uygulanmıştır. Ayrıca Duphalac süs. 3X2 ölç. peg'ten rutin verilmiştir.	İmmobiliteye sekonder olarak, peristaltik hareketlerin azalmasına bağlı (Konstipasyon) Amaç: Hastanın normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapmasını sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> • Bireyin önceki barsak alışkanlıklarını ve yaşam stilinin değerlendirilmesi • Diyetisyenle konuşularak enteral beslenme ürününü hastanın bağırsak motilitesine göre ayarlanmasının ağlanması • Hastanın barsak seslerinin dinlenmesi • Laksatif ve lavmanlardan mümkün olduğunca kaçınılması, 	Hastanın bağırsak sesleri 1. gün 4/dk idi. kronik konstipasyonu olduğu için gaita çıkışı lavman ve peg'ten duphalac (3x2 ölç) aracılığı ile sağlandı.
Hareket etme ve uygun pozisyonu devam ettirme	Hastanın üst ekstremitelerde plejisive alt ekstremitelerde paralizisi olduğu için yürüyememektedir. Kas kuvveti zayıf, sadece parmaklarını ve bacaklarını hafif hareket ettirebilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememekte ve 2 saatte 1 pozisyon yada hasta ağrı tariflediğinde -istedikçe yatak içi hareketi sağlanmaktadır.	Kas gerginliğinin ve hareketlerde yavaşlamanın günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisine bağlı Bozulmuş Fiziksel Hareketlilik Amaç: Kişinin yatak içi aktivite katılımında artış olmasını sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> • Üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlüğün derecesinin belirlenmesi • Aktif ve pasif hareketlerin sürdürülmesi •Günlük 4 kez pasif ROM egzersizlerin yaptırılması • Komplikasyonları önlemek için, 2 saatte bir uygun pozisyon verilmesi • Fizyoterapist ile işbirliği yapılması • Eğer hastanın tıbbi durumu izin verirse hastanın yatak dışına oturtulmasına yardım edilmesi 	Hastanın yatak içi hareketlerinde artış gözlemlendi (özellikle alt ekstremitelerde) •Hasta yatak dışına çıkarılamadı.
Uyku ve İstirahat	Alt ekstremitelerde ağrı tarifleyen hasta, bu yüzden geceleri çok fazla uyumadığını ifade etmektedir. Hasta gün içerisinde aralıklı az uyumaktadır.	Ağrıya bağlı Uyku Örtüsünde Bozulma Amaç: Hastanın yeterince uyumasını ve dinlenmesini sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> • Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıklarının belirlenmesi • Uyku ve dinlenme için uygun pozisyon almasına yardım edilmesi • Gürültü ve dış uyaranların en aza indirilmesinin sağlanması • Uyku kalitesi etkilediği düşünüldüğü için hastanın ağrısının azaltılması; order da yer alan analjeziğin uygulanması (parol 3x500mg IV lüzüm halinde (LH) 	Hasta çevresel uyarlardan çok etkilendiğini, uykusunun hafif olduğunu belirterek, gün içerisinde aralıklı uyuması devam etti

Uygun giyinme soyunma	Hasta, hastanede olduğu 10 gün boyunca hastane önlüğü giymiştir. ALS'ye bağlı kas zayıflığı mevcut olup kendisi bakımını yerine getiremiyor.	Ağrı, kas spazmları, paralizilere bağlı Kendi Kendine Giyinmede Öz Bakım Eksikliği Amaç: Hastanın yemek yeme, giyinme, tuvalet, banyo aktivitelerine fiziksel ya da sözel katılımını sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın her türlü bakım fonksiyonlarında sözel olarak katılımının sağlanması. Her gün ve gerektiğinde vücut bakımları yapılması (saç banyosu ve yata içi vücut banyosu hafta 3 kez olacak şekilde yapılması) Bireysel hijyen için kullanılan ürünlerin tahriş etmeyen türden kullanılması sağlanması Hastaya rahat ve mahremiyeti sağlayacak şekilde önlükler giydirilmesi Pozisyon değişimlerinin iki saatte bir yapılması Bakım ve pozisyon değişimlerinde hastanın katılımı için bilgilendirmeler yapılması 	Hastanın üst ekstremitelerde plejisi olduğu için bakıma sözel olarak katıldı.
Vücut ısısını koruma	Hastanın vücut sıcaklığı: 1. gün 38,4 °C'ye kadar yükselmiş, 2VKK, DTA, idrar kültürü alınmıştır. Sonrasında 36,2-37,4°C(3.gün) arasında seyrettiği görülmektedir. PEG etrafında kızarıklık, akıntı mevcuttu.	Yaşa sekonder olarak, termoregülasyonun etkisizliğine bağlı vücut ısısında değişiklik (Hipertermi) Amaç: Vücut sıcaklığının normal sınırlarda olması ve hipertermi belirti ve bulgularının olmaması -Enteral beslenmeye sekonder, organizmaların yayılması için giriş yeri olmasına bağlı	<ul style="list-style-type: none"> Vücut sıcaklığı ve diğer yaşam bulgularının yakından takip edilmesi Gerekli kültürlerin alınmasının sağlanması (1.gün 2VKK, DTA, İdrar kültürü) Odanın havalandırılması ve giysilerinin inceltmesi Gerekli antipiretik ilacın uygulanması (Parol 3x500mg IV) (1. gün 14:00) 	Hastanın vücut sıcaklığı 4.gün ve sonrası normal sınırlara ulaştı. (36,6-36,9°C)
		Enfeksiyon Riski Amaç: Hastanın mevcut enfeksiyonun iyileşmesini sağlamak Hastane yattığı süre içinde enfeksiyonlardan uzak kalmasını sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> Her hasta ile temastan önce ve sonra ellerin yıkanması Yaşam bulgularının takip edilmesi (hastanın durumuna göre sıklığı değişir) İnvaziv girişimlerde aseptik tekniğin uygulanması IV kateter bakımlarının günlük yapılması, Sonda bakımının her shiftte (günde 2 kez) olacak şekilde yapılması (10:00, 22:00) Enfeksiyon belirti ve bulgularının yakından izlenmesi (ateş, kateter giriş yerinde ve peg çevresinde kızarıklık, sekresyon, idrar renginde, kokusunda, görünümünde değişiklik, lökosit değerinin yükselmesi) Laboratuar bulgularının değerlendirilmesi (lökosit, CRP) Peg bakımının 3x1 yapılması (14:00,22:00,06:00) Enfeksiyon bulaşma yolları ve nedenleri hakkında bakıcısına eğitim verilmesi Hastanın vücut, perine, ağız ve hijyenine dikkat edilmesi Dr istemindeki antibiyotik tedavisinin uygulanması (İYE için Maxipen 3x1gr IV (14:00, 22:00,06:00) Targocid 1x600mg IV (22:00) 	Hastanın Peg çevresinde akıntı kızarıklık, ısı farkı olduğu için 3x1 olan peg bakımı 5x1'e çıkarıldı. (1 0:00,14:00,18:00,22:00,06:00) İYE olan hastanın gözlenen bulanık idrarı ve pyürik idrarının renginde berraklaşma olduğu gözlemlendi. Hastanın mevcut enfeksiyonunda iyileşme belirtileri gözlemlendi. (1.gün CRP:201mg/dl, Lök:18,4 bin/mm ³) (10. gün CRP: 6,4mg/dl, Lök: 7,54bin/mm ³).

Bedenin Temiz Tutulması ve Cildin Bütünlüğünün Korunması	Hasta hastanede kaldığı 10 günlük süre içerisinde haftada 3 gün yatak içerisinde saç banyosu ve vücut banyosu yaptırmıştır. Hastanın immobil olmasına bağlı koksiks bölgesinde evre 2 basınç ülseri mevcut olup boyutları 1x1cm (2.gün) ve alt ekstremitede +2 gode bırakan ödem vardı; Bates-Jensen Yara Değerlendirme puanı 21. Hastanın Braden Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puanı :13 (orta risk).	Motor yetersizliklere sekonder, immobiliteye/basıncın etkisine bağlı Bozulmuş Deri Bütünlüğü Amaç: Oluşan basınç yaralarının iyileşmesi ve vücut bütünlüğünün devamlılığını sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> • Basınç yarası gelişim evresinin tanımlanması • Her gün genel vücut ve perine hijyenin sağlanması • Alt ekstremitede ödemin derecesinin belirlenmesi ve elevasyonunun sağlanması • Çarşafların gergin olmasına dikkat edilmesi • Yeterli hidrasyon sağlanması • Her iki saatte bir pozisyonun değiştirilmesi • Pozisyon değişikliği sırasında vücut bütünlüğünün ve kızanklığın değerlendirilmesi • Pozitif nitrojen dengesini sağlamak için protein ve karbonhidrat alımının artırılması (enteral beslenmesine ek olarak Protifar 2x2 ölç Peg'ten; 18:00,06:00) • Basınç azaltıcı havalı yatak kullanılmasının sağlanması 	Hastanın gelişinde alt ekstremitede +2 olarak değerlendirilen ödemi, +1 olarak değerlendirildi. Koksiks evre II basınç ülserinde ilerleme olmamasına rağmen, boyutunda bir değişiklik olmamıştır.
Çevredeki tehlikelerden korunma	Hasta yatak içi immobil, sınırlı hareketleri mevcuttur. "İtaki Düşme Riski" değerlendirildiğinde toplam skor 19 (yüksek risk) olarak hesaplanmıştır.	ALS'ye sekonder, mobilitenin bozulmasına bağlı Düşme Riski Amaç: Hastanın travmaya maruz kalmasını engellemek	<ul style="list-style-type: none"> • Yatağın alçak düzeyde ve kenarlıklarının kaldırılması • Geceleri yardım isteme konusunda cesaretlendirilmesi ve çağrı zilini hastanın yanına konulması (hastanın avucunun içine, butonunu da oynattığı parmaklarının altına yerleştirilmesi) • İtaki puanının değerlendirilmesi • Yatakta yaralanmaya sebep olabilecek sert kenarların yastıkla desteklenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Yatağın alçak düzeyde ve kenarlıklarının kaldırılmış olmasının sağlanması • Geceleri yardım isteme konusunda cesaretlendirilmesi ve çağrı zilini hastanın yanına konulması (hastanın avucunun içine, butonunu da oynattığı parmaklarının altına yerleştirilmesi) • İtaki puanının değerlendirilmesi • Yatakta yaralanmaya sebep olabilecek sert kenarların yastıkla desteklenmesi
İletişim	Hasta trakeostomive halsizlik nedeni ile uzun cümleler kuramamakta, çabuk yorulmaktadır. Hasta ile iletişim bazen sözsüz olarak (jest ve mimik) sağlanmıştır.	ALS'ye sekonder, konuşma kaslarının motor fonksiyon bozulmasına ve trakeostomiye sekonder, konuşma yeteneğinin bozulmasına bağlı Bozulmuş Sözel İletişim Amaç: Hastanın etkin iletişim kurmasını sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın konuşma, anlama, yazma ve okuma yeteneğinin değerlendirilmesi • Hasta ile konuşurken yüzüne bakarak basit, açık ve kısa cümleler kullanılması • İletişimi geliştirmek için dokunma ve hareketlerin kullanılması • Hastanın kendisini ifade etmesine zaman verilmesi ve yorulduğunda dinlenme aralıkları sağlanması 	Hasta ile sözlü ve sözel olmayan iletişim teknikleri ile anlaşma sağlandı
İnançları Doğrultusunda İbadet Etme	Spiritüel açıdan herhangi bir sorun bildirmemiştir.			

Başarı duygusu ile çalışabilme	Hasta immobil olmadan önce ev hanımı imiş. Şuanda kendi bakımını ve ev işlerini yapamadığı için kendini kötü hissettiğini belirtiyor.	Vücut fonksiyonlarında kayba bağlı Kronik Düşük Özsaygı Amaç: Hasta kendinin olumlu yönlerini tanımaya ve geleceğe yönelik pozitif bir bakış açısı ifade etmesini sağlamak	Güven verici ilişkinin kurulmasının sağlanması, Hastanın duygularını ifade etmesine izin ve zaman verilmesi Olumlu ve başarılı olduğu girişimler takdir edilir. (Torunlarına mektup yazılmasını istemesi ve hastaneden çıkınca yapacakları şeylere dair cümlelere yer vermesi) Başarılı olduğu aktivitelerde hasta desteklenir. (pasif ROM (Range of motion) egzersizinde aktif katılmaya çalışması)	Hastanın gelecek ve kendisi ile ilgili olumlu cümlelerinin arttığı gözlemlendi
Çeşitli Eğlence Faaliyetlerine Katılma	Hasta hastanedeyken torunları ile gelen ziyaretçisi sayesinde mektuplaşıyor, onların kendisine resim yapmalarından mutlu olduğunu belirtiyor.			
Mevcut Sağlık Olanaklarından Yararlanmasına Yardımcı Olacak Olan Öğrenme, Keşfetme ve Merakını Tatmin Etme	Hasta durumu hakkında bilgiye sahip, öğrenmeye açık			

Kaynaklar

- Ahtisham, Y., & Jacoline, J. (2015). Integrating nursing theory and process into practice; Virginia's Henderson need theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443-450.
- Alankaya, N. (2016). Amyotrofik lateral skleroz ve bakım. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing - Special Topics*, 2(2), 73-9.
- Alankaya, N. (2012). Amiyotrofik lateral skleroz ve hemşirelik yönetimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 152-159.
- ALS Assosiation. (2016). Erişim: 17.07.2018. Facts you should know. <http://www.alsa.org/about-als/facts-you-should-know.html>.
- Bellomo, T. L., & Cichminski, L. (2015). Amyotrophic lateral sclerosis: What nurses need to know. *Nursing*, 45(10), 46-51
- Biol, L. (2016). *Hemşirelik Süreci*. 10. Baskı. İzmir: İmaj Basım Yayın Reklamcılık
- Carpenito-Moyet L.J. (Ed.). (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. F., Erdemir (Çev) 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Davis, M., & Lou, J-S. (2011). Management of amyotrophic lateral sclerosis (als) by the family nurse practitioner: A timeline for anticipated referrals. *American Association of Nurse Practitioners*, 23(9), 464-472
- Ekim, A., Manav, G., ve Ocakçı, A. F. (2012). Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: bir gözden geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(4), 157-161
- Erol, F., Tanrikulu, F., ve Dikmen, Y. (2016). Serebrovasküler olay geçiren bir olgunun Henderson hemşirelik modeli'ne göre değerlendirilmesi: olgu sunumu. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(Case Reports), 94-103
- Fawcett J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Hogden, A., Foley, G., Henderson, R. D., Natalie, J., & Samar, M. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis: improving care with a multidisciplinary approach. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 205-215
- Karadağ, A, Çalışkan, N., ve Baykara G. Z. (2017). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. 1. Baskı. Ankara: Akademi Basın.
- Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(1), 6-14
- Karagözoğlu, Ş. (2006). Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 13(2), 64-71.
- Meleis, I. A. (2012). *Theoretical Nursing Development and Progress*. 5th. China: Lippincott Williams & Wilkins.
- O'Brien, M. (2011). Management of patients with motor neuron disease. In: Woodward, S, Mestecky, A, (eds.). *Neuroscience Nursing Evidence-Based Practice*. 1st ed. Philadelphia: Wiley-Blackwell Publication.
- Parker, M. & Smith, M. (2010). *Nursing Theories and Nursing Practice*. 3th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ünal Ş.B., Genç, B. Kaplan S. ve Özkan B. (2018). Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre amiyotrofik lateral sklerozda hemşirelik bakımı: bir olgu sunumu. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 69-76.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın Yayın.

Olgu sunumu / Case report**Hemşirelik Bakımının Yönetiminde Henderson Hemşirelik Modeli'nin Uygulanması: Pankreas Kanseri Tanılı Bir Olgu****Application of Henderson's Model in Management of Nursing Care: A Case Diagnosed with Pancreatic Cancer**Emel Yıldız¹  Özden Dedeli Çaydam² **Yazarların ORCID numaraları/ORCID IDs of the authors:**
E.Y. 0000-0002-5091-2249; Ö.D.Ç. 0000-0003-0558-9400¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı/Manisa²Özden Dedeli Çaydam
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı / Manisa**Sorumlu yazar / Corresponding author:**
Özden Dedeli Çaydam,
E-posta: ozdendedeli@yahoo.co.uk**Geliş tarihi / Date of receipt:** 26.07.2019
Kabul tarihi / Date of acceptance: 06.11.2019**Atf / Citation:** Yıldız E, Dedeli-Çaydam Ö. (2019). Hemşirelik Bakımının Yönetiminde Henderson Hemşirelik Modeli'nin Uygulanması: Pankreas Kanseri Tanılı Bir Olgu. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 239-248.**ÖZ**

Pankreas kanseri tanı, tedavi, hastalığın seyri ve bakım aşamalarında bütüncül yaklaşım gerektiren, kapsamlı bir değerlendirme, sürekli gözlem ve uygun tedavi ile hastanın mevcut yaşam kalitesinin artırılabilceği bir hastalıktır. Prognozun kötü ve beklenen yaşam süresinin kısa olması nedeniyle hemşirelik bakımının amacı ağrı ve rahatsızlığın giderilmesine, beslenmenin sürdürülmesine, cilt bakımına, hastalığın psikolojik etkileri ve fiziksel sorunlar ile baş etmesine destek olmaktadır. Virginia Henderson sağlığa, iyileşmeye ya da huzurlu ölüme katkı sağlamak için etkili bir hemşirelik bakımını fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel insan gereksinimlerinin karşılanması olarak tanımlamıştır. Hemşire ve hastası bu gereksinimleri karşılamak ve birey merkezli hedeflere ulaşmak için birlikte çalışmaktadır. Modelin, hemşirelik mesleğinin özünü çok iyi yansıtması ve insan odaklı olması bakımından pankreas kanserinin hemşirelik bakımında uygulanabileceği düşünülmektedir. Bu olgu sunumunda, pankreas kanseri tanısı alan 38 yaşında bir erkek hastada Henderson hemşirelik modeli kullanılarak hemşirelik bakım planı oluşturuldu. Pankreas kanseri tanısı alan bir hastada Henderson hemşirelik modeline temellenirilmiş, bütüncül bir bakış açısıyla hemşirelik bakımının verilmesi ve modelin kullanılabilirliğinin gösterilmesi amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı; hemşirelik modeli; pankreas kanseri.**ABSTRACT**

Pancreatic cancer is a disease that requires a holistic approach during diagnosis, treatment, the course of disease and the care stages and the quality of life of the patient can be improved with comprehensive evaluation, continuous observation and appropriate treatment. Because the prognosis is poor and life expectancy is short, the aim of nursing care is to relieve pain and discomfort, to maintain nutrition, to provide skin care, to support the patient for coping with the psychological effects of the disease and physical problems. Virginia Henderson defined effective nursing care to contribute health, recovery or peaceful death that meeting physiological, psychological, socio-cultural, spiritual and developmental human needs. Nurse and patient work together to meet these needs and to achieve individual-centered goals. It is considered that the model can be applied in nursing care of pancreatic cancer because it is to be human-centered and it reflects the essence of nursing profession very well. In this case report, a nursing care plan was developed using the Henderson nursing model for a 38-year-old male patient with pancreatic cancer. It was aimed to provide nursing care based on the Henderson nursing model with a holistic approach in a patient with pancreatic cancer and to demonstrate the usability of the model.

Keywords: Nursing model; nursing care; pancreatic cancer.

Giriş

Pankreas kanseri, pankreas dokusundaki hücrelerden kaynaklanan malign bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte endüstriyel kimyasallara ve zehirli maddelere maruz kalınması, sigara içilmesi, alkol tüketimi, fazla miktarda yağ ve et tüketiminin pankreas kanserine neden olduğu bilinmektedir (Eti Aslan, Yıldız Fındık, ve Elçin, 2010). Dünyada en yaygın görülen kanser sıralamasında pankreas kanserinin 11. sırada yer aldığı belirtilmiştir. 2018 yılında tüm kanser türleri için yeni vaka sayıları hesaplandığında 458,918 bireyin pankreas kanseri tanısı aldığı ve tüm kanserden ölümler içinde pankreas kanserine bağlı 432,22 bireyin yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (Bray ve ark., 2018). Pankreas kanserinin prevalansı ve mortalitesi gelişmiş ülkelerde yüksek olmakla birlikte, beş yıllık sağ kalım oranının %5 olduğu bilinmektedir (Ilic ve Ilic, 2016). Pankreas kanserli olguların prognozu ve yaşam süreleri birbirinden farklı olabilmektedir. Bu durumun pankreas kanserinin, tanı, tedavi ve sınıflandırılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca birçok hastada hastalığın ileri evresine kadar semptom görülmemektedir (Rawla, Sunkara, ve Gaduputi, 2019). Pankreas kanserinde erken tanı için geçerli bir tarama yöntemi bulunmamaktadır. Bu nedenle, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, alkol ve sigara kullanılmaması gibi birincil koruma yöntemleri önem taşımaktadır (Ilic ve Ilic, 2016; Rawla ve ark., 2019).

Pankreas kanseri ve tedavi süreci gerek hasta için gerekse hastaya bakım veren aile üyeleri için oldukça zorlu bir süreçtir. Bu zorlu süreç, hasta ve aile üyelerinin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla pankreas kanserli hastaların bakım uygulamaları planlanırken bütüncül bir yaklaşım benimsenmeli, aile üyeleri bakıma dahil edilmeli, özellikle hastanın yaşam kalitesini arttırmaya ve günlük yaşam aktivitelerini minimum enerji ve maksimum fonksiyonla yerine getirebilmesine olanak sağlayacak uygulamalar planlanmalıdır (Eti Aslan ve ark., 2014; Rawla ve ark., 2019).

Hemşirelik, kaynağını insan gereksinimlerinden alan bir meslek grubudur. Hemşirelik mesleğinin doğası insanların sağlığını korumak, geliştirmek hastalıkları önlemek, hastaya bakım vermek ve güvende olmasını sağlamaktır. Bu nedenle, hemşirelik biliminin temeli insan, çevre, hemşire ve hasta ilişkileri bağlamındaki sağlık deneyimleridir (Huitzi-Egilegor ve ark., 2012; Kaya ve Turan, 2017; Ünsal, 2017). Hemşirelerin bakım uygulamalarına yön verecek ve hemşireliğe özgü uygulamaları sistematize edecek çok sayıda mesleğe özgü kuram ve modeller bulunmaktadır. Bu kuram ve modeller hemşirelere, bakım verdiği bireylerin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde ettiği birçok veriyi organize etme, analiz etme ve bu bilgileri kanıta dayalı açıklama olanağı sağlamaktadır. Ayrıca hemşirelik bilgilerini ve uygulamalarını organize ederek hemşirelere üzerinde odaklanmaları gereken konular hakkında rehberlik etmektedir (Kaya ve ark., 2010; Ahtisham ve Jacoline, 2015; Koç ve ark., 2017). Hemşirelik literatüründe bilinen en önemli hemşire kuramcı

ve modellerden biri de Virginia Henderson ve Henderson Hemşirelik Modeli (HHM)'dir (Velioğlu, 2012).

Henderson bireyin sağlığının korunması ya da yeniden kazandırılması için bütüncül bakım anlayışı ile bireye yardımcı olunması gerektiğini savunmuştur (Erol, Tanrikulu, ve Dikmen, 2016). Henderson kuramında "hemşirelik kavramı" üzerinde durmuş ve hemşirenin en eşsiz işlevini "hasta ya da normal bireye sağlığını koruması ya da yeniden kazanması için gerekli faaliyetleri gerçekleştirilmesinde yardımcı olmak" şeklinde tanımlamıştır. Henderson hemşirenin üç önemli rolünden bahsetmektedir. Bunlar; ikame edici rolü (hasta için yapma/yerine koyma), destekleyici rolü (hastaya yardım etme) ve tamamlayıcı rolüdür (hasta ile beraber yapma). Bu rollerin temel amacı, hastaya yardım etmek ve hastayı mümkün olduğunca bağımsız hale getirmektir (Ahtisham ve Jacoline, 2015; Soner, 2018).

Henderson kuramını oluştururken Maslow'dan etkilenmiş ve temel insan gereksinimleri hiyerarşisi Henderson'un hemşirelik tanımının temelini oluşturmuştur. Henderson kuramında temel insan gereksinimleri hiyerarşisini hemşirelik bakımı planlamasında önceliklerin belirlenmesi için kullanmıştır (Velioğlu, 2012; Ahtisham ve Jacoline, 2015; Erol ve ark., 2016). Henderson kuramında etkili bir hemşirelik bakımı için gerekli olan 14 temel insan gereksinimi tanımlamıştır. İlk dokuz bileşen fizyolojiktir. Onuncu ve on dördüncü bileşenler iletişim kurma ve öğrenmenin psikolojik yönleridir. On birinci bileşen manevi ve ahlakidir. On ikinci ve on üçüncü bileşenler sosyolojik olarak mesleğe yöneliktir (Ahtisham ve Jacoline, 2015; Soner, 2018). Henderson'un bakım modeli ile hemşirelik sürecinin aşamaları benzerlik göstermektedir (Tablo 1). Hemşire, verileri hastadan gözlem, hissetme ve dinleme yoluyla elde etmektedir. Bu aşamada, hastanın temel insan gereksinimlerinden hangilerini karşılamakta zorluk çektiğini ve nedenlerini araştırmalıdır (Velioğlu, 2012; Birol, 2016). Ayrıca Henderson'a göre hemşire hasta bireyin gereksinimlerinin tanımlanması sürecinde hastanın yaş, duygusal durum, kültürel geçmiş, bedensel kapasite ve zeka düzeyi gibi faktörleri göz önünde bulundurmalıdır (Velioğlu, 2012; Erol ve ark., 2016; Soner, 2018). Bakımın planlanması, temel insan gereksinimlerinin karşılanması ve bireyin bağımsızlığını tekrar kazanmasına yardım amacına yönelik olarak yapılmaktadır. Dolayısıyla hemşirelik bakımının hastanın gereksinimlerini bağımsız olarak karşılayabilmesine yardımcı olma amacına yönelik olarak bakım planlanması ve bu planın hastanın gereksinimlerine bağlı olarak sürekli düzenlenmesi gerekliliğini savunmuştur. Hemşire, bakım planını uygularken, hastanın mümkün olduğunca bağımsız bir şekilde günlük yaşam aktivitelerini yapmasına yardım etmelidir. Hemşirelik bakımı, hastanın fizyolojik durumu, yaşı, cinsiyeti, kültürü, duygusal durumu ve entelektüel kapasitesine göre uygulanmalıdır (Velioğlu, 2012; Birol, 2016; Erol ve ark., 2016). Henderson Hemşirelik Modeli'nin değerlendirme aşamasında hastanın temel insan gereksinimlerini bağımsız olarak yapabilme gücü

ve kapasitesi üzerinde durulmaktadır. Bu aşamada, hemşire hastanın temel gereksinimlerini bağımsız olarak karşılayıp karşılayamadığını gözlemleyerek verdiği bakımın sonuçlarını değerlendirilmesinde (Velioğlu, 2012; Erol ve ark., 2016; Birol, 2016; Soner, 2018).

Pankreas kanseri tanısı alan hastalar hastalık ve tedavi

sürecinin meydana getirdiği çok çeşitli komplikasyonlar ve kısıtlamalar nedeniyle temel gereksinimlerini çoğu zaman yardım almadan karşılayamamaktadır. Bu süreçte hastalar sistematik ve profesyonel bir hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadırlar. Bu olguda HHM doğrultusunda pankreas kanserli bir hastanın hemşirelik bakımı sunuldu.

Tablo 1. Henderson'un Modeli'ne Temellenen Hemşirelik Süreci

Hemşirelik Süreci	
Hemşirelik Değerlendirilmesi Ölçütleri	14 Bileşen
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal solunum 2. Yeterli yeme içme 3. Boşaltım 4. Hareket etme ve uygun pozisyonu devam ettirme 5. Uyku ve istirahat 6. Uygun giyim eşyası seçme, giyinme soyunma 7. Çevreye uygun biçimde giyinme ve beden ısısını normal sınırlarda devam ettirme 8. Bedenin temiz tutulması ve cildin bütünlüğünün korunması 9. Çevrenin tehlikelerden uzak tutulması ve kazalardan korunma 10. Diğer bireylerle iletişime girerek duygularını, gereksinimlerini, korku ve düşüncelerini ifade etme 11. İnançları doğrultusunda ibadet etme 12. Çalışırken başarı duygusuna erişme 13. Çeşitli eğlence faaliyetlerine katılma 14. Normal gelişimi ve sağlığı için, mevcut sağlık olanaklarından yararlanmasına yardımcı olacak olan öğrenme, keşfetme ve merakını tatmin etme
Hemşirelik Tanısı	Bireyin kendi gereksinimlerini yardımsız karşılama yeteneğini belirleme.
Hemşirelik Planı	Hemşirenin hasta ya da sağlıklı bireye nasıl yardımcı olabileceğini tanımlama.
Hemşirelik Uygulaması	Hasta ya da sağlıklı bireye, sağlığın korunması hastalıklarla baş etme ya da rahat bir ölüm için temel insan gereksinimlerini karşılamada aktivitelerini yerine getirebilmesi için yardım etme. Alınacak önlemler hasta ya da sağlıklı bireyin yaşı, fizyolojik, fiziksel, kültürel, duygusal ve entelektüel durumuna temellendirilmelidir.
Hemşirelik Değerlendirmesi	Bakımın kalitesi, bakıma ayrılan süre ve hemşirenin başarısı değerlendirilmelidir.

Kaynak: Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık

Olgu Sunumu

Bu çalışma, onkoloji kliniğinde pankreas kanseri tanısı ile yatan hastanın olgu sunumudur. Hasta klinikte yattığı 31.05.2019-11.06.2019 tarihleri arasında izlendi. Hastaya gerekli açıklamalar yapıldıktan ve sözel olarak izin alındıktan sonra veriler gözlem, hissetme ve dinleme yoluyla toplandı. Toplanan veriler doğrultusunda hastanın gerçek ve olası sorunları belirlendi. Temel insan gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hastanın bakımı planlandı. Hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik durumu, yaşı, cinsiyeti, kültürel ve duygusal durumuna göre hemşirelik bakım uygulamaları yapıldı. Değerlendirme aşamasında, hastanın 14 temel insan gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığı değerlendirildi.

Hemşirelik Öyküsü

Tanıtcı Özellikleri: C.H. lise mezunu 38 yaşında erkek hastadır. Güvenlik görevlisidir. İki çocuk sahibi olup eşi ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır.

Hastalık Öyküsü: Hasta 1,5 yıl önce bulantı ve kusma şikayetiyle Manisa ilinde özel bir hastaneye başvurmuştur. Özel hastanede yapılan endoskopi, tomografi, manyetik rezonans (MR), biyopsi tetkiklerinden sonra pankreas kanseri tanısı konulmuştur. Daha sonra hasta cerrahi tedavi için üniversite hastanesine sevk edilmiştir. Üniversite hastanesinde yapılan cerrahi tedavinin ardından bir yıl boyunca adjuvan kemoterapi uygulanmıştır. Hastada en son yapılan kemoterapi sırasında alerjik reaksiyon gelişmiştir ve kemoterapi tedavisi yarım kalmıştır. Bir süre sonra hasta şu an tedavi gördüğü hastaneye başvurmuş ve kemoterapi tedavisine daha önce uygulanan ilaçlar değiştirilerek devam edilmiştir. Hasta iki gün önce (son kemoterapi tedavisinden dokuz gün sonra) bulantı, kusma, sırt ağrısı, iştah kaybı ve yüksek ateş (39,5 °C) şikayetleriyle acil servise başvurmuş ve onkoloji servisine yatışı yapılarak tedavisine başlanmıştır.

Özgeçmiş: Hastada mevcut hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalık yoktur. Hasta yaklaşık altı ay önce kemoterapi tedavisi esnasında alerjik reaksiyon geçirmiştir. Bunun dışında herhangi bir alerji öyküsü bulunmamaktadır.

Soygeçmiş: Hastanın soygeçmişi değerlendirildiğinde; annede hipertansiyon babada ise diyabet mevcuttur.

Alışkanlıkları: Hasta 22 yaşından son 1,5 yıl öncesine kadar günde ortalama bir paket sigara kullandığını, sigara dışında herhangi bir madde (alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi) kullanımının olmadığını belirtmiştir.

Fizik Muayene:

Genel Durum: Giysileri temiz, ancak bireysel bakımını yardım almadan yapamamaktadır. Şiddetli sırt ağrıları nedeniyle yarı oturur pozisyonda rahat edebilmektedir. Ağrısının şiddeti Visual Analog Skala (VAS) skoru 8'dir (Şiddetli ağrı). Düşme riski puanı 16'dır. (Yüksek Risk). Çevre ile ilişkisi ve sözel iletişimi azalmış, ağrılar nedeniyle yürümede zorlanmaktadır. Cildi soluk ve hasta sürekli olarak terlemektedir. Buna bağlı hastanın bası yarası puanı: 15-17 arası (orta risk) olarak

değerlendirilmiştir. Saçsız deri soluk ve saçlarda kemoterapiye bağlı dökülme mevcuttur. Kulaklar temiz, herhangi bir yara ve enfeksiyon bulgusu bulunmamaktadır. Göz dibi muayenesi normaldir. Burunda deviasyon bulgusu yoktur. Ağız içinde nötropeniye bağlı oral mukozit bulguları mevcut, dil kızamık ve paslı görünümde, dişlerin durumu kötüdür. Boyun muayenesinde lenfadenopati (LAP) bulgusu yoktur. Boğazda kızarıklık ve buna bağlı yutma güçlüğü mevcuttur.

Solunum Sistemi: Şiddetli sırt ağrıları nedeniyle hastada solunum sıkıntısı mevcuttur. Oksijensiz SpO₂ %88-89 civarında; oksijen tedavisi altında %92-94 olduğu belirlendi. Solunum sayısı dakikada 24'tür.

Kardiyovasküler Sistem: Hastanın nabızı dakikada 124 olarak belirlendi. Ağrı ve dispne nedeniyle hasta taşikardiktir. Kan basıncı ise 110/70 mmHg'dir.

Gastrointestinal Sistem: Hastada bulantı-kusma şikayetlerinin olması nedeniyle oral alımının yetersiz olduğu gözlenmiştir. Hasta defekasyon sırasında zorlanma şikayetinin olduğunu belirtmiştir. Hastada son üç gündür defekasyon çıkmamıştır.

Genitoüriner Sistem: Hastanın perine bölgesinde enfeksiyon bulgusu gözlenmemiştir. Hasta günde 3-4 kez ağrısız idrar yapabildiğini belirtmiştir.

Kas İskelet Sistemi: Hastanın yardım almadan yürüyemediği, ağrıları nedeniyle sürekli yarı oturur pozisyonda rahat ettiği gözlenmiştir.

Nörolojik Sistem: Hastanın bilinci açık, koopere ve oryantedir. Herhangi bir hemipleji bulgusu belirlenmemiştir.

Yaşam Bulguları: Hastanın 1. günde yaşam bulguları değeri aşağıdaki gibidir.

Solunum sayısı: 24/dk

Nabız: 124/dk

Kan Basıncı: 110/70 mmHg

Vücut sıcaklığı: 39,5 °C

Ağrı: Visual Analog Skala skoru 8

SPO₂: %89

Laboratuar Bulguları: Hastanın 1. günde laboratuar bulguları aşağıdaki gibidir.

Hb: 10,2 gr/dL

Albümin: 2,9 mg/dL

Sodyum: 137 mmol/L

Potasyum: 4,2 mmol/L

Kalsiyum: 11,1 mg/dL

Lökosit (WBC): 1,200/mm³

Trombosit (Plt): 180,000/mm³

Yukarıda açıklanan olguda, hemşirelik öyküsü alındıktan sonra gerçek ve olası sorunlar belirlendi. Bu sorunlar, HHM'ye göre sınıflandırıldı (Tablo 2). Hemşirelik bakımı saptanan problemler, amaç, hemşirelik girişimleri ve değerlendirme başlıkları altında Tablo 3'te gösterildi (Velioğlu, 2012; Birol, 2016).

Tablo 2. Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Belirlenen Sorunların Sınıflandırılması

Temel İhtiyaçlar	Sorunlar
Normal Solunum	Hastanın solunumu 24-28/dk'dır. Hastada şiddetli sırt ağrılarına bağlı dispne olduğu gözlenmiştir.
Yeterli yeme içme	Hastada kemoterapi tedavisine bağlı iştah kaybı mevcuttur. Ayrıca hastanın bulantı, kusma ve yüksek ateş ve kemoterapinin neden olduğu oral mukozit nedeniyle katı gıda alamadığı ve yutma güçlüğü çektiği gözlenmiştir. Hasta çok az miktarda çorba, meyve suyu gibi sıvı gıdalar alabilmektedir. Hasta parenteral yoldan Olivilinomel ile beslenmektedir. Hastaneye yattığında 56 kilo olan hasta son üç gün içerisinde 55 kiloya düşmüştür. 1,70 cm boyunda olan hastanın beden kitle indeksi 19,37 kg/m ² olarak hesaplanmıştır. Hastada oral mukozit ve yetersiz beslenmeye bağlı dudaklar kuru ve çatlak, yer yer soyulmuş, dişlerin görünümü ise kötüdür.
Boşaltım	Hasta günde 4-5 kez idrara çıkmakta dizüri ya da inkontinans sorunu yaşamamaktadır. Hasta beslenme yetersizliği nedeniyle normalde her gün dışkılama yaparken son üç gündür sadece bir defa defekasyona çıkmıştır. Hasta defekasyon sırasında zorlanmaktadır. Gaitası katı ve şekillidir.
Hareket etme ve istenen pozisyonu sürdürme	Hasta yaygın sırt ve karın ağrıları nedeniyle rahat hareket edememekte ve sadece kendi odasının içinde eşinin yardımıyla küçük adımlarla yürüyerek dolaşabilmektedir. Ağrılar nedeniyle yatakta yan yatar pozisyonda duramamakta bu nedenle sürekli yarı oturur pozisyonda yatmaktadır. Hasta günlük yaşam aktivitelerini eşinin yardımıyla yerine getirebilmektedir.
Uyku ve istirahat	Hastada sırt ağrıları nedeniyle uyuma güçlüğü gözlenmiştir. Hastalanmadan önce uyku sorunu olmadığı öğrenilen hasta gün içerisinde yorgun görünmekte ve aralıklı olarak 1-2 saat uyuyabilmektedir. Hasta geceleri sürekli huzursuz olduğunu ve ağrı nedeniyle sürekli uyandığını ifade etmektedir.
Uygun kıyafet seçimi, giyinme-soyunma	Hastada nötropenik ateşe bağlı sürekli terleme mevcuttur. Bu nedenle giysileri sürekli olarak değiştirilmektedir. Hastanın giysilerinin temiz olduğu ve giyinme-soyunma için eşinin yardımcı olduğu görülmektedir.
Giyimi ayarlayarak ve çevreyi değiştirerek beden ısısını normal sınırlarda tutma	Hasta sürekli olarak terlediği için genellikle terletmeyen giysiler giymektedir. Hastanın çevreye uygun giyindiği gözlenmiştir. Hastanın vücut sıcaklığı: 37,6-38 °C seyretmektedir.
Bedenin temiz tutulması, cildin bakımı ve bütünlüğünün korunması	Hastada sürekli terlemeye bağlı olarak cilt nemlidir. Hasta sırt ağrıları nedeniyle hareket kısıtlılığı yaşadığı için banyo yapamamaktadır. Hastanın eşinin her gün ıslak bir bez ile hastanın tüm vücudunu temizlediği gözlenmiştir. Hastada oral mukozit dışında herhangi bir yara ya da kızarıklık bulunmamaktadır.
Çevredeki tehlikelerden kaçınma kaza ve yaralanmalardan korunma	Hastanın düşme öyküsü sorgulandığında; daha önce herhangi bir düşme yaşamadığı belirtilmiştir. Yatak kenarlıklarının bazen açık olduğu görülmüştür. Hasta çoğu zaman ayağa kalktığında baş dönmesi ve denge problemi yaşadığını ifade etmektedir. Hastanın İtali Düşme riski puanı değerlendirildiğinde (baş dönmesi, denge sorunu, riskli ilaç kullanımı, ayakta yürürken desteğe gereksinim duyma vb.) 19 puan (yüksek risk) olarak hesaplanmıştır.
Diğer bireylerle iletişime girerek duygularını, ihtiyaçlarını, korku ve düşüncelerini ifade etme	Hasta söylenenleri anlamakta ancak, ağrılar ve sürekli kendini yorgun hissettiği için pek konuşmak istemediğini ifade etmektedir. Hasta ile hem sözlü hem de jest ve mimikler ile iletişim sağlanmıştır.
İnançlarına uygun olarak ibadet etme	Hasta son bir yıl öncesine kadar her hafta cuma günleri Cuma namazına gittiğini ancak hastalandıktan sonra gidemediğini ifade etmiştir.
Çalışırken başarı duygusuna erişme	Hasta meslek yaşantısı boyunca başarılı olduğunu ve işini sevdiğini ifade etmektedir. Hastanın hastalığı nedeniyle işini bırakmak zorunda olduğu için çok üzülüğünü belirtmektedir.
Çeşitli eğlence faaliyetlerine katılma ya da zamanı değerlendirme	Hasta yaşamayı, gezmeyi ve ailesi ile vakit geçirmeyi sevdiğini ifade etmektedir. Hasta izinli olduğu günlerde eşi ve çocukları ile vakit geçirdiğini ve bütün ailenin birlikte parka ya da pikniğe gittiklerini söylemektedir. Hasta şu anda hastanede olduğu için bu aktivitelerini gerçekleştirememektedir.
Normal gelişimi ve sağlığı için, mevcut sağlık olanaklarından yararlanmasına katkıda bulunacak olan öğrenme, keşfetme ve merakını tatmin etme	Hasta hastalığı ile ilgili bilgi sahibidir. Hastalığı, tedavi ve bakımı ile ilgili bilgiler hem kendisine hem de eşine aktarılmıştır.

Tartışma

Hemşirelik kuram ve modellerinin uygulama ve araştırmalarda kullanımı giderek artmaktadır. Literatürde de HHM kullanılarak farklı olgu ya da analiz çalışmaları yapılmıştır (González, 2013; Ahtisham ve Jacoline, 2015; Erol ve ark., 2016; Soner, 2018). İnsanın temel gereksinimlerini esas alan HHM, hemşireliğin bütüncül bakış açısına uygunluğu ve klinik uygulanabilirliği açısından kullanılması önerilen hemşirelik modellerinden biridir (Velioğlu, 2012; Ahtisham ve Jacoline, 2015; Erol ve ark., 2016; Soner, 2018). Bu çalışmada, pankreas kanserli 38 yaşında bir erkek hastaya Henderson hemşirelik modeli kullanılarak hemşirelik bakım planı hazırlanmış ve uygulanmıştır. Modele göre hastada karşılanması gereken ilk temel gereksinim normal solunumdur. Bu olguda da solunum zorluğu geliştiği belirlenmiştir. Hastaya semi-fawler pozisyonu verilmiştir ve hekim istemine göre O₂ tedavisi uygulanmıştır. Solunum hızı, ritmi, sesleri ve SpO₂ takibi yapılmıştır. Hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilmiştir. Girişimler sonucunda hasta solunumunun rahatladığını ifade etmiş olup solunum hızı 16-18/dk, SpO₂ %94-96 olduğu görülmüştür. Hastada, bulantı, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı nedeniyle yetersiz beslenme ve kilo kaybı belirlenmiş olup hasta 7. günde parenteral beslenmeyi istemediğini belirtmiştir. Hastanın öğünleri yüksek kalorili, yumuşak ve sıvı gıdaları içerecek şekilde planlanmıştır. Sık ve az yemesi sağlanmıştır. Girişimler sonucunda hastanın yeterli beslenme ve hidrasyonu sağlanmış olup 6. günde 56 kiloya ulaşmış sıvı elektrolit dengesizliği gelişmemiştir. Oral mukozit, yutma güçlüğü ve kötü ağız hijyeni problemi olan hastaya uygulanan ağız bakımı sonucunda hastanın oral mukozitinin iyileştiği ve daha rahat yemek yiyebildiği görülmüştür. Hastada belirlenen gerçek problemlerden biri bağırsak boşaltımında azalma ve olası problem ise konstipasyondur. Uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda hastanın rahat dışkılması sağlanmış ve konstipasyon problemi gelişmemiştir. Hasta da rahatladığını belirtmiştir. Hastanın hareket kısıtlılığı ve düşme riskine yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında hasta 5. günde odasının içinde, 6. günde ise servis koridorunda yürümeye başlamış, fiziksel aktivitelerini yardımla yapmaya devam etse de hastanede yattığı sürece düşme gözlenmemiştir. Karın ve sırt ağrısı nedeniyle yeterli uyuyamadığını ifade eden hastaya hekim istemi doğrultusunda analjezik ve sedatif ilaçlar uygulanmış, oda ışıkları azaltılarak hastaya rahat edeceği (semi-fawler) pozisyonu verilmiştir. Hemşirelik girişimlerinin sonucunda hasta 5. günde geceleri 5-6 saat kesintisiz uyuyabildiğini ifade etmiştir. Bedenin temiz tutulması, cilt bakımı, giyinme, soyunma gibi aktivitelerde hasta yarı bağımlı olsa da hiperterminin önlenmesi, silme banyo uygulanması, sık giysi değişiminin sağlanması sonucu hasta rahatlatılmıştır. Hastada enfeksiyon varlığı nedeniyle kültür alınmış kültüre uygun antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Hastada enfeksiyon belirti ve bulguları her yaşam bulguları takibi sırasında değerlendirilmiştir. Hasta ve eşine el, ağız, perine ve vücut hijyeni ile ilgili eğitim verilmiştir. Hemşirelik girişimleri sonucunda hastanın vücut sıcaklığı 7. günde 36,8 °C

ile 37 °C arasında olduğu, hastanede yattığı sürece enfeksiyon gelişmediği belirlenmiştir.

Pankreas kanserli bu olguda, veri toplama sürecinde hemşire, hasta ile hem sözel iletişim kurarak hem de gözlem yaparak subjektif verileri (ağrı, uykusuzluk, bulantı, iştahsızlık, solunum güçlüğü, hareket, giyinme, temizlik) elde etmiştir. Objektif verileri (oral mukozit, beslenme yetersizliği, boşaltım, hareket, düşme, solunum güçlüğü, vücut sıcaklığı) ise klinik bilgi, beceri ve yeterliliği doğrultusunda toplamıştır. Henderson, günümüzde kullanılan "hemşirelik tanısı" ve "hemşirelik bakım planı" deyimini kullanmasa da planlı bakımı savunmuş hastanın gereksinimlerinin sürekli değiştiğini belirterek hemşirenin sürekli değerlendirme yaparak bu değişen gereksinimlere yönelik bakımı planlaması gerektiğini vurgulamıştır. Dolayısıyla bakımı planlama ve değerlendirme dinamik bir süreçtir (Biol, 2016). Pankreas kanserli olgu onkoloji kliniğinde yattığı sürece, hemşire tarafından bakım planında belirtilen tarihlerde hastanın gereksinimlerinin karşılanması ve gereksinimlerini bağımsız yapabilmesi açısından değerlendirilmiştir. Hasta bakım gereksinimleri, hastanın yaşı, fizyolojik, sosyal, kültürel ve duygusal durumuna göre planlanmış, hemşirenin bilgi, beceri ve yeterlilikleri kapsamında bakım ve girişimler uygulanmıştır.

Prognozu ve yaşam süresi bakımından uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren pankreas kanserinde bu modelin kullanılmasının hastalığın ve tedavinin ortaya çıkardığı ciddi semptomların azaltılmasında, temel gereksinimlerin karşılanmasında, rahatlık ve konforunun sağlanmasında etkili ve klinik uygulanabilirliği olan bir model olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda modelin, pankreas kanserli bir hastanın hemşirelik bakımının planlanması, hasta merkezli bakımın sağlanması ve bütüncül hemşirelik bakımının uygulanması bakımından yararlı olduğu ve klinik olarak uygulama kolaylığı sağladığı görülmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak, model doğrultusunda uygulanan hemşirelik girişimleri ile hastanın var olan sağlık sorunları (solunum güçlüğü, ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, uykusuzluk, fiziksel hareket kısıtlılığı, boşaltım, bireysel hijyen) giderilmiş, olası sorunlar (enfeksiyon, konstipasyon) önlenmiş olmakla birlikte pankreas kanserinin prognozunun kötü olması ve gelişen komplikasyonlar nedeniyle hastada tam bir iyileşme gözlenmedi. Modelin, hemşirelik bakımının semptom yönetimine odaklı olması, hemşirenin hastanın gereksinimlerini karşılaması ve bu gereksinimleri hastanın kendisinin karşılaması yönünde vereceği destek hem hasta hemşire işbirliği hem de hastanın özgüvenini artırmıştır. Ayrıca tıbbi tedavi ve hekim isteminin uygulanmasının ötesinde, bu modelin hemşirelik mesleğinin özünü yansıtmaması nedeniyle pankreas kanserli bir olgunun hemşirelik bakımında uygulanabileceği görülmektedir. Bu bağlamda, modelin hemşirelik uygulama ve araştırmalarında kullanımı ile ilgili örneklerin artırılması önerilmektedir.

Tablo 3. Henderson Hemşirelik Modeli'ne Problemlerin Saptanması ve Bakımın Planlanması

Saptanan Problemler/Amaç	Girişimler	Değerlendirme
1(G) Solunum zorluğu Amaç: Solunumun rahatlamasını sağlama (31.05.2019)	-Solunum hızı, ritmi ve solunum seslerinin değerlendirilmesi -Düzenli aralıklarla SpO ₂ takibi yapılması -Hastaya derin solunum ve öksürme egzersizlerinin öğretilmesi -Solunum sıkıntısı belirtilerinin (dispne, siyanoz, yüzeysel solunum) izlenmesi -Hekim istemine göre O ₂ verilmesi -Hastanın sık sık pozisyonunun değiştirilmesi (semi-fowler) -Yeterli hidrasyonun sağlanması	-Hasta derin solunum ve öksürme egzersizlerini öğrendi -Hastanın yeterli hidrasyonu sağlandı -Hastanın solunumu 16-18/dk. -SpO ₂ : %94-96 -Hasta solunumunun rahatladığını ifade etti. (31.05.2019)
2(G) Bulantı, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı Amaç: Hastanın günlük gereksinimine uygun beslenme ve sıvı almasını sağlama (31.05.2019)	-Hastanın günlük besin ve sıvı alımının değerlendirilmesi -Yeterli hidrasyonun sağlanması -Laboratuvar bulguları (elektrolitler) takibinin yapılması -Öğünlerin yüksek kalorili, yumuşak ve sıvı gıda içecek şekilde planlanması -Hastanı az ve sık yemeğe teşvik edilmesi (öğünler esnasında mümkün olduğunca eşlik edilerek ve bulantı ve kusma ile ilgili korkularını yenmesi için onunla konuşarak) -Hastanın kilo takibinin yapılması.	-Hasta hastaneye yattıktan 7 gün sonra parenteral beslenmeyi istemediğini belirtti. -Hasta günde üç ana üç ara olmak üzere düzenli bir şekilde yumuşak ve sulu gıda alımına başladı. -Hastada hastanede yattığı süre içerisinde müdahale gerektirecek derecede elektrolit dengesizliği gelişmedi. -Hb: 10,2 gr/dL -Albümin: 2,9 mg/dL -Sodyum: 137 mmol/L -Potasyum: 4,2 mmol/L -Kalsiyum: 11,1 mg/dL -Hastaneye yattığında 56 kilo olan hasta 12 gün içerisinde ilk üç günde 55 kiloya daha sonraki üç gün içerisinde 54,5 kg ya düşmüş son 6 gün içerisinde tekrar 56 kg'a ulaşmıştır. -Hastada yattığı süre boyunca bulantı kusma nedeniyle aspirasyon gelişmemiştir. (07.06.2019)
3(G) Oral mukozit, yutma güçlüğü, kötü ağız hijyeni Amaç: Oral mukozitin iyileştirilme, oral mukozite bağlı ağrı ve yutma güçlüğü'nün ortadan kaldırma. (31.05.2019)	-Oral mukozitin değerlendirilmesi -Oral mukozite uygun ağız bakımının planlanması ve uygulanması -Hekim istemine göre gargara ve solüsyonların uygulanması (Tantum gargara 3x1, Mukostatin oral süspansiyon 3x1) -Hastanın yumuşak bol proteinli gıda ile beslenmesinin sağlanması -Hekim istemine göre dudaklara uygun nemlendirici krem sürülmesi	-Hastanın oral mukoziti geriledi. -Oral mukoz membranların nemlenmesi ve ağız hijyeni sağlandı. -Hasta daha rahat yemek yiyebildiğini, yutma güçlüğü'nün azaldığını ve mukozit kaynaklı ağrısının geçtiğini ifade etti. (11.06.2019)

4(G) Bağırsak boşaltımında azalma (O) Konstipasyon Amaç: Hastanın normal sıklıkta ve kıvamda dışkılama yapmasını sağlama, hastada konstipasyon gelişmesini engelleme (01.06.2019)	-Hastanın önceki bağırsak alışkanlıklarının ve yaşam düzeninin değerlendirilmesi -Hastanın yumuşak, sıvı ve lifli gıdalarla beslenmesinin sağlanması -Hastanın bol sıvı alımının sağlanması -Hastanın fiziksel hareket etmeye teşvik edilmesi (hasta başlangıçta sadece kendi odası içerisinde eşinin desteği ile dolaşabiliyordu. Hasta ile konuşularak bu konuda cesaretlendirildi ve günde en az bir kez servis koridorunda dolaşması sağlandı)	- Hastada hastanede yattığı süre içerisinde konstipasyon gelişmedi. - Hasta daha rahat dışkılama yaptığını, dışkılama sayısının arttığını (günde bir kez) ve dışkısının eskisi gibi katı olmadığını ifade etti. (04.06.2019)
5(G) Bağımsız fiziksel harekette bozulma ve hareket kısıtlılığı Amaç: Hastanın fiziksel hareket ve aktiviteleri bağımsız bir şekilde yapabilmesine yardımcı olunması (31.05.2019)	-Hastanın en az ağrı hissettiği pozisyonun belirlenmesi -Hasta ve ailesine fiziksel aktivitenin öneminin anlatılması (hasta ile birebir konuşularak fiziksel aktivitenin kas güçsüzlüğünü, konstipasyonu önlediği ve daha çok fiziksel aktivite ile kendini daha iyi hissedeceği anlatıldı) -Hastanın yatak içinde sık sık pozisyonunun değiştirilmesi -Hastanın bağımsız fiziksel hareket için teşvik edilmesi	-Hasta ilk zamanlar tüm vaktini yatakta geçirmektedirken yatışının 5. gününde kendi odası içinde 6. gününde ise servis koridorunda yürümeye başladı. -Hasta fiziksel aktivite ve yürüyüşlerini bağımsız olarak yerine getirememekte eşinden yardım almaktadır. (06.06.2019)
6(G) Uykuya dalmada ve sürdürmede zorlanma Amaç: Hastanın yeterli bir şekilde uyumasını ve dinlenmesini sağlama (31.05.2019)	-Hastanın uyku düzeninin bozulmasına yol açan bireysel ve çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi ve kontrol altına alınması (Hasta sırt ağrıları nedeniyle uyku sorunu yaşamaktadır. Hekim istemi doğrultusunda narkotik analjezikler uygulandı (Contramal amp. 3x1). Ayrıca hasta loş ışıkta daha iyi uyuduğunu ifade etmiş oda ışıkları uygun konuma getirilmiştir.) -Hastanın uyku ve dinlenme için en uygun pozisyonu almasının sağlanması (Yarı-oturma pozisyon) -Hekim istemi ile uygun sedatif ilaçların verilmesi (Gyrex tablet 25 mg. 1x1)	-Hasta sırt ağrılarının azaldığını ve daha rahat uyuduğunu, uyku bölünmelerinin azaldığını, son 5 gündür geceleri 5-6 saat kesintisiz uyuduğunu ifade etti. (06.06.2019)

<p>7(G) Vücut ısısında değişiklik (Hipertermi)</p> <p>Amaç: Vücut ısısının normal sınırlarda tutulmasını sağlama ve hipertermiyi önlenme.</p> <p>31.05.2019</p>	<p>-Yaşam bulguları özellikle vücut sıcaklığının sık aralıklarla takip edilmesi</p> <p>- Hastanın giysilerinin sık sık değiştirilmesi</p> <p>-Hasta odasının havalandırılmasının sağlanması</p> <p>-Hastaya soğuk uygulama yapılması</p> <p>-Hekim istemine göre gerektiğinde antipiretik ilaçların uygulanması (Parol flakon 2x1)</p> <p>-Hastanın yeterli hidrasyonunun sağlanması</p> <p>-Laboratuar bulgularının takibi (Hasta kemoterapiye bağlı nötropenik ateş tanısı ile yattığı için lökosit takibi)</p>	<p>- Hastanın vücut sıcaklığı son 7 gün içerisinde 36,8-37 °C arasında seyretmiştir.</p> <p>-Hastanın lökosit değeri: 5,600 k/mm</p> <p>07.06.2019</p>
<p>8(G) Enfeksiyon</p> <p>Amaç: Var olan enfeksiyonun tedavi edilmesi</p> <p>31.05.2019</p>	<p>-Nötropenik ateş için kültür sonuçlarına uygun antibiyotiğin uygulanması (Tazeracin 4,5 gr flk 3x1)</p> <p>-Hasta ile her temas öncesi ve sonrası el hijyeni kurallarına uyulması</p> <p>-Yaşam bulgularının (özellikle vücut sıcaklığı) yakından takip edilmesi</p> <p>-Hasta ve ailesine el hijyeni eğitimi verilmesi</p> <p>-Ziyaretçi kısıtlamasının yapılması</p> <p>-Enfeksiyon belirti ve bulgularının (yüksek ateş, kateter bölgesinde ağrı veya kızarıklık, idrar renginde ve kokusunda değişiklik gibi) yakından izlenmesi.</p> <p>-Kateter (port) bakımının günlük olarak yapılması</p> <p>-Laboratuar bulgularının yakın takibi</p> <p>-Hastanın ağız, perine ve vücut temizliğine dikkat edilmesi.</p>	<p>- Hasta nötropenik ateş nedeniyle antibiyotik tedavisi görmektedir. İlk yatışta alınan kültür sonuçlarında üreme olmamıştır.</p> <p>- Hastada hastanede yattığı süre içerisinde başka herhangi bir enfeksiyona işaret eden belirti ya da bulgu gözlenmemiştir.</p> <p>11.06.2019</p>
<p>9(O) Düşme ve yaralanma</p> <p>Amaç: Hastanın düşme ve yaralanmasını önlenme.</p> <p>(31.05.2019)</p>	<p>-Hasta yatağının alçak seviyede ve yatak korkuluklarının kapalı vaziyette tutulması</p> <p>-Hastaya acil durumlar için hemşire çağrı sisteminin anlatılması</p> <p>-Hastanı ayağa kalkarken ve yürürken yavaş bir şekilde hareket etmesinin sağlanması</p> <p>-Hastanın ani hareketlerden kaçınmasının sağlanması</p>	<p>-Hastada hastanede yattığı süre içerisinde herhangi bir travma gözlenmedi.</p> <p>(11.06.2019)</p>

Not: Saptanan problemler O = Olası, G = Gerçek

Kaynaklar

- Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). Integrating nursing theory and process into practice; Virginia's Henderson need theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2),443-450.
- Biol, L. (2016). *Hemşirelik Süreci*. 10. Baskı. İzmir: İmaj Basım Yayın Reklamcılık ve Tic. Ltd. Şti.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., et al. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6),394-424.
- Erol, F., Tanrikulu, F., Dikmen, Y. (2016). Serebrovasküler olay geçiren bir olgunun Henderson Hemşirelik Modeli'ne göre değerlendirilmesi: Olgu sunumu. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(2),94-103.
- Eti, Aslan, F., Yıldız-Fındık, Ü. (2014). Safra Kesesi ve Pankreas Hastalıkları. İçinde A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Eds.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 3. Baskı. Ankara, Akademiye Tıp Kitabevi.
- González, G.P. (2013). Estudio de caso con el enfoque de Virginia Henderson a una persona con afección valvular aórtica. [In English: A Case study: The Virginia Henderson' approach to patient with aortic valve disease]. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 21(1),24-9.
- Huitzi-Egilegor X.J., Elorza-Puyadena M.I., Urkia-Etxabe, J.M., et al. (2012). Use of the nursing process at public and private centers in a health area. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(15):903-8.
- Ilic M., Ilic, I. (2016). Epidemiology of pancreatic cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 22(44),9694-9705.
- Kaya, N., Babadağ, K., Yeşiltepe-Kaçar, G., ve ark. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model / kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3,(3),24-33.
- Kaya, N., & Turan, N. (2017). Hemşirelik biliminde kavram analizi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(2),153-63.
- Koç, Z., Keskin-Kızıltepe, S., ve ark. (2017). Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1),62-72.
- Rawla, P., Sunkara, T., Gaduputi, V. (2019). Epidemiology of pancreatic cancer: Global trends, etiology and risk factors. *World Journal of Clinical Oncology*, 10(1),10-27.
- Soner, G. (2018). Virginia Avenel Henderson'un Hemşirelik Tanımı Çerçevesinde Wit Filmi'ndeki Hemşire Susie Monahan Karakterinin Analizi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 5(4),151-64.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık ve hastalık, hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1),11-25.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Olgu sunumu / Case report

Amputasyon Bakımında Abdellah'ın Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu¹

The Use of Abdellah's Model in Amputation Care: A Case Report

Niran Çoban²  Elif Gezginci²  Sonay Göktaş² 

Yazarların ORCID numaraları/ORCID IDs of the authors:
N.Ç. 0000-0002-1926-5362; E.G. 0000-0003-0392-5298;
S.G. 0000-0002-8168-1287

¹Bu çalışma, 3-6 Ekim 2019 tarihinde İzmir'de düzenlenen 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı/İstanbul

Sorumlu yazar / Corresponding author:

Niran Çoban,
E-posta: nirancoban@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 12.06.2019

Kabul tarihi / Date of acceptance: 08.11.2019

Atrf / Citation: Çoban N, Gezginci E, Göktaş S. (2019). Amputasyon Bakımında Abdellah'ın Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(3), 249-256.

ÖZ

Diyabet hastalarında oluşan ve iyileşmesi uzun zaman alan diyabetik ayak yaraları, bacaklarda arter tıkanması veya sinir uçlarında nöropati nedeniyle meydana gelir. Diyabetin en sık görülen komplikasyonu diyabetik ayak sendromu olup önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Cerrahi işlem planlanan hastada ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değerlendirilmesi hemşirelik bakımında son derece önemlidir. Hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde bilimsel bilgi ışığında ilerleyerek uygun kuram modellerinin kullanılması gerekmektedir. Faye Glenn Abdellah hemşirelik kuramlarının temellendirilmesinde rol üstlenerek uygulanabilir ve anlaşılabilir 21 hemşirelik sorunu modelini geliştirmiştir. Amputasyon geçirmiş hastada Abdellah'ın 21 Hemşirelik Sorunu Modeli ile hemşirelik bakımını ele alan olgu sunumunda veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen bulgular neticesinde Abdellah'ın kuramının amputasyon geçiren bireylerde hemşirelik bakımına yönelik kullanımı oldukça etkin bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Amputasyon; diyabetik ayak; hemşirelik bakımı; hemşirelik teorisi.

ABSTRACT

Diabetic patients with diabetic foot wounds that take a long time to heal, arterial occlusion of the legs or neuropathy at the nerve endings. The most common complication of diabetes is diabetic foot syndrome, which is an important cause of morbidity and mortality. Physical, psychological and social evaluation of the patient before and after the surgery is extremely important in nursing care. In the planning and implementation and evaluation stages of nursing care, appropriate theory models should be used by advancing in the light of scientific knowledge. Faye Glenn Abdellah played a role in the developing of nursing theories and created 21 understandable nursing problems. In this case report which deals with nursing care with Abdellah's 21 Nursing Problem Model the data were collected by face to face interview technique. As a result of the findings, the use of Abdellah's theory for nursing care in amputated individuals was found to be very effective.

Keywords: Amputation; diabetic foot; nursing care; nursing theory.

Giriş

Amputasyon, herhangi bir kemiğin tamamının veya bir parçasının cerrahi işlem ile vücuttan uzaklaştırılmasıdır. Amputasyonun amacı ağrıyı dindirmek, protez kullanımına imkan sağlayacak bir güdük oluşturmak ve kalan ekstremitenin dolaşımını sağlamaktır. Amputasyon nedenleri arasında genellikle dolaşım sistemi sorunları, kazalar, kanserler, enfeksiyonlar ve doğumsal anomalilere bağlı uygulanan cerrahi girişimler yer almaktadır. Diabetes mellitus Dünya Sağlık Örgütü tarafından gelişmiş ülkelerde epidemik hastalık olarak değerlendirilmekte olup, amputasyonun en sık görülen nedenidir. Travmatik olmayan alt ekstremitte amputasyonlarının yaklaşık %50'sini diyabetli hastalar oluşturmaktadır. Bunun dışında Buerger hastalığı, ateroskleroz gibi periferik vasküler hastalıklar da amputasyona sebep olabilmektedir (El ve Peker, 2001; Andersson ve Deighan, 2006; Öznur, 2013).

Ekstremitte amputasyonu planlanan hastaya yönelik hemşirelik bakımı; ameliyat öncesi, sırası ve ameliyat sonrası bakım, taburculuk planlanması ve topluma yeniden adaptasyon aşamalarından oluşur. Tüm aşamalar, hastanın daha önceki amputasyonları, amputasyonun seviyesi, amputasyona olan tepki, mevcut komorbidite, kişisel-çevresel faktörler ve ameliyattan önceki fonksiyonel durum gibi bireysel faktörlere bağlı olarak birbirleri ile ilişkilendirilebilir (Virani ve ark., 2015). Amputasyon planlanan hastaların çoğunun bu süreçteki düşüncesi, üretkenliklerinin bitişi ve önemli sakatlıkların başlangıcı şeklindedir (Sümer ve ark., 2008; Şükür ve ark., 2018).

Amputasyon planlanan hastanın ameliyat öncesi dönemde verilerinin eksiksiz toplanarak uygun değerlendirmenin yapılması, etkili hemşirelik bakımının sunulması açısından önemlidir. Komorbiditesi olan hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski yüksek olması nedeniyle daha dikkatli olunmalıdır (Virani ve ark., 2015). Amputasyon uygulanan hastaların hemşirelik bakımında sıklıkla “beden imajında bozulma, ağrı, düşme riski, kanama riski, enfeksiyon riski, beslenmede dengesizlik, fiziksel mobilitede bozulma, öz bakım eksikliği sendromu, sosyal etkileşimde bozulma, sosyal izolasyon, benlik kavramında rahatsızlık, anksiyete” tanıları kullanılmaktadır (Carpenito-Moyet, 2010).

Amputasyon sonrası dönemde temel amaçlar, optimal yara iyileşmesi, ödem ve ağrı kontrolünün sağlanmasıdır (El ve Peker, 2001; Virani ve ark., 2015; Anari ve Donegan, 2017). Ameliyat sonrası süreçte özellikle; psikiyatrik, nörolojik, kardiyopulmoner, rezidüel ekstremitte mobilitesi, ödem, hassasiyet, fantom ağrısı ve duyası, kan şekeri kontrolü, üst ekstremitenin değerlendirilmesi ve eklem kontraktürlerinin değerlendirilmesi son derece önemlidir (El ve Peker, 2001).

Felsefi ve teorik temellere dayalı profesyonel bir meslek olan hemşirelik, diğer profesyonel disiplinlerle benzer olarak teorik ve mesleki bilgi deneyimlerinin paylaşılmasını temel edinmiştir. Bilimsel bilgi içeriğinin oluşturulması sürecinde, birçok disiplin kuramları ve kavramları kullanılmaktadır (McCurry, Revel, ve Roy, 2009; Velioğlu, 2012; Şengün İnan, Üstün, ve Bademli, 2013).

Hemşirelik kuramcılarında Faye Glenn Abdellah'ın kuramı incelendiğinde, 21 hemşirelik sorunu ile hasta bireyin çok yönlü değerlendirilmesini mümkün kılan ve hasta bireyin kendini gerçekleştirilmesine olanak sağlaması açısından önemli bir kuram olduğu görülmektedir. Abdellah'ın kavramsal çerçevesi basit

ve kolay anlaşılır nitelikte, teorik yapısı ise problem çözmeye odaklıdır. Abdellah'ın problem çözme yaklaşımı, sağlığı koruma hizmeti verenler ve hemşirelik uygulamaları kapsamında çeşitli aktivitelere rehber olarak uygulayıcılar tarafından kolaylıkla kullanılabilir (Basavanthappa, 2007; Karadağ, Çalışkan, ve Baykara, 2017).

Faye Glenn Abdellah'ın hemşirelik uygulamalarının temelini ve hemşireliğin özünü oluşturan 21 Hemşirelik Sorunu Teorisi, birçok kronik hastalığın bakımında kullanılması uygun bir modeldir (Şekil 1). Teoride sağlık gereksinimleri ve problem çözme yaklaşımı temel alınmaktadır. Abdellah teoriyi geliştirirken Maslow'un 'İhtiyaçlar Hiyerarşisi' ve Henderson'un '14 Temel Gereksinimler Teorisi'nden etkilenmiştir (Allam, Megrin ve Alkeridis, 2016; Alligood, 2017).

Bireyin karşılanamayan sağlık gereksinimini hemşirelik sorunu olarak açıklayan Abdellah, bu gereksinimlerin karşılanmadığı durumlarda sorunların oluştuğunu ve hemşirelerin bu sorunlara yönelik holistik sorun çözme yaklaşımları olduğunu vurgulamıştır. Faye Glenn Abdellah'ın modelinde dört temel başlık bulunmaktadır. Bunlar; temel bakım ihtiyaçları, destekleyici bakım ihtiyaçları, iyileştirici bakım ihtiyaçları ve yaşamsal bakım ihtiyaçlarıdır (Basavanthappa, 2007; Alligood, 2017).

Bu olgu sunumunda hemşirelik girişimlerinin derinlemesine analizini sağlayan hemşirelik kuramlarından Faye Glenn Abdellah'ın 21 hemşirelik problemi ile amputasyon geçiren hasta bireyin çok yönlü değerlendirilerek, klinik alanda sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi ve optimal bakımın sunulması amaçlandı. Yapılan olgu sunumunun hemşirelik mesleğinin uygulama alanlarında bir rehber niteliği taşıması hedeflendi.

Olgu sunumunda; “Amputasyon geçiren bireylerin hemşirelik bakımı nasıl olmalıdır? Amputasyon geçiren bireyin bakımında karşılaşılan sorunlar nelerdir? Faye Glenn Abdellah'ın hemşirelik problemi modeli amputasyon olan hastanın bakımında kullanıma uygun mu?” sorularına yanıt arandı.

Yöntem

Çalışmanın verileri 27.05.2019-31.05.2019 tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin ortopedi servisinde toplandı. Planlanan çalışma hastaya açıklanarak bilgilendirilmiş olur izni alındı. Veriler toplanırken yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanan veriler, planlanan ve uygulanan bakım olgu sunumu tekniği ile incelendi. Veriler “Abdellah'ın 21 Hemşirelik Sorunu Modeli” ve “NANDA Hemşirelik Tanımları” ile değerlendirildi.

Olgu Sunumu

Sosyo-demografik özellikler: A.S. 55 yaşında, taksici şoförü, eşini üç yıl önce kaybetmiş ve bir çocuğu olan erkek hastadır.

Sağlık Hikayesi

Geçmiş sağlık hikayesi: Hasta A.S. on yıldır Diyabetes Mellitus (DM) ve Hipertansiyon (HT) tanıları ile ilaç tedavisi almaktadır. Dokuz yıl önce sağ dirsek kırığı ile opere edilen hastanın herhangi bir besin veya ilaç alerjisi bulunmamaktadır. Yaklaşık iki yıl önce sol ayak beşinci parmakta yara oluştuğunu gözlemleyen hasta, yaranın herhangi bir tıbbi tedavi almadan iyileştiğini belirtmiştir. Altı ay önce tekrarlayan ve ilk olarak sol ayak taba-

nında lokalize olan yaranın yayılmaya başlaması ve renginde koyulaşma nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Bu şikâyetler ile kliniğe yatışı yapılan hastanın sol ayak ikinci parmak amputasyonu yapılmış ve yara iyileşmesi gerçekleşmediğinden debrüman amaçlı hasta tekrar opere edilmiştir. Şikâyetleri devam eden hasta, ortopedi polikliniğine başvurmuş ve diyabetik ayak konseyi tarafından gerekli değerlendirmeleri yapılarak hastaya tarsometatarsal amputasyon önerilmiştir. Chopart amputasyonu için 27.04.2019 tarihinde yatışı yapılan hasta uygulanan cerrahi girişimin ardından taburcu edilmiştir.

Mevcut sağlık hikayesi: Hastaya uygulanan chopart amputasyonundan 27 gün sonra hasta yüksek ateş, yara yerinde açılma ve akıntı şikâyetleri ile hastaneye başvurdu. Yapılan incelemeler sonucunda sol diyabetik ayak tanısı ile opere edilmek üzere 24.05.2019 tarihinde hastanın kliniğe yatışı yapıldı. Hastanın kliniğe yatışı sürecinde, sağ ayağında da oluşum evresinde olan diyabetik ayak yarası gözlemlendi.

Alışkanlıkları: 10 yıl süre ile günde bir paket sigara kullanan hasta son iki yıldır sigara içmemektedir. Alkol kullanmadığını bildiren hasta, DM ve HT nedeniyle ilaç tedavisine devam ettiğini, yalnızca ağrısı olduğunda analjezik kullandığını belirtmektedir.

Fiziksel muayene: 183 cm boyunda ve 83 kilo olan hastanın son iki ayda 3 kilo kaybı vardır. Beden kitle indeksi 6 kg/m² olan hasta ideal vücut ağırlığının üzerindedir. Sol ayağına amputasyon işlemi uygulanmasına bağlı olarak hastada hareket kısıtlılığı mevcuttur. Hastanın ağrı şiddeti Görsel Kıyaslama Ölçeği ile değerlendirilmiş olup 10 üzerinden 4 olarak tanımlanmıştır.

Yaşam bulguları: Kan basıncı:139/88 mmHg, nabız:92/dk, ateş:37.7°C, solunum:22/dk, açlık kan şekeri:99 mg/dl olarak belirlenmiştir.

Amputasyon Geçiren Bireyde Abdellah'ın 21 Hemşirelik Sorunu Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımının Uygulanması

1. Temel Bakım Gereksinimleri

1.1. Hijyen ve Fiziksel Rahatlık: Hijyen ve Fiziksel Rahatlığın Sağlanması

Hemşirelik Tanısı: Öz Bakım Eksikliği

Amaç-Hedef: Hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için desteklenmesi, öz bakım gereksinimlerinin karşılanması hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın kıyafetlerinin günlük olarak değiştirilmesi sağlandı. Hastanın gerçekleştiremediği öz bakım gereksinimleri (el, ayak, ağız, güdük bakımı) karşılandı. Hasta refakatçisine hastanın bağımsızlığının desteklenmesine yönelik eğitim verilerek, hastanın yalnızca gerçekleştiremediği bakım ihtiyacında müdahale edilmesi gerektiği açıklandı.

Değerlendirme: Hasta günlük yaşam aktivitelerine yönelik desteklendi ve öz bakım gereksinimleri karşılandı.

Hemşirelik Tanısı: Kanama Riski

Amaç-Hedef: Yara bölgesinin izlenmesi, kanama riski ve komplikasyonların önlenmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Yara bölgesi kanama belirti ve bulguları açısından günlük olarak değerlendirildi ve pansumanı yapıldı. Yaşam bulguları ve laboratuvar bulgularının takibi yapıldı. K vitamini zengin yiyeceklerin tüketilmesinin önemine dair eğitim verildi.

Değerlendirme: Hastada kanama bulgusu görülmedi.

1.2. Egzersiz ve İstirahat: Optimum Aktiviteyi Desteklemek

Hemşirelik Tanısı: Uyku Örüntüsünde Bozulma

Amaç-Hedef: Hastanın rahat bir uyku evresi geçirmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Görsel Kıyaslama Ölçeği derecelendirilmesine (10 üzerinden 4) göre ağrısının olduğu ve bu nedenle uyku örüntüsünde bozulma yaşadığı belirlenen hasta için hekim istemi doğrultusunda analjezik tedavisi uygulandı. Hastanın ağrısının kendisini rahatsız etmeyecek düzeye ulaşması sağlandı.

Değerlendirme: Görsel Kıyaslama Ölçeği ile tekrar değerlendirilen ağrının önceki değer (10 üzerinden 4) ile kıyaslanarak düştüğü (10 üzerinden 2) belirlendi. Hastanın 'Bu gece rahat uyudum, kendimi dinç hissediyorum' ifadesi ile rahat bir uyku evresi geçirdiği belirlendi.

1.3. Güvenlik: Kaza, Yaralanma, Travmayı ya da Enfeksiyon Yayılmasını Önlemek Nedeniyle Güvenliği Sağlamak

Hemşirelik Tanısı: Enfeksiyon Riski

Amaç-Hedef: Hastada enfeksiyon belirti ve bulgularının gözlenmemesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın ameliyat bölgesi, enfeksiyon belirti ve bulgularına (ateş, şişlik, kızarıklık) yönelik olarak değerlendirildi. Yaşam bulgularının takibi yapıldı. Hastanın hekim isteminde yer alan (piperasilin sodyum, tazobaktam sodyum 4,5 mg) 3x4,5 mg antibiyotik tedavisi uygulandı. Asepsi ve anti-sepsi kurallarına uyuldu. Hastaya enfeksiyondan korunma yöntemleri ve enfeksiyon belirti, bulguları hakkında eğitim verildi.

Değerlendirme: Hastada herhangi bir enfeksiyon bulgusu gözlenmedi.

Hemşirelik Tanısı: Düşme Riski

Amaç-Hedef: Hastanın düşme korkusunun giderilerek olası düşmelere yönelik risklerin kontrol altına alınması hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın düşme riski, İtali Düşme Riski Ölçeği formu ile 20 puan olarak değerlendirildi ve düşme riskinin yüksek olduğu saptandı. Düşme riskinin önlenmesine gerekli önlemler alındı (yatak korkulukları kaldırıldı, oda içerisinde çevre düzenlemesi yapıldı). Hastanın yüksek derecede düşme riski olduğunu belirten dört yapraklı yonca figürü oda kapısına ve hasta yatak başına asıldı. Hasta ve yakınına düşme riskini önlemeye yönelik eğitim verildi.

Değerlendirme: Hastada düşme görülmedi.

1.4. Vücut Mekaniği: Vücut Mekaniklerini Korumak ve Deformiteleri Önlemek

Hemşirelik Tanısı: Fiziksel Mobilitede Bozulma

Amaç-Hedef: Hasta ekstremitelerin gücünde ve dayanıklılığında bir artış olduğunu bildirmesi ve oluşabilecek deformitelerin önlenmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastada kalça kontraktürü gelişimini önlemek amacıyla gün içerisinde 2-3 kez prone pozisyonu verildi. Hastanın uzun süre aynı pozisyonda kalması ödemin artmasına neden olacağından, 2 saat aralıklar ile pozisyon değişimi yapıldı. Erken mobilizasyona yardımcı olabilmek ve kasları güçlendirmek adına ROM egzersizleri yaptırıldı.

Değerlendirme: Uygulanan girişimlerin ardından hastada vücut mekaniği korundu. Hasta, kol ve bacaklarını daha güçlü hissettiğini bildirdi.

2. Destekleyici Bakım İhtiyaçları

2.1. Oksijenlenme: Tüm Vücut Hücrelerinde Oksijenlenmenin Devam Etmesini Kolaylaştırmak

Hemşirelik Tanısı: Doku Bütünlüğünde Bozulma Riski

Amaç-Hedef: Hastanın deri bütünlüğünün korunması hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın satürasyon ve solunum değerleri düzenli olarak takip edildi. Derin solunum ve öksürük egzersizleri yapıldı. Hastanın sağ ayağında da oluşmaya başlayan yaranın fark edilmesi ile hekime bilgi verildi. Yara yüzey alanının yayılmasının önlenmesi ve yeterli oksijenlenmenin sağlanması amacıyla hiperbarik oksijen tedavisine başlanan hastanın, düzenli yara yeri takibi yapıldı. Amputasyon bölgesindeki insüzyon yeri bakımı yapıldı. Hastanın günlük yeterli sıvı alması sağlandı.

Değerlendirme: Hastanın deri bütünlüğü korundu.

2.2. Beslenme: Tüm Vücut Hücrelerinde Beslenmenin Devam Etmesini Kolaylaştırmak

Hemşirelik Tanısı: Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Az Beslenme

Amaç-Hedef: Hastanın günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uyumlu yeterlilikte beslenmesinin sağlanması hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın DM ve HT hastalıklarının olması nedeniyle diyetisyen tarafından verilen günlük olarak alınması gereken karbonhidrat, yağ ve protein dengesi ayarlanmış tuzsuz diyetle beslenmesi sürdürüldü. Protein, mineral yönünden zengin ve yağdan kısıtlı beslenmenin önemi açıklandı.

Değerlendirme: Hastanın diyetine uyum sağladığı, ana ve ara öğünlerinin tamamını yediği gözlemlendi.

2.3. Eliminasyon: Eliminasyonun Sağlanması

Hemşirelik Tanısı: Konstipasyon Riski, Üriner Boşaltımda Bozulma Riski

Amaç-Hedef: Hastanın idrar ve barsak boşaltımının devamlılığını sağlayarak eliminasyonun sürdürülmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın süreçte aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapıldı. Eliminasyonun sürdürülmesi adına hasta bireye sıvı ve diyet gerekliliklerine yönelik eğitim verildi.

Değerlendirme: İdrar boşaltımı, bağırsak boşaltımı alışkanlıklarının ve sıklığının düzenlendiği, eliminasyonun sürdürüldüğü belirlendi.

2.4. Sıvı ve Elektrolit: Sıvı ve Elektrolit Dengesinin Devamını Kolaylaştırmak

Hemşirelik Tanısı: Sıvı Volüm Dengesizliği Riski

Amaç-Hedef: Hastada oluşabilecek sıvı volüm eksikliğinin kontrol altına alınması, sıvı ve elektrolit dengesinin sürdürülmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın aldığı çıkardığı sıvının dengede olduğu, Na⁺ değerinin ise 138 mEq/l olarak sonuçlandırıldı belirlendi. Ancak hastanın 'ayağım olmadığından su içmek ve tuvalete gitmek istemiyorum' şeklindeki ifadesi ile hastanın olası dehidratasyon durumu göz önünde bulundurularak sıvı alımına teşvik edildi. Karşılaşabileceği riskler hasta ile beraber değerlendirilerek hastanın günlük yeterli sıvı alımını sürdürmesi sağlandı. Hasta dehidratasyon ve sıvı yüklenmesi belirti ve bulguları (göz-

lerde ödem, davranış değişiklikleri, oligüri, hızlı ve yüzeysel solunum, ağızda kuruma) yönünden takip edildi.

Değerlendirme: Hastanın yeterli sıvı alımı sağlandı ve sıvı elektrolit dengesi sürdürüldü.

2.5. Hastalığa Tepki: Hastalık Durumunda Bedenin Fizyolojik Tepkilerini Tanımak (Patolojik, Fizyolojik)

Hemşirelik Tanısı: Beden İmgesinde Rahatsızlık

Amaç-Hedef: Hastanın yeni baş etme becerileri uygulayarak görünümünü kabul etmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın tedavi sürecine verdiği tepki, adaptasyon durumu ve ilaçların yan etki mekanizmalarının takibi yapıldı. Hastanın duygularını ifade etmesi sağlandı. Süreci kabul ettiğini belirten hasta aynı zamanda sosyal izolasyon yaşadığına dair geri bildirimde bulundu. Hastada uzvun kaybedilmesinden kaynaklanan adaptasyon ve endişe gözlemlendi. Sürece aile bireyleri dahil edilerek emosyonel destek sağlandı. Hasta ampute olan uzvuna bakması ve dokunması için cesaretlendirildi.

Değerlendirme: Hastanın 'Bacağıma bakabiliyor ve dokunabiliyorum' ifadesi ile yeni görünümünü kabul ettiği belirlendi.

2.6. Düzenleyici Mekanizmalar: Düzenleyici Mekanizmalar ve Fonksiyonlarının Sürdürülmesini Kolaylaştırmak

Hemşirelik Tanısı: Fiziksel Travma Riski

Amaç-Hedef: Hastanın amputasyona bağlı sınırlılıklarının farkında olarak fiziksel fonksiyonlarının sürdürülmesi ve yaralanmanın önlenmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastaya protez takılması için güdük bölgesinin oluşum süreci bekleneneğinden bu süreçte tekerlekli sandalye temin edildi. Protez hakkında bilgi verildi. Hareket etmesi gereken durumlarda ve gereksinim dahilinde hemşire çağrı butonuna basmasına yönelik bilgi verildi. Yatak kenarlıkları kaldırılarak hasta odasının güvenliği sağlandı.

Değerlendirme: Hastanın fiziksel fonksiyonları sürdürüldü ve yaralanma görülmedi.

2.7. Duyusal Fonksiyonlar: Duyusal Fonksiyonların Devamını Kolaylaştırmak

Hemşirelik Tanısı: Duyusal Algılamada Bozulma Riski

Amaç-Hedef: Hasta bireyin duyu fonksiyonlarının sürdürülmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın görme, işitme ve bellek durumu değerlendirildi. Hastanın mental durum değerlendirilmesi yapıldı (yer, zaman ve oryantasyon).

Değerlendirme: Yapılan değerlendirmeler sonucunda herhangi sorun olmadığı belirlendi.

3. İyileştirici Bakım Gereksinimleri

3.1. Duygular ve Tepkiler: Olumlu ve Olumsuz İfade, Duygu ve Tepkileri Tanımlamak ve Kabul Etmek

Hemşirelik Tanısı: Acı Çekme

Amaç-Hedef: Hastanın acı çekmesine neden olan faktörleri sözel olarak ifade etmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın duygularını ifade etmesi sağlandı. Hasta bir uzvunu kaybetmesini kabullenemediğini, hayatını sürdürebilmek için birey desteğine ihtiyaç duyduğunu ve ihtiyaç duyduğu kişinin ise vefat eden eşi olduğunu belirtti. Bu

şartlarda hayatını idame ettiremeyeceğini ve ızdırap çektiğini, mesleği olan taksi şoförlüğünü de artık yapamayacağını, mad-di olarak geçinmenin imkansızlığını dile getirdi. Hasta, oğlu ile beraber yaşadığını ancak oğlunun kendisine destek olamaya-cağını belirtti. Rol değişikliklerinin aile süreci üzerindeki etkileri belirlendi.

Değerlendirme: Hasta duygularını sözel olarak ifade etti. İkinci görüşme planlanarak bu görüşmeye oğlunun dahil edilmesi hedeflendi.

3.2. Emosyonel ve Organizmaya Ait Hastalık: Yapısal-Organ Hastalıkları ile Duygular Arasındaki İlişkiyi Tanımlamak ve Kabul Etmek

Hemşirelik Tanısı: Beden İmajında Bozulma

Amaç-Hedef: Hasta bireyin amputasyon sürecinde yaşadığı beden imajı değişikliğine yönelik alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Amputasyona bağlı olarak uzvunu kaybetmesi nedeniyle beden imajında yaşamış olduğu değişiklikten rahatsız olduğunu belirten hastaya charcot protez uygulaması hakkında bilgilendirme yapıldı. Protezin takılabileceği dönem ve fiziksel görünümünde oluşacak farklılıklar hakkında bilgilendirildi.

Değerlendirme: Hasta protez uygulaması hakkında edindiği bilgi sayesinde kendisini umutlu hissettiğini belirtti.

3.3. İletişim: Etkin Sözlü ve Sözsüz İletişiminin Devamını Sağlamak ve Kolaylaştırmak

Hemşirelik Tanısı: Aile İçi Süreçlerde Güçlendirmeye Hazır Oluş

Amaç-Hedef: Hastanın oğlu ile ilişkisinin güçlendirilmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın duygularını, isteklerini sözel olarak ifade edebilmesini sağlamak amacıyla sürece hastanın oğlu dahil edilerek planlama yapıldı. Karşılanamayacağını düşündüğü; bakım, tedavi ve finansal kaygılarını dile getirmesi ile oğlu tarafından söz konusu endişeler giderildi

Değerlendirme: Hasta; 'Sayenizde oğlum ile uzun zaman sonunda konuşabildik, artık kendimi daha güçlü ve güvende hissediyorum, en kısa zamanda iyileşeceğime inanıyorum' şeklinde geri bildirimde bulundu. Baba ve oğul ilişkisinin güçlendiği belirlendi.

3.4. Kişiler Arası İlişkiler: Verimli Kişilerarası İlişkilerin Geliştirilmesini Sağlamak

Hemşirelik Tanısı: Sözel İletişimde Bozulma

Amaç-Hedef: Hastanın yaşadığı iletişim sorununun çözülmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hasta ile kurulan iletişim süresince güven ilişkisi sağlandı. Yapılan görüşmelerin özellikle aynı odayı paylaştığı diğer hastaların oda dışında olduğu zaman dilimlerine göre planlanması sağlandı.

Değerlendirme: Hastanın 'Bu ortam sayesinde kendimi daha iyi hissediyorum' ifadesi ile iletişim sorununun çözüldüğü belirlendi.

3.5. Spiritüalizite: Kişisel Spiritüel Hedeflere Ulaşmayı Kolaylaştırmak

Hemşirelik Tanısı: Spiritüel Distres Riski

Amaç-Hedef: Hastanın spiritüel uygulamalarının sürdürülmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın masasında bulunan dua kitabını belirli zaman dilimlerinde okuduğu gözlemlendi. Ancak masasının uzakta olması, fiziksel sınırlılığından dolayı kitabına erişimde güçlük yaşadığının fark edilmesi ile masanın konumu değiştirildi.

Değerlendirme: Hastanın spiritüel uygulamalarının devamı sağlandı.

3.6. Terapötik Ortam: Terapötik Bir Ortam Yaratmak ve/veya Sürdürmek

Hemşirelik Tanısı: Bulantı

Amaç-Hedef: Hastanın yaşadığı bulantının giderilmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın, hastane içerisindeki kokudan rahatsız olduğunu ve bu durumun kendisinde bulantı ve kusmaya sebep olduğunu belirtmesi üzerine odanın belirli aralıklarla havalandırılması sağlandı. Besin içeriği ve kalori alımına yönelik kayıtlar incelendi. Hastanın gereksinimi olan besin ve kolari ihtiyacını karşılayabilmesi adına antiemetik ilacı verildi.

Değerlendirme: Hastanın bulantısı giderildi ve besin alımı sağlandı.

3.7. Kendi ve Kişilik Bilinci: Bireyin Değişen Fiziksel, Duygusal ve Gelişimsel İhtiyaçlarının Bilincine Varmasını Sağlamak

Hemşirelik Tanısı: Güçlendirmek İçin Desteklenmeye Hazır Oluş

Amaç-Hedef: Hastanın gereksinimlerinin bilincine varması, çözüm üretmesi ve gücünü arttırmaya hazır olduğunu bildirmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastanın kişisel gereksinimlerini (bakım, tedavi, finansal) değerlendirmesi sağlandı. Sürece oğlu da dahil edilerek gereksinimlere yönelik çözüm üretildi. Tedavi süresince mevcut gereksinimlerin oğlu tarafından karşılanacağı bildirildi. Hastanın amputasyon geçiren diğer bireylerle iletişim kurulmasına yönelik planlama yapıldı.

Değerlendirme: Hastanın gereksinimlerini belirleyerek ve çözüm üretmesi sağlandı. Hastanın 'Oğlumun desteği sayesinde kendimi daha güçlü hissediyorum' ifadesi ile girişime yönelik pozitif geri bildiri kaydedildi.

4. Yaşamsal Bakım Gereksinimleri

4.1. Sınırlılıkların Kabulü: Fiziksel ve Duygusal Sınırlılıklar Çerçevesinde Optimum Hedefleri Kabul Etmek

Hemşirelik Tanısı: Sosyal Etkileşimde Bozulma

Amaç-Hedef: Hastanın sınırlılıklarının farkında olması ve sosyal etkileşim sağlayabilmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Uzun kaybını kabullenebilmesi adına hastanın kendini ifade etmesi sağlandı. Hastanın fiziksel sınırlılığından kaynaklanan sosyal etkileşim probleminin giderilmesi adına amputasyon geçiren diğer bireylerle grup sohbetleri planlandı.

Değerlendirme: Hastanın fiziksel sınırlılığını kabul ederek sürece uyum sağladığı ve sosyal etkileşimde bulunduğu belirlendi.

4.2. Problem Çözümü Kaynakları: Hastalıktan Kaynaklanan Sorunların Çözümünde Yardımcı Olarak Toplumsal Kaynakları Kullanmak

Hemşirelik Tanısı: Yalnızlık Riski

Amaç-Hedef: Hastanın yalnızlık duygusunda azalma olduğunu belirtmesi hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Hastaya alabileceği finansal yardım destekleri ve ampute destek grupları hakkında bilgi broşürleri verildi. Oğlu ile iletişim kurması sağlandı. Hasta, aynı odayı paylaştığı diğer bireylerle iletişim kurmaya yönelik cesaretlendirildi.

Değerlendirme: Hastanın 'Eskisi gibi kendimi yalnız hissetmiyorum' ifadesi ile sürecin olumlu sonuçlandığı belirlendi.

4.3. Hastalıkta Sosyal Sorunların Rolü: Hastalık Oluşumunu Etkileyen Faktörler Olarak Sosyal Sorunlarının Rolünü Anlamak

Hemşirelik Tanısı: Sosyal İzolasyon

Amaç-Hedef: Hastanın sosyal ortamlara girebilmesinin sağlanması hedeflendi.

Hemşirelik Girişimi: Amputasyonun ardından gelişen sosyal izolasyon riski göz önünde bulundurularak hastanın sorun olarak gördüğü durumları ifade etmesi sağlandı, çözümler üretildi. Hastanın oda içerisinde tedavisi devam eden akrabaları ile iletişim kurması sağlandı.

Değerlendirme: 'Artık oda arkadaşlarımdan rahatsız olmuyorum' ifadesi ile hastadan sürece ilişkin olumlu geri bildirim alındı. Hastanın olumlu ilişkiler kurmaya başladığı ve bu sürecin hastayı pozitif yönde etkilediği gözlemlendi.

Tartışma

Amputasyon geçiren hastanın hemşirelik bakımı hümanistik bir yaklaşım gerektirmektedir. Hastanın vücudunda bir uzvunun kaybedeceğini öğrenmesi ile başlayan bakım sürecinde sistematik değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bakım planlanırken özellikle fiziksel ve psikolojik iyilik hali hedeflenmelidir. Ele alınan olguda, diyabetik ayak sendromu sonucunda gelişen alt ekstremitte amputasyonu söz konusudur. Ekstremitte amputasyonu hastalarda; psikolojik, sosyal ve anatomik olarak birçok soruna neden olmaktadır. Yaşanan cerrahi işlem sürecinde kullanılan kaynaklar ve travmayı anlamlandırma biçiminin farklı olması nedenleri ile emosyonel tepkiler kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Oğul ve Erden, 2005). Sunulan olguda, hastanın yaşadığı cerrahi işlem sürecini kabul etmesine karşın sosyal izolasyon yaşadığını dile getirmesinin kişisel anlamlandırma biçimi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Literatür incelendiğinde, amputasyon gibi travmatik cerrahi işlemlerde, ameliyat sonrası hastalarda depresyon, kaygı ve adaptasyon bozuklukları, stres bozukluğu yaşanabileceği belirtilmektedir (Özkan, 2010; Öznur, 2013). Bu olgu sunumunda, amputasyon sonrası bakım ihtiyacını karşılayamama endişesi ile berabersürece adaptasyon sorunu yaşandığı görülmüştür.

Amputasyon, hastalar için organ kaybının yanı sıra; meslek ve ilişki kaybı, beden imgesinde değişime neden olmakla birlikte, işlev bozukluğu anlamına gelmektedir (Andersson ve Deighan, 2006). Hastanın amputasyondan önceki süreçte yapabildiği işleri amputasyon sonrasında yapamaması ile kendilik değeri zedelenir. Bu nedenle cerrahi sürece uyum aşamasında kendilik

öğesi, değeri ve tanımının önemi vurgulanmaktadır. Bireyin toplumsal ve sosyal ilişkilerin hastalığı sebebiyle engellenmesi ile toplumsal kendiliği, hedefler ve arzuların hastalığı sebebiyle engellenmesi ile özel kendiliğin zedelediği bunlar sonucunda ise uyum sürecinin zorlaştığı bilinmektedir (Taylor, 1991). Sunulan olguda, hastanın mesleğinin taksi şoförlüğü olması ve hayat arkadaşısı olan eşini kaybetmesi ile bakım ihtiyacını karşılayamama endişesi yaşamaması, uygulanan cerrahi işlemin bireydeki kendilik değerini zedelediğini düşündürmektedir.

Bireylerin hastalığa ve hastalık sürecine yönelik gösterdiği tepkiler nedeniyle uyum sorunu görülmekte ve yaşanan önceki hastalık deneyimleri, sosyal destek varlığı ya da bireysel özellikler gibi faktörler de söz konusu uyum sorununa neden olabilmektedir (Dunkel ve Bennet, 1990; Özkan, 2010). Bu olgu sunumunda, birden fazla amputasyon deneyimleyen hastanın sosyal destek yetersizliği olması nedeniyle sürece yönelik adaptasyon sorunu yaşandığı görülmüştür.

Faye Glenn Abdellah'ın geliştirdiği 21 Hemşirelik Sorunu Modeli, hastanın çok yönlü değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Yaşlı bireylerin düşme sonrası değerlendirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada Abdellah'ın kuram modeli kullanılarak faydalı bulunmuştur (Durmaz Akyol, Deniz, ve Okse, 2018), ancak yapılan literatür taramasında söz konusu kuram modeli ile ilgili çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle hastanın 21 başlık altında hemşirelik sorunu modelinin nasıl değerlendirilmesi gerektiğine yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir (Allam ve ark., 2016; Durmaz Akyol ve ark., 2018). Bu olgu sunumunda, Abdellah'ın 21 Hemşirelik Sorunu Modeli ile ele alınan olguya yönelik hemşirelik bakımının etkin ve sistematik sunulmasında modelin yarar sağladığı görülmüştür.

Sonuç

Amputasyon planlanan hastalarda hemşirelik bakımının çok yönlü değerlendirilmesi, hastanın fonksiyonel kapasitesini tekrar kazanmasına yönelik fizyolojik ve psikolojik bakımının karşılanması gerektiğinden son derece önemlidir. Hemşireler bakımı planlarken, kuram modellerinden faydalanarak sistematik ve etkin bir hemşirelik bakımı sunmalıdır. Amputasyon yapılan hasta için Faye Glenn Abdellah'ın 21 Hemşirelik Sorunu Modeli ile hemşirelik bakımının uygulanması ve planlanması hem hasta açısından hem de hemşirenin hasta için kaliteli bir bakım sunması açısından oldukça etkin bulunmuştur. İyileştirici bakım gereksinimleri ve temel bakım gereksinimlerinde hastanın çok yönlü değerlendirilmesini sağlayan bu modelin, hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasında büyük ölçüde yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Abdellah'ın Hemşirelik Sorunu Modeli ile değerlendirilen olgudan elde edilen çıktılar doğrultusunda, hemşirelerin hasta bireye yönelik; uygun hemşirelik tanısı, etkin ve sistematik hemşirelik bakımı, fiziksel, duygusal ve sosyal yönden sistematik değerlendirme, optimum hemşirelik bakımı sağlayabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla söz konusu kuram hemşirelik bakımında kalitenin artması adına yol göstererek, hastaların çok yönlü değerlendirilmesini mümkün kılacaktır.

1. Temel Bakım İhtiyaçları

Hijyen ve Fiziksel Rahatlık: Hijyen ve fiziksel rahatlığın sağlanması,

Egzersiz ve İstirahat: Optimum aktiviteyi desteklemek (fiziksel aktivite, istirahat, uyku)

Güvenlik: Kaza, yaralanma, travma ya da enfeksiyon yayılmasını önlemek nedeniyle güvenliği sağlamak,

Vücut Mekanikliği: Vücut mekaniklerini korumak ve deformitelerin önlenmesini sağlamak.

2. Destekleyici Bakım İhtiyaçları

Oksijenlenme: Tüm vücut hücrelerinde oksijenlenmenin devam etmesini kolaylaştırmak,

Beslenme: Tüm vücut hücrelerinde beslenmenin devam etmesini kolaylaştırmak,

Eliminasyon: Eliminasyonun sağlanması,

Sıvı ve Elektrolit: Sıvı ve elektrolit dengesinin devamını kolaylaştırmak,

Hastalığa Tepki: Hastalık durumunda bedenin fizyolojik tepkilerini tanımak (patolojik, fizyolojik)

Düzenleyici mekanizmalar: Düzenleyici mekanizmalar ve fonksiyonlarının sürdürülmesini kolaylaştırmak,

Duyusal fonksiyonlar: Duyusal fonksiyonların devamını kolaylaştırmak.

3. İyileştirici Bakım İhtiyaçları

Duygular ve Tepkiler: Olumlu ve olumsuz ifade, duygu ve tepkileri tanımlamak ve kabul etmek,

Emosyonel ve Organizmaya Ait Hastalık: Yapısal-organ hastalıkları ile duygular arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve kabul etmek,

İletişim: Etkin sözlü ve sözsüz iletişiminin devamını sağlamak, kolaylaştırmak,

Kişiler Arası İlişkiler: Verimli kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesini sağlamak,

Spiritualite: Kişisel spiritüel hedeflere ulaşmayı kolaylaştırmak,

Terapötik Ortam: Terapötik bir ortam yaratmak ve/veya sürdürmek,

Kendi ve Kişilik Bilinci: Bireyin değişen fiziksel, duygusal ve gelişimsel ihtiyaçlarının bilincine varmasını sağlamak.

4. Yaşamsal Bakım İhtiyaçları

Sınırlılıkların Kabulü: Fiziksel ve duygusal sınırlılıklar çerçevesinde optimum hedefleri kabul etmek,

Problem Çözümü Kaynakları: Hastalıktan kaynaklanan sorunların çözümünde yardımcı olarak toplumsal kaynakları kullanmak,

Hastalıkta Sosyal Sorunların Rolü: Hastalık oluşumunu etkileyen faktörler olarak sosyal sorunlarının rolünü anlamak.

Şekil 1: Abdellah'ın 21 hemşirelik problemi

Kaynaklar

- Allam, N.A., Megrin, A.A., & Alkerids, A. (2016). Faye Abdellah model to banishing social stigma of head lice among school students. *Science Journal of Clinical Medicine*, 5, 1-11.
- Allgood, M.R. (Ed.). (2017). *Theorists and Their Work* 9th Edition. USA: Elsevier.
- Anari, JB., & Donegan, D.J. (2017). A surgeon's perspective on lower extremity amputation and rehabilitation. *Journal of Orthopedic Research and Physiotherapy*, 3, 2-6.
- Andersson, M., & Deighan, F. (2006). Coping strategies in conjunction with amputation a literature study. *Division For Health and Caring Sciencis*, Karlstads University, 1-27.
- Basavanthappa, B.T. (2007). *Nursing Theories*. 1st Edition. India: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Carpenito-Moyet L.J. (Ed.) (2010). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. F. Erdemir (Çev) 13. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Durmaz Akyol, A., Deniz, A., ve Oksel E. (2018). Yaşlı bireyde düşme sonrası Abdellah'ın modeline göre hemşirelik bakımı: bir olgu sunumu. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 13, 104-118.
- Dunkel, S.C., & Bennet, T.L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support, In: Sarason, B.R., Sarason, I.G., Pierce, G.R. (Eds.), *Social Support: An Interactional View*. USA: Wiley, 267-296.
- El, Ö., ve Peker, Ö. (2001). Alt ekstremitte amputasyonları ve rehabilitasyonu. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 47(2), 28-37.
- Karadağ, A., Çalışkan, N., ve Göçmen Baykara, Z. (Eds.). (2017). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- McCurry, M.K., Revel, M.H., & Roy, C., (2009). Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory and practice. *Nursing Philosophy*, 11, 42-52.
- Oğul, M., ve Erden, G. (2005). Amputasyonun psikososyal boyut. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 7, 27-33.
- Özkan, S. (2010). Kolorektal kanserli hastaya psikiyatrik ve psikososyal destek. Baykan A., Zorluoğlu, A. (Eds.). *Kolon ve Rektum Kanseri*. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği. İstanbul, 787-799.
- Öznur, T. (2013). Çatışmayla ilişkili travmatik amputasyonların fiziksel rehabilitasyon sürecinde eşlik eden psikiyatrik sorunlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55,332-341.
- Şengün İnan, F., Üstün, B., ve Bademli, K., (2013). Türkiye'de kuram/ modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 132-139.
- Şükür, E., Uyar, A. Ç., Özdemir, U., et al. (2018). The evaluation of the relation among age, amputation levels and the revisions. *Medeniyet Medical Journal*, 33, 10-16.
- Sümer, A., Onur, E., Altınlı, E., ve ark. (2008). Alt ekstremitte amputasyonlarında klinik deneyimlerimiz. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 15,187-190.
- Taylor, S.E. (1991). Asymmetrical effects of positive and negative events: the mobilization-minimization hypothesis. *Psychological Bulletin*, 110, 67-85.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2. Baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Virani, A., Werunga, J., Ewashen, C., et al. (2015). Caring for patients with limb amputation. *Nursing Standard*, 30, 51-58.

HAKEMLER LİSTESİ / REVIEWER LIST

(Cilt 1, Sayı 1 – Nisan 2019)*	(Cilt 1, Sayı 2 – Ağustos 2019)*	(Cilt 1, Sayı 3 – Aralık 2019)*
Semiha Akın	Ayfer Açıkgöz	Ezgi Seyhan Ak
Eda Aktaş	Semra Açıksöz	Ayşe Çil Akıncı
Emine Aktaş	Yeliz Akkuş	Aylin Aktaş
Handan Alan	Eda Aktaş	İlknur Metin Akten
Elvan Emine Ata	Nurdan Yalçın Atar	Demet Avcı Alpar
Feride Eşkin Bacaksız	Keziban Avcı	Özlem Bilik
Gül Dikeç	Dilek Aygün	Funda Büyükyılmaz
Elif Gültekin	Leyla Baysan Arabacı	Seda Çağlar
Ahmet Zeki İzgöer	Gönül Bodur	Elif Dönmez
Anita Karaca	Selda Çelik	Elif Gültekin
Bilgen Özlük	Ayla Demirtaş	Anita Karaca
Rujnan Tuna	Yurdanur Dikmen	Yeliz Doğan Merih
Nihal Ünalrı Baydın	Melike Dişsiz	Seda Değirmenci Öz
Sevil Yılmaz	Gülgün Durat	Çağrı Çövenner Özçelik
Çiğdem Yüksel	Serpil Çelik Durmuş	Ayfer Öztürk
	Bertha E. "Penny" Flores	Sibel Yılmaz Şahin
	Burcu Aykanat Girgin	Hanife Tiryaki Şen
	Sonay Göktaş	Gamze Temiz
	Elif Gültekin	Banu Terzi
	Hülya Saray Kılıç	Ayşe Tosun
	Merve Kolcu	Nuray Turan
	Birsen Mutlu	Berna Eren Fidancı
	Bediye Öztaş	Filiz Aslantekin Özçoban
	Gamze Sarıkoç	
	Merdiye Şendir	
	İbrahim Topçu	
	Tülin Yıldız	



İçindekiler / Contents

ARAŞTIRMA MAKALELERİ / RESEARCH ARTICLES

1. Hemşireler İçin Klinik Uygulamada Eleştirel Düşünme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği
Validity and Reliability of Turkish Version of the Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire
Eylül Urhan, Arzu Kader Harmanlı Seren 147
2. Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi
Postoperative Pain Assessment and Pain Management in Patients Undergoing Total Knee Replacement
Arzu Yıldırım, Merdiye Şendir 157
3. İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Faktörler
Quality of Life in Primary School Students and Some Influencing Factors
Rabia Sağlam, Nuran Güler 165

SİSTEMATİK DERLEME / SYSTEMATIC REVIEW

1. Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı ve Kusmanın Yönetiminde Akupres Uygulamasının Etkinliği: Sistematik Derleme
The Efficiency of the Acupressure in the Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Systematic Review
Satu Tufan, Demet İnangil 173

DERLEME MAKALELER / REVIEW ARTICLES

1. Sosyal Hizmet Tarihimizi Aydınlatan Fedakâr Hemşirelerimizden: Hilâl-i Ahmer Mecmualarında (1921-1928) Safiye Hüseyin Hanım
One of Our Devoted Nurses Who Enlightened Our History of Social Work: Lady Safiye Huseyin in Hilâl-i Ahmer Journals (1921-1928)
Ahmet Zeki İzgöer, İbrahim Topçu 183
2. Hemşirelik Mesleğinin Kuşaklararası Değişimi ve Kuşakların Yönetimi
Intergenerational Change of Nursing Profession And Management of Generations
Berra Yılmaz Kuşaklı, Aysun Yerköy Ateş, Gülbahar Çetin 203
3. Geleceğin Teknolojisinde Hemşirelik
Nursing in Future Technology
Merdiye Şendir, Nesibe Şimşekoğlu, Abdulsamed Kaya, Kamber Sümer 209
4. Yaşlılarda Cilt Sorunları ve Bakımı
Skin Problems and Care in the Elderly
Selma Bayrak, Semiha Akın 215
5. Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü
The Role of Midwife and Nurse in Breastfeeding
Gülümser Arça, Hafsa Kübra Işık 221

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

1. Amyotrofik Lateral Skleroz Tanılı Bir Hastanın Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu
Evaluation of a Patient Diagnosed with Amyotrophic Lateral Sclerosis According to Henderson's Nursing Model: A Case Report
Gülşen Kılıç, Ebru Akgün Çıtak, Fatma Şeyda Ökdem 229
2. Hemşirelik Bakımının Yönetiminde Henderson Hemşirelik Modeli'nin Uygulanması: Pankreas Kanseri Tanılı Bir Olgu
Application of Henderson's Model in Management of Nursing Care: A Case Diagnosed with Pancreatic Cancer
Emel Yıldız, Özden Dedeli Çaydam 239
3. Amputasyon Bakımında Abdellah'ın Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu
The Use of Abdellah's Model in Amputation Care: A Case Report
Niran Çoban, Elif Gezginci, Sonay Göktaş 249