

Cilt: 13, Sayı: 2, Nisan 2020



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
ELEKTRONİK DERGİSİ
DEUHFED**

**E-JOURNAL OF
DOKUZ EYLUL UNIVERSITY
NURSING FACULTY**

ISSN: 2149 - 0333

İçindekiler

Editörden

Editörden

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Araştırma Makaleleri

Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi
Özlem BİLİK, Yaprak SARIGÖL ORDİN, Zeynep DEVECİ, Buket ÇELİK, Emel SÜTSÜN BÜLOĞLU, Özgül KARAYURT

Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği'nin Türkçe Formunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi
Özlem ÇAĞAN, Bennur KOCA

Stomalı Bireylerde Uyku Kalitesinin İncelenmesi

Deniz HARPUTLU, Deniz TALAZ, Deniz CENAN, Sercan KARADAĞ, Filiz ÖĞCE

Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlı Kadınlarda Yalnızlık Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

Ayşegül ILGAZ, Sebahat GÖZÜM

Hemşirelik Öğrencilerinin Bireyselleştirilmiş Bakıma İlişkin Durumlarının İncelenmesi

Seçil GÜLHAN GÜNER, Özlem OVAYOLU, Nimet OVAYOLU

Akut ve Kronik Hastalık Nedeniyle Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Sağlık Bakımına Yönelik Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Duygu KARAARSLAN, Nesrin ŞEN CELASİN, Selin DEMİRBAĞ, Dilek ERGİN

Üçüncü Trimester Gebelerde Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörler

Semiha AYDIN ÖZKAN, Derya KAYA ŞENOL, Ergül ASLAN

Servis Sorumlu Hemşirelerinin Dönüşümcü Liderlik Uygulamalarının İncelenmesi

Emel ARSLAN, Fahriye VATAN

Yaşlı Bireylerde Düşük Yürüme Hızını Etkileyen Faktörler

Süleyman Emre KOÇYİĞİT, Fatma Sena DOST GÜNAY, Ali Ekrem AYDIN

Editörden
Editörden

Çok değerli okuyucularımız,

Ülkemizin koronavirüs pandemisi ile mücadele ettiği günlerde daha fazla bilimsel yayın okuma fırsatı ve ihtiyacı olduğunu düşünüyoruz. Bu kapsamda birbirinden değerli akademisyenlerimizin çalışmalarını paylaşmaya devam ediyoruz. Ülkemizin en kısa sürede bu süreçten kurtulmasını diliyor ve dergimizin 2020 yılı ikinci sayısında bilimsel araştırmaları sizlere aktarmaktan, aynı zamanda bilimsel bir platformda sizlerle buluşturmaktan gurur duyuyoruz.

Bu sayıdaki paylaşımlarımız dokuz araştırma makalesinden oluşmaktadır. İlk araştırma, Özlem BİLİK, Yaprak SARIGÖL ORDİN, Zeynep DEVECİ, Buket ÇELİK, Emel SÜTSÜNBUĞLU ve Özgül KARAYURT'un "Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi" isimli tanımlayıcı tasarımda çalışması olup örneklemini elektif cerrahi planlanan 86 hasta oluşturmuştur. Her iki grubun ameliyat öncesi hafif düzeyde anksiyete yaşadığı saptanmış olmasına rağmen, açlık süresinin hastaların anksiyete düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Klinik hemşirelerinin bu sonuçlar doğrultusunda önceliklerini belirleyebilecekleri bir çalışmadır.

İkinci araştırma makalesi; Özlem ÇAĞAN ve Bennur KOCA'nın "Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği'nin Türkçe Formunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi" isimli çalışmasıdır. Metodolojik bir çalışma olup, iki araştırma uygulama hastanesinde çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 300 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Ölçek hemşirelerin iş doyumlarının belirlenmesi için güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olarak belirlenmiştir. Yöneticilerin klinik hemşirelerin doyum ve motivasyonlarını geliştirici faaliyetlerde bulunmasına katkı verici bir çalışmadır.

Üçüncü çalışma; Deniz HARPUTLU, Deniz TALAZ, Deniz CENAN, Sercan KARADAĞ ve Filiz ÖĞCE'nin "Stomalı Bireylerde Uyku Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı araştırmasıdır. Kesitsel türdeki araştırmanın örneklemini belirlenen bir yıllık süre içinde Stomaterapi ünitelerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 stomalı birey oluşturmuştur. Araştırma sonucunda stomalı bireylerin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, stomalı bireylerin uyku kalitesini etkileyen faktörlerin açıklanmasına yönelik niteliksel araştırmaların yapılması ayrıca, stomalı bireylerin uyku durumunun poliklinik kontrolleri sırasında düzenli olarak değerlendirilmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre, bireye özgü girişimlerin planlanması önerilmektedir. Hemşirelik uygulamaları açısından alana katkı sağlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Dördüncü çalışma; Ayşegül ILGAZ ve Sebahat GÖZÜM'ün "Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlı Kadınlarda Yalnızlık Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" isimli araştırmasıdır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, örneklem bir Aile Sağlığı Merkezi'ne gelen 296 yaşlı kadından oluşmaktadır. Kentsel alanda yaşayan yaşlılarda yalnızlık yaygın bir sorundur. Yalnızlığı etkileyen en önemli değişkenler kadınların tek başına yaşaması ve yakınında bir akrabasının olmamasıdır. Yaşlı kadınların yalnızlığını gidermek için multidisipliner girişimlerin başlatılmasına gereksinim vardır.

Beşinci araştırma; Seçil GÜLHAN GÜNER, Özlem OVAYOLU ve Nimet OVAYOLU'nun "Hemşirelik Öğrencilerinin Bireyselleştirilmiş Bakıma İlişkin Durumlarının İncelenmesi" başlıklı çalışmasıdır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın örneklemini 2018-2019 eğitim-öğretim yılında ilgili fakültenin hemşirelik bölümünde eğitim gören, en az bir yıl hemşirelik eğitimi almış, klinik uygulama deneyimine sahip ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta bulunan toplam 414 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin hasta bireyselliğini destekleme ve hasta bakımını bireyselleştirme puan ortalamasının orta düzeyde olduğu, çoğunun bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulduğu ve bakım verme sürecinde engellerle karşılaştığı saptanmıştır. Bu doğrultuda hemşirelik lisans eğitimi sırasında öğrencilerin bireyselleştirilmiş bakımın önemi konusunda eğitilmesi, uygulama yapması ve desteklenmesi önerilebilir.

Altıncı araştırma makalesi; Duygu KARAARSLAN, Nesrin ŞEN CELASIN, Selin DEMİRBAĞ ve Dilek ERGİN'in "Akut ve Kronik Hastalık Nedeniyle Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Sağlık Bakımına Yönelik Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" isimli araştırmasıdır. Tanımlayıcı tasarımdaki araştırma, Temmuz-Eylül 2017 tarihleri arasında hastanede çocuğuna refakat eden 109 ebeveyn ile yürütülmüştür. Hastanede çocuğuna refakat eden ebeveynlerin, çocuğunun tanısı, tedavisi ve bakımı konusunda bilgilendirilmesi genel memnuniyet düzeylerini arttırdığı, stres ve öfke düzeylerini ise azalttığı belirlenmiştir. Hemşirelerin, ebeveynlere ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık ve eğitim hizmetleri vermesi önerilebilir.

Yedinci araştırma makalesi; Semiha AYDIN ÖZKAN, Derya KAYA ŞENOL ve Ergül ASLAN'ın "Üçüncü Trimester Gebelerde Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörler" isimli araştırmasıdır. Analitik kesitsel tipteki bu çalışma, Temmuz 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında üçüncü trimesterde olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 421 gebe ile yürütülmüştür. Gebelerin prenatal konfor düzeyinin "yüksek" olduğu saptanmıştır. Yüksek öğretim mezunu, 25 yaş ve altı, çalışan, planlı olarak gebe kalma ve primipar olma gibi faktörlerin prenatal konforu olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Multiparitenin ise prenatal konforu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ebe ve hemşirelerin; gebelerin konfor düzeylerini değerlendirmeleri, etkileyen faktörleri belirlemeleri ve bunlara yönelik girişimler planlamalarının, gebelik ve doğum sonu döneme yönelik olumsuz sonuçların engellenmesi açısından değerlendirmelerinin gereğini ortaya koyan bir çalışmadır.

Sekizinci araştırma makalesi; Emel ARSLAN ve Fahriye VATAN'ın "Servis Sorumlu Hemşirelerinin Dönüşümcü Liderlik Uygulamalarının İncelenmesi" başlıklı çalışmasıdır. Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın örneklemini, bir Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü 218 servis hemşiresi, 17 servis sorumlu hemşiresi (SSH) ve beş üst düzey yönetici hemşire oluşturmuştur. Servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamalarının orta düzeyde olduğu, dönüşümcü liderlik becerilerini geliştirmeye ihtiyaç duydukları sonucuna

Editörden

ulaşılması olup liderlikle ilgili hizmet içi eğitim programları ve sürekli eğitimlerin desteklenmesi önerilebilir. Yönetici hemşirelerin dikkate alması gereken sonuçlara sahip bir çalışmadır.

Dokuzuncu araştırma makalesi; Süleyman Emre KOÇYİĞİT, Fatma Sena DOST GÜNAY ve Ali Ekrem AYDIN'ın "Yaşlı Bireylerde Düşük Yürüme Hızını Etkileyen Faktörler" isimli araştırmasıdır. Kesitsel ve gözlemsel olan bu çalışmada, 2017-2019 yılları arasında geriatri kliniğine başvuran 311 hasta değerlendirilmiş ve tüm hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılmıştır. Üriner inkontinans, konjestif kalp yetmezliği, osteoartrit, demans, ortostatik hipotansiyon ve polifarmasi sıklığı düşük yürüme hızı olan yaşlılarda daha fazla oranda saptanmıştır. Günlük yaşam aktivite ve nütrisyonel değerlendirme, Mini-mental durum muayenesi skorları düşük yürüme hızı grubunda daha düşükken, geriatrik depresyon skoru daha yüksek olarak belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet ve eğitim yılına göre düşük yürüme hızı üriner inkontinans, demans, yüksek geriatrik depresyon skoru, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve nütrisyonel skor düşüklüğü ile ilişkili bulunmuştur.

Nisan sayımızda, araştırma makaleleri ile literatüre, hemşirelik uygulamalarına ve yönetimine katkı veren tüm yazarlara, hakemlere, bölüm editörlerine ve bütün süreçlerde emek veren dergi yayın kuruluna teşekkürlerimi sunarım.

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

SAĞLIKLA KAL TÜRKİYEM...

Prof.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER

Editör

Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

Özlem Bilik*, Yaprak Sarıgöl Ordin**, Zeynep Deveci***, Buket Çelik****, Emel Sütsünbuloğlu*****,
Özgül Karayurt*****

Öz

Giriş: Ülkemizde gece yarısından sonra aç kalma uygulamasının ve ameliyata alınma sürelerinin uzun olduğu bilinmektedir. Bu durumun ameliyat öncesi ve sonrası süreçte hastaların anksiyetesini arttırdığı düşünülmektedir. **Amaç:** Ameliyat öncesi açlık süresinin ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyine etkisini incelemektir. **Yöntem:** Araştırma, ileriye dönük, kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Örneklemi Ağustos 2015-Ocak 2016'da bir üniversite hastanesinin ortopedi ve travmatoloji kliniğinde elektif cerrahi planlanan 86 hasta oluşturdu. Hastalar açlık süresine göre iki gruba ayrıldı (Grup 1 < 8 saat; Grup 2 ≥ 8 saat). Veriler "Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu" ve "Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği" ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, t testi ve ki kare testi kullanıldı. **Bulgular:** Grupların sosyodemografik ve klinik özellikler açısından benzer olduğu saptandı. Grup 1'in ortalama açlık süresi 7.34 ± 0.18, Grup 2'nin 12.01 ± 2.10 saat olarak bulundu. Gruplar arasında kliniğe yattığı gün Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. **Sonuç:** Her iki grubun ameliyat öncesi hafif düzeyde anksiyete yaşadığı saptanmış olmasına rağmen, açlık süresinin hastaların anksiyete düzeyini etkilemediği bulundu.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat Öncesi Dönem, Açlık, Anksiyete, Hemşirelik.

Abstract

Investigation of The Effect of Preoperative Fasting Time on Preoperative and Postoperative Anxiety Levels

Background: It is known that there is fasting after midnight in our country and the duration of the operation is long. This situation is thought to increase the anxiety of patients in the perioperative period. **Objectives:** To investigate the effect of preoperative fasting duration on preoperative and postoperative anxiety levels. **Methods:** The study was prospective, cross-sectional and descriptive. The sample consisted of 86 patients who were scheduled for elective surgery in August 2015-January 2016 at the orthopedics and traumatology clinic of the university hospital. Patients were divided into two groups according to fasting period (Group 1 < 8 hours; Group 2 ≥ 8 hours). Data were collected with "Sociodemographic and Clinical Characteristics Form" and "State and Trait Anxiety Scale. Descriptive statistics, t test and chi-square tests were used in the analysis of the data. **Results:** Sociodemographic and clinical characteristics of the groups were similar. The mean fasting time of Group 1 was 7.34 ± 0.18, and that of Group 2 was 12.01 ± 2.10 hours. There was no statistically significant difference between the groups' mean Trait Anxiety Scale score on the day of hospitalization, and the mean preoperative and postoperative State Anxiety Scale scores. **Conclusion:** Although both groups were found to have mild anxiety before the operation, the duration of fasting did not affect the anxiety level of the patients.

Key Words: Preoperative Phase, Fasting, Anxiety, Nursing.

Geliş tarihi: 22.10.2019 **Kabul tarihi: 14.02.2020**

Ameliyat öncesi hazırlık süreci; fizyolojik, psikolojik ve yasal hazırlığı içeren, hastanın ameliyat kararından ameliyathaneye transferine kadar devam eden bir süreçtir. Bu süreçte gastrointestinal sistemin hazırlığında ameliyat öncesi yemek ve sıvı kısıtlaması yer almaktadır (1). Literatürde ameliyat öncesi açlık süresi katı gıdalar için 6 saat, süt ürünleri için 4 saat, berrak sıvılar için ise 2 saat önerilmektedir (2-4). Ancak klinik uygulamada, açlık süresinin genellikle gece 24:00'dan sonra oral alımın durdurulması şeklinde uygulandığı görülmektedir (5-7). Yapılan çalışmalarda, hastaların ameliyat öncesi açlık süresinin elektif cerrahilerde ortalama 13 saat olduğu belirtilmektedir (8,9). Farklı bir çalışmada, hastaların yarısından fazlasının açlık ve tamamına yakınının susuzluk sürelerinin rehberlerin önerdiği sürelerin iki katı olduğu rapor edilmiştir (10). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise hastaların tamamına yakınının gece yarısından sonra aç kaldığı, ortalama açlık sürelerinin 11 saat (11), 13 saat (12) ve 15 saat (13) olduğu belirtilmektedir. Hastalarda bu uzamış açlık süresi, açlık hissi, huzursuzluk, anksiyete, baş ağrısı, dehidratasyon, hipovolemi ve hipoglisemi gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (5, 8-10, 12, 14, 15).

Ameliyat öncesi yaşanan anksiyete ameliyat sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (16). Anksiyete, hipertansiyon, disritmi, hastanın tedaviye uyumu, anestezi gereksinimi ve anestezi farkındalığı riskini arttırmaktadır (17). Ameliyat öncesi anksiyete düzeyini hastaların yaşı, kronik hastalık durumu, daha önce ameliyat olması, ağrı ve açlık süresi etkilemektedir. Uluslararası literatürde, uzamış açlık süresinin hastaların anksiyetelerini arttırdığı belirtilmektedir (15-18).

Ülkemizde, gece yarısından sonra aç kalma uygulamasının ve klinik rutin içerisinde ameliyata alınma sürelerinin uzun olduğu bilinmektedir. Bu durumun, hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini arttırdığı düşünülmektedir. Ancak yapılan literatür incelemesinde, bu konuda ülkemizde laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda (n = 99) ve gastrointestinal sistem cerrahisi geçiren hastalarda (n = 96) yapılmış çalışmalara ulaşılmıştır. Bu çalışmalarda, ameliyat öncesi

Bu araştırma, 20. Ulusal Cerrahi, 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresinde 13-17 Nisan 2016 Antalya, Sözel Bildiri Olarak sunulmuştur. * Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir. E-mail: ozlembilik71@gmail.com, ORCID=0000-0002-8372-8974, ** Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir. E-mail: yapraksariogol@gmail.com, ORCID=0000-0002-3359-3362, *** Araştırma Görevlisi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli. E-mail: deveci.zeynep.zd@gmail.com, ORCID=0000-0002-7383-5135, **** Araştırma Görevlisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir. E-mail: celik.buket62@gmail.com, ORCID=0000-0003-3229-1845, ***** Araştırma Görevlisi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kütahya. E-mail: emelsutsunbuloglu@gmail.com, ORCID= 0000-0002-1363-8471, ***** Prof. Dr., İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü. E-mail: ozgul.karayurt@ieu.edu.tr, ORCID=0000-0002-3463-3880

12 saat ve üzerindeki açlık süresinin hastaların anksiyete düzeylerini arttırdığı (13) ve açlık süresi ile anksiyete arasında zayıf bir ilişki olduğu belirtilmektedir (11).

Amaç

Bu saptamadan yola çıkılarak yapılan bu çalışmada, literatürde çok az çalışılmış olan ortopedik cerrahi planlanan hasta grubunda ameliyat öncesi açlık süresini ve bunun anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amaçlandı. Bu çalışma sonuçlarının, ameliyat öncesi hazırlık sürecinde hasta bakımına katkı sağlayacağı ve kanıt temelli uygulamalara destek oluşturacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın soruları

- Elektif ortopedik cerrahi planlanan hastaların ameliyat öncesi ortalama açlık süresi ne kadardır?
- Elektif ortopedik cerrahi planlanan hastaların ameliyat öncesi sürekli durumluk kaygı düzeyi ne kadardır?
- Elektif ortopedik cerrahi planlanan hastaların ameliyat öncesi açlık süresine göre durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, ileriye dönük, kesitsel ve tanımlayıcı araştırma tipine uygun yapıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, bir üniversite hastanesinin ortopedi ve travmatoloji kliniğinde Eylül 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinde ortopedi ve travmatoloji kliniğinde elektif cerrahi planlan hastalar oluştururken, örneklemini ise örneklem ölçütlerini karşılayan, elektif ortopedik cerrahi planlanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 133 hasta oluşturdu. Örnekleme dahil edilme ölçütleri; 18 yaş ve üzerinde olmak, Türkçeyi okuyup yazabilir olmak, bilinci açık, oryante ve koopere olmak, Amerikan Anesteziyoloji Doktorları Derneği ameliyat öncesi fizyolojik risk durumu sınıflandırması (ASA-American Society of Anesthesiologists) iki ve altı olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Örneklemeden dışlanma ölçütleri; psikiyatrik hastalık tanısı olma ve sedasyon etkisi olan ilaç kullanmadır.

Veri Toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlilik Bilgileri

Verilerin toplanmasında “Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu” ve “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” kullanıldı. Hastalar açlık süresine göre iki gruba ayrıldı (Grup 1 < 8 saat açlık; Grup 2 ≥ 8 saat açlık). Hastaların verileri üç aşamada toplandı. İlk aşamada, hastalara kliniğe yattığı gün, “Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu” ve “Sürekli Kaygı Ölçeği” uygulandı. İkinci aşamada, hastalara ameliyat günü “Durumluk Kaygı Ölçeği”, üçüncü aşamada, hastalara ameliyat sonrası ilk 72 saat içerisinde “Durumluk Kaygı Ölçeği” uygulandı.

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

Bu form, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup sosyodemografik özellikler ve klinik özellikler olmak üzere iki bölüm ve toplam 15 sorudan oluştu. Sosyodemografik özellikler; hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, medeni durumu olmak üzere yedi soru; klinik özellikler; hastanın tanısı, kronik hastalıkları, öncesinde ameliyat geçirme durumu, planlanan ameliyatın tipi, planlanan anestezi türü, ASA skoru, ameliyat öncesi aç kalma süresi, ameliyatın ertelenme durumu olmak üzere sekiz sorudan oluştu.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen 20’şer ifadeli iki alt ölçekten oluşmaktadır. *Durumluk Kaygı Alt Ölçeği*, bireyin belli bir anda ve belli koşullarda; *Sürekli Kaygı Alt Ölçeği* ise, bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini tanımlamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi dörtlü likert tipi şeklindedir. Her bir alt ölçekten alınan yüksek puanlar, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeğinde, en düşük 0 puan, en yüksek 80 puan alınabilmekte ve ölçekten elde edilen puan ve karşılıkları; 0-19 puan: anksiyete yok, 20-39 puan: hafif anksiyete, 40-59 puan: orta anksiyete, 60-79 puan: şiddetli anksiyete, 80 puan: panik olarak yorumlanmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği’nde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 numaralı maddeler, Sürekli Kaygı Ölçeği’nde ise 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 numaralı maddeler tersine çevrilerak ölçeğin puanı hesaplanmaktadır. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg ve Jacobs tarafından 1970’de geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formunun test-tekrar test ve Kuder-Richardson güvenilirlik oranları sırasıyla, Durumluk Kaygı Alt Ölçeği için .16-.54 ve .83-.92; Sürekli Kaygı Alt Ölçeği için ise, .73-.86 ve .86-.92 şeklinde bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1983 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, ölçeğin Kuder-Richardson güvenilirliği, Sürekli Kaygı Alt Ölçeği için .83-.87; Durumluk Kaygı Alt Ölçeği için ise .94-.96 arasında bulunmuştur. Ölçeğin madde güvenilirliği korelasyonları, Sürekli Kaygı Alt Ölçeği için .34-.72; Durumluk Kaygı Alt Ölçeği için .42-.85 arasında bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar-test güvenilirlik katsayıları, Sürekli Kaygı Alt Ölçeği için .71-.86; Durumluk Kaygı Alt Ölçeği için .26-.68 arasında değiştiği saptanmıştır (19). Bu çalışmanın örnekleminde iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha değeri Durumluk Anksiyete Ölçeği için .86, Sürekli Anksiyete Ölçeği için 0.91 bulundu.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 paket program kullanıldı. Verilerin analizinde; sosyodemografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve Ki kare testi kullanıldı. Araştırmamızın bağımsız değişkeni olan açlık sürelerine göre iki gruba ayrılan hastaların bağımlı değişkeni olan sürekli ve durumluk anksiyete düzeyleri arasındaki fark bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile analiz edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan 2260-GOA 17.09.2015 Tarih 2015 / 22-17 karar nolu izin ve bir üniversite hastanesinin ortopedi ve travmatoloji kliniğinden yazılı kurum izinleri alındı.

Araştırma

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların yazılı ve sözlü onamları alındı. Makalenin tüm aşamalarında araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular

Açlık süresi Grup 1'de ortalama 7.34 ± 0.18 iken Grup 2'de ortalama 12.01 ± 2.10 saattir. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Grup 1'deki hastaların yaş ortalaması 52.37 ± 20.03 ve Grup 2'de 55.44 ± 19.80 olup yaş ortalaması açısından gruplar arasında fark bulunmadı. Hastaların medeni durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık durumu açısından gruplar arasında fark saptanmadı (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Grup 1 (n = 59)		Grup 2 (n = 74)		p
	Min-Maks.	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks.	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	18-82	52.37 ± 20.03	18-98	55.44 ± 19.80	.372*
	n	%	n	%	
Medeni Durum					.869**
Bekar	24	59.30	29	39.20	
Evli	35	40.70	45	60.80	
Eğitim Durumu					.785***
Okur-yazar	6	10.2	12	16.2	
İlköğretim	34	57.6	39	52.7	
Lise	12	10.2	14	18.9	
Üniversite ve üzeri	7	11.9	9	12.2	
Gelir Düzeyi					.080***
Yüksek	2	3.4	2	2.7	
Orta	24	40.7	17	23.0	
Düşük	33	55.9	55	74.3	
Kronik Hastalık Durumu					.641**
Var	27	45.8	36	47.3	
Yok	32	54.2	38	51.4	
Toplam	59	100	74	100	

* t testi kullanıldı. ** Ki kare testi kullanıldı. *** Çok gözlü ki kare testi kullanıldı.

Min: Minimum, Maks.: Maksimum, \bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma

Hastaların klinik özellikleri Tablo 2'de yer almaktadır. Hem Grup 1'de (%62.7) hem de Grup 2'de (%51.4), hastaların çoğunun tanısı alt ekstremitte fraktürü idi. Her iki grupta hastaların tanı, daha önce ameliyat geçirme durumu, ameliyat tipi, ASA skoru ve uygulanan anestezi tipi açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Ameliyatı ertelenen ortalama gün sayısı Grup 1'de 1.81 ± 1.21 ve Grup 2'de 2.57 ± 1.85 gün olup gruplar arasında ameliyatı ertelenen hasta sayısı ve ertelenen gün sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). (Tablo 2).

Tablo 2. Grupların Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n = 133)

	Grup 1 (n = 59)		Grup 2 (n = 74)		p
	n	%	n	%	
Tanı					
Alt ekstremitte fraktürü	37	62.7	38	51.4	.113*
Üst ekstremitte fraktürü	5	8.5	14	18.9	
Gonartroz	9	15.3	17	23.0	
Koksartroz	8	13.6	4	5.4	
Skolyoz	-	-	1	1.4	
Daha önce ameliyat olma durumu					
Evet	46	78.0	51	68.9	.245**
Hayır	13	22.0	23	31.1	
Ameliyat tipi					
Açık Redüksiyon İnternal Fiksasyon (ARİF)	29	49.2	36	48.6	.236*
Total Diz Protezi (TDP)	12	20.3	12	16.2	
Total Kalça Protezi (TKP)	16	27.1	15	20.3	
Posterior Spinal Enstrümantasyon (PSE)	-	-	2	2.7	
Amputasyon	2	3.4	9	12.2	
ASA^a I	34	57.6	36	48.6	.301**
ASA II	25	42.4	38	51.4	
Anestezi tipi					
Genel anestezi	31	52.5	50	67.6	.137*
Spinal anestezi	23	39.0	17	23.0	
Diğer	5	8.5	7	9.5	
Ameliyatın ertelenme durumu					
Evet	28	47.5	39	52.7	.542**
Hayır	31	52.5	35	47.3	
	Min-Max	X⁻ ± SS	Min-Max	X⁻ ± SS	
Ameliyatın ertelenme süresi (Gün)	1-5	1.81 ± 1.21	1-8	2.57 ± 1.85	.060 ***
Toplam	59	100	74	100	

a: ASA American Society of Anesthesiologists. * Çok gözlü ki kare testi kullanıldı. ** Ki kare testi kullanıldı. *** t testi kullanıldı. Min: Minimum, Maks.: Maksimum, X⁻: Ortalama, SS: Standart sapma

Grup 1'in Sürekli Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 47.03 ± 8.16, ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 40.7 ± 6.94 ve ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 41.08 ± 7.88 iken; Grup 2'nin Sürekli Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 46.85 ± 7.63 ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 40.72 ± 6.61 ve ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 41.02 ± 6.34'tür. Gruplar arasında Sürekli Durum Kaygı Ölçeği, ameliyat öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0.05) (Tablo 3).

Tablo 3. Grupların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kliniğe Yattığı Gün Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması		Ameliyat Öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması		Ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması	
	Min-Maks. X ⁻ ± SS	p	Min-Maks. X ⁻ ± SS	p	Min- Maks. X ⁻ ± SS	p
Grup 1 (n = 59)	47.03 ± 8.16 (26-66)	.892*	40.77 ± 6.94 (31-71)	.965*	41.08 ± 7.88 (20-68)	.967*
Grup 2 (n = 74)	46.85 ± 7.63 (28-66)		40.72 ± 6.61 (27-67)		41.02 ± 6.34 (28-66)	

* t testi kullanıldı.

Min: Minimum, Maks.: Maksimum, X⁻: Ortalama, SS: Standart sapma

Tartışma

Anksiyete yaşamı tehdit eden veya tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur (20). Ameliyat öncesi dönemde hastalar ameliyat sonrasında yaşanabilecek olan ölüm riski, organ ve doku kaybı korkusu, özürlü kalma, ağrıdan korkma, çalışabilirliğini kaybetme ve cinsel işlevini yitirme gibi nedenlerden dolayı anksiyete yaşamaktadırlar (21, 22). Bu çalışmada hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası orta düzeyde anksiyete olduğu saptandı. Elde edilen bulguya benzer şekilde Melchior ve arkadaşları (2018) ile Nigussie ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmalarda hastaların ameliyat öncesi dönemde orta düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (21, 23).

Bu çalışmada ameliyat öncesi açlık süresi < 8 saat olan grup ile ameliyat öncesi açlık süresi ≥ 8 saat olan grup arasında; ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptandı. Özkan ve arkadaşlarının (2016) ameliyat öncesi açlık süresinin anksiyete üzerine etkisini inceledikleri çalışmada da; açlık süresinin hastaların anksiyete düzeyine etkisinin olmadığı belirlenmiştir (24). Aç kalma süresinin anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan diğer bir çalışma sonucunda, aç kalma süresi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak hastaların açlığı hissetme düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyinin de istatistiksel olarak önemli düzeyde arttığı saptanmıştır. Bu bulgular ameliyat öncesi dönemde hastaların aç ve susuz bırakıldıkları süreden çok hissettikleri açlık ve susuzluğun anksiyete üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (25). Bu araştırmada elde edilen sonuçtan farklı olarak Tosun ve arkadaşları (2015), Power ve arkadaşları (2012), Liang ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmalar sonucunda ameliyat öncesi aç kalma süresi uzun olan hastaların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (13, 18, 26). Ameliyat öncesi açlık süresinin anksiyete üzerinde etkili olmaması yönünde elde edilen bu araştırma sonucu hastaların ameliyat öncesi dönemde odaklandığı ameliyat sonrasında yaşanabilecek olan ölüm riski, organ ve doku kaybı korkusu, özür lü kalma, ağrıdan korkma, çalışabilirliğini kaybetme ve cinsel işlevini yitirme gibi sonuçlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (21, 22). Araştırmada veri toplama sürecinde alınan notlara ve hasta görüşmelerine dayanarak ulaşılan bulgu hastaların daha çok ameliyatın sonuçlarına odaklanması ve Türk kültüründe hasta rolünün sağlık çalışanlarının önerilerini sorgulamadan kabul etmesiyle açıklanabilir.

Kısıtlılıklar

Çalışmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Bunlardan birincisi çalışmanın tek bir merkezde yürütülmesi çalışma sonuçlarımızın genellenilebilirliğini etkilemektedir. İkincisi çalışmada anksiyete düzeyleri, hastaların sözel beyanlarına göre saptanmış olup, anksiyete düzeylerini belirlemek için adrenokortikotropik hormon (ACTH), kortizol gibi biyokimyasal parametrelerin kullanılmamış olmasıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu çalışma sonucunda, hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde orta düzeyde anksiyete yaşadığı saptandı. Hastalar ameliyat öncesi dönemde orta düzeyde anksiyete yaşamalarına rağmen açlık süresinin hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete düzeylerini etkilemediğini göstermektedir. Bununla birlikte hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi ve düşük düzeyde olsa bile konuşma, duygularını ifade etme, derin nefes alma, olumlu hayal kurma, gereksinim duyduğu konularda hastayı bilgilendirme gibi benzeri hemşirelik girişimleri ile anksiyete düzeyinin en az seviyeye indirilmesi önerilmektedir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram ÖB, YSO, ZD, BÇ, ES, ÖK; tasarım ÖB, YSO, ÖK; aenetleme/danışmanlık ÖB, YSO, ÖK; veri Toplama ve işleme ZD, BÇ, ES analiz ve yorum ÖB, YSO, ZD, BÇ, ES, ÖK; kaynak taraması: YSO, ZD, BÇ, ES; makalenin yazımı: ÖB, YSO, ZD, BÇ, ES, ÖK; eleştirel düşünme: ÖB, YSO, ÖK; araştırmanın bütçesi: ÖB, YSO, ZD, BÇ, ES, ÖK.

Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan 2260-GOA 17.09.2015 Tarih 2015 / 22-17 karar nolu izin alınmıştır.

Kaynaklar

1. Neal J. Nursing management preoperative care. In Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L. (Ed.). Medical Surgical Nursing Assesment and Menagement of Clinical Problems. Ninth edition. Canada Elseiver. 2014; 317-333.
2. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: Application to healthy patients undergoing elective procedures. Anesthesiology. 2017; 126(3): 376-393.
3. Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Søreide E et al. Perioperative fasting in adults and children: Guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesio. 2011; 28(8): 556-569.
4. Merchant R, Chartrand D, Dain S, Dobson J, Kurrek M, LeDez K et al. Guidelines to the practice of anesthesia revised edition 2012. Can J Anaesth. 2012; 59(1): 63-102.
5. Aygin D. Perioperatif bakımda güncel yaklaşımlar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(1): 63-67.
6. Chon T, Ma A, Mun-Price C. Perioperative fasting and the patient experience. Cureus. 2017; 9(5): 1-7.
7. Gul A, Andsoy II, Ozkaya B. Preoperative fasting and patients' discomfort. Indian Journal of Surgery. 2018; 80(6): 549-553.
8. Falconer R, Skouras C, Carter T, Greenway L, Paisley AM. Preoperative fasting: Current practice and areas for improvement. Updates Surg. 2014; 66: 31-39.

9. Aguilar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB. Reducing preoperative fasting time: A trend based on evidence. *World J Gastrointest Surg.* 2010; 2(3): 57-60.
10. Gebremedhn EG, Nagaratnam VB. Audit on preoperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. *World J Surg.* 2014; 38: 2200-2204.
11. Demirdağ H, Karaöz S. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *FNJN.* 2015; 23(1):1-10.
12. Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *F.Ü. Sağ. Bil. Tıp Derg.* 2011; 25(1): 11-15.
13. Tosun B, Yava A, Açıklık C. Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation. *Int J Nurs Pract.* 2015; 21: 156-165.
14. Taniguchi H, Ushigome K. Minimizing the length of the preoperative fasting period to prevent stress and dehydration in enhanced recovery after surgery. Springer, Singapore. 2018:13-20.
15. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim.* 2013; 41: 44-49.
16. Sağır G, Kaya M, Eskiçırak HE, Kapusuz Ö, Kadioğulları AN. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Turk J Anaesth Reanim.* 2012; 40(5): 274-278.
17. Jjala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2010; 104(3): 369-374.
18. Power S, Kavanagh DO, McConnell G, Cronin K, Corish C, Leonard M, et al. Reducing preoperative fasting in elective adult surgical patients: A case-control study. *Ir J Med Sci.* 2012; 181(1): 99-104.
19. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Basım. Öner N, Le Compte A. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 1998: 1-26.
20. Yaygın anksiyete bozukluğu. Türkiye Psikiyatri Derneği. <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/25/yaygin-anksiyete-bozuklugu>. Erişim tarihi: 20.12.2019.
21. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery.* 2014; 14: 67.
22. Dos Santos MMB, Martins JCA, Oliveira LMN. Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Rev. Enf. Ref.* 2014; 4(3): 7-15.
23. Melchior LMR, Barreto RADSS, Prado MA, Caetano KAA, Bezerra ALQ, Sousa TV. Predictors for moderate and serious pre-operative anxiety in hospitalized surgical patients. *Enfermería Global.* 2018;17(4): 86-96.
24. Özkan M, Gökkaya Z, Saritaş S. Ameliyat öncesi katı ve sıvı besin kısıtlamasının anksiyete üzerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi.* 2016; 5(7): 25-35.
25. Njoroge G, Kivuti-Bitok L, Kimani S. Preoperative fasting among adult patients for elective surgery in a Kenyan referral hospital. *Int Sch Res Notices.* 2017: 1-23.
26. Liang YX, Qin ML, Huang DY, Liao MJ, Chen JJ. Study on timing of preoperative fasting and water deprivation in patients receiving fiberoptic bronchoscopy. *Int J Nurs Sci.* 2014; 1(1): 93-96.

Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği'nin Türkçe Formunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Özlem ÇAĞAN*, Bennur KOCA **

Öz

Giriş: Kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri olan iş doyumunu, işin bireye sağladıklarının algılanmasıyla oluşan hoşnutsuzluk duygusudur. **Amaç:** Bu çalışma, Klinik Hemşireler İçin İş Doyumu Ölçeği'nin (KH-İDÖ) Türkçe'ye kazandırılması amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Metodolojik bir çalışma olup, araştırmaya iki araştırma uygulama hastanesinde çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 300 hemşire alınmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. İçerik geçerliğini test etmek için kapsam geçerlik indeksi, yapı geçerliğini belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirliğini test edebilmek için Cronbach Alfa değeri, madde toplam korelasyonu kullanılmıştır. **Bulgular:** KH-İDÖ için kapsam geçerlik indeksi .99'dur. Ölçeğin tamamının Cronbach Alfa katsayısı .94 olarak belirlenmiştir. Ölçek, kurumsal kabul görme ve mesleki başarı; mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı; kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme; mesleki sorumluluk bilincinde olma; mesleki yeterliğin görünürlüğü ve mesleğe değer verme olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların alfa değerleri sırasıyla .85, .88, .80, .90, .80 ve .80 olarak saptanmıştır. Madde toplam puan korelasyon katsayıları .37-.73 arasında değişmektedir. Uyum indekslerinden RMSEA .086, GFI .76, CFI .96, IFI .96, RFI .93 ve NFI .94 olarak saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda altı faktörlü ölçek yapısı doğrulanmıştır. **Sonuç:** KH-İDÖ ölçeği hemşirelerin iş doyumlarının belirlenmesi için güvenilir ve geçerli bir ölçme aracıdır. **Anahtar Sözcükler:** İş Doyumu, Hemşire, Geçerlik, Güvenirlik.

Abstract

Examining Psychometric Properties of The Turkish Version of Job Satisfaction Scale for Clinical Nurses

Background: Job satisfaction, which is one of the most important requirements of the people to be successful, happy and productive, is the feeling of contentment created by the perception of the job provided to the individual. **Objectives:** This study was performed to examine Psychometric Properties of The Turkish Version of Job Satisfaction Scale for Clinical (JSS-CN). **Methods:** Type of research is methodologically and the study included 300 nurses volunteering to participate in the study in two Research and Application Hospital. In adapting the scale into Turkish, the translation and back translation method was used. The Content Validity Index was used to test the content validity, the Confirmatory Factor Analysis was used for determine the construct validity, and Cronbach's alpha value and item total correlation were used to test the reliability. **Results:** The content validity index for JSS-CN was 0.99. The Cronbach alpha coefficient was 0.94. Scale consists of six subscales. These are institutional acceptance and professional success; the contribution of the profession to individual maturation; respect and acceptance in interpersonal relationships; awareness of professional responsibility; the appearance of professional competence and value of the profession. The alpha values of the six subscales were .85, .88, .80, .90, .80 and .80 respectively. Total score correlation coefficient of item range from .37 to .73. The fit indices were determined as RMSEA .086, GFI .76, CFI .96, IFI .96, RFI .93 and NFI .94. As a result of confirmatory factor analysis, a six-factor scale was verified. **Conclusion:** The JSS-CN scale is a reliable and valid measurement tool for determining the job satisfaction of nurses.

Key Words: Job Satisfaction, Nurse, Validity, Reliability.

Geliş tarihi: 25.04.2019

Kabul tarihi: 25.02.2020

İş doyumunu çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyidir. İşten alınan tatminin derecesi çalışanın yaşadığı haz ve olumlu duyguların ölçüsüyle ilişkilidir. Bu durumun tam tersi olduğunda ise çalışanın iş doyumunsuzluğu söz konusu olur (1,2). İş doyumunun varlığından söz edilebilmesi için bireyin ihtiyaçları kadar değer yargılarının da yaptığı iş ile uyumlu olması gerekir. Bunlara ek olarak çalışanların, işlerine ve işin tüm unsurlarına karşı geliştirdikleri duygusal tutumların bütünü olan iş doyumunu kişiye göre değişkenlik gösterebilen, personelin işine karşı gösterdiği genel tutum ve davranışları etkileyebilmektedir (3,4).

Çalışanların iş doyumuna ulaşması tüm meslekler için önemlidir. Ancak sağlık hizmetlerinin öznesi insan olduğu için bu hizmetleri sunan meslek mensuplarının, işlerini en doğru şekilde ortaya koymaları beklenir. Bu durumda öznesi insan olan bir hizmet alanında faaliyet gösteren sağlık profesyonellerinin performanslarının yüksek olması beklendiğinden iş doyumlarının sağlanması da oldukça önemlidir (1,5). Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında rol alan en büyük grup, sağlık kuruluşlarının en büyük insan gücünü oluşturması nedeniyle hemşirelik hizmetleridir. Bu nedenle, hemşirelerin iş doyumununun yüksek olması, verdikleri hasta bakımının kalitesini ve hasta memnuniyeti arttıracığından oldukça önemlidir (6).

Hemşirelerde iş doyumunu; sağlık bakım kalitesi, çalışan motivasyonu, iş gücü performansı gibi birçok değişkeni de etkileyebilmesi nedeni ile yöneticilerin, üzerinde önemle durması gereken konulardan birisidir. Kurumlarda belirli aralıklarla hemşirelerin iş doyumlarının ve kurumsal bağlılıklarının incelenmesi ile değişimlerin ve bu değişimlerin yönetilmesinin kurumdaki her düzey yönetici açısından önemli olduğu düşünülmektedir (7).

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalara bakıldığında hemşirelerin iş doyum düzeylerinin düşük ya da orta düzeyde olduğu saptanmıştır (5-10). Klinikte çalışan hemşirelerin iş doyumlarını ölçen ölçekler sınırlıdır. Yapılan bu çalışmalarda genellikle hemşirelik mesleğine özgü bir ölçek olmayan genel ifadeler içeren Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanılmaktadır.

*Dr.Öğr.Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi, Ebelik Bölümü. Eskişehir, e-mail: ozlemozcagan@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8671-3279> **Öğr.Gör.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı, İzmir, e-mail: kocabennur78@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6484-5956>

Hemşire iş doyum ölçeğinin sınırlı sayıda olması ve çalışmaya karar verildiğinde en güncel ölçek olması nedeniyle Lee ve arkadaşlarının (2018) geliştirdiği ölçek kullanılmıştır. Lee ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen ölçek “Kurumsal kabul görme ve mesleki başarı”, “Mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı”, “Kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme”, “Mesleki sorumluluk bilincinde olma”, “Mesleki yeterliğin görünürlüğü”, “Mesleğe değer verme” olmak üzere hemşirelik mesleğiyle ilişkili 33 madde içeren altı alt boyuttan oluşmaktadır. Klinik hemşirelere özgü iş doyum ölçeğinin sınırlı sayıda olması nedeniyle bu ölçeğin hemşirelik literatürüne önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Amaç

Çalışmada ülkemizde çalışan hemşirelerin iş doyumlarını ölçmek amacıyla Lee ve arkadaşları tarafından geliştirilen Job Satisfaction Scale for Clinical Nurses - Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeğinin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır (11).

Araştırma Sorusu

Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma metodolojik tasarımdadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma iki farklı Uygulama Hastanesi’nde yapılmıştır. Veriler Haziran-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Örneklem homojenliğinin sağlanması ve ölçeğin temsil ediciliğinin artırılması amacıyla iki farklı bölgedeki hastaneler tercih edilmiştir. Bu hastaneler bölgedeki en büyük hastaneler olup çevre illere hizmet vermektedir. Geniş bir örneklem grubuna ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yürütüldüğü Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan 745 hemşire ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi’nde çalışan 792 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil olma kriterleri, en az 6 ay klinik tecrübesi olma, gönüllü katılım esası ve veri toplama formlarının eksiksiz olarak yanıtlanmış olmasıdır. Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için örneklemin ölçek madde sayısının en az beş katı ile 10 katı arasında olması önerilmektedir (12,13,14). Her iki hastanenin evreninin benzer olması ve örneklemin homojenliğinin sağlanması amacıyla çalışmanın 150’şer hemşire üzerinde yapılması planlanmıştır. Bu bilgilerden yola çıkarak çalışmanın örneklemini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan 150 hemşire ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi’nde çalışan 150 hemşire olmak üzere toplam 300 hemşire oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini tanımlamaya yönelik sorulardan oluşan sosyodemografik bilgi formu ve hemşirelerin iş doyumlarını belirlemeye yönelik Byong-Sook Lee ve arkadaşları tarafından geliştirilen özgün adı Job Satisfaction Scale for Clinical Nurses (JSS-CN) olan ölçek kullanılmıştır (11).

Sosyo-Demografik Bilgi Formu: Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı, çalıştıkları birimden memnuniyetlerini belirlemeye yönelik toplam 11 adet soru yer almaktadır.

Job Satisfaction Scale for Clinical Nurses (JSS-CN)- Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği ise toplam 33 maddeden ve altı alt boyuttan oluşmakta ve 5’li likert ölçeği ile alınmıştır (1: Kesinlikle katılmıyorum; 5: Kesinlikle katılıyorum). Ölçekten alınabilecek puan aralığı 33-165 olup, ölçek alt boyut puan aralıkları birinci alt boyutta 9-45, ikinci alt boyut 6-30, üçüncü alt boyutta 8-40, dördüncü alt boyutta 4-20; beşinci alt boyutta 3-15, altıncı alt boyutta 3-15’ tir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, iş doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçek alt boyutları;

- Kurumsal kabul görme ve mesleki başarı (9 öge): Madde 19, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33
- Mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı (6 öge): Madde 12, 13, 14, 15, 16, 31
- Kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme (8 öge): Madde 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
- Mesleki sorumluluk bilincinde olma (4 öge): Madde 17, 18, 20, 21
- Mesleki yeterliğin görünürlüğü (3 öge): Madde 1, 2, 3
- Mesleğe değer verme (3 öge): Madde 23, 24, 25

Lee ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada Cronbach Alfa katsayısı $\alpha = .95$ ve alt boyutlarının alfa değeri ise sırasıyla $\alpha = .88, .87, .83, .78, .76$ ve $.74$ olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilip, yazılı ve sözlü onamları alınarak anketler uygulanmıştır. Anket ve ölçek uygulaması, araştırmacı tarafından çalışanların bölümleri ziyaret edilerek, her bir hemşireyle yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar form ve ölçeği kendileri doldurarak araştırmacılara teslim etmişlerdir. Verilerin toplanması, çoğunlukla mesai saatleri içinde, iş yoğunluğunun az olduğu saatlerde yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 15.0 ve LISREL 8.7 istatistik programı kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliliği için Davis’in kapsam geçerliliği oranı (KGO) formülü kullanılmıştır (15). Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde ve ortalama ile değerlendirilmiştir. Geçerlilik için kapsam geçerlilik indeksi, doğrulayıcı faktör analizi, bilinen grup karşılaştırması kullanılmıştır. Güvenilirlik için Cronbach Alfa, iki yarıya bölme yöntemi, madde-toplam puan ve madde-alt ölçek toplam puan

korelasyonu, taban ve tavan etki kullanılmıştır. Ölçekte tepki yanlılığı olup olmadığı Hotelling T² testi ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi .05 kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Ölçeğin kullanımı için Byong-Sook Lee bilgilendirilmiş ve elektronik posta ile gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya başlayabilmek için; etik kurul onayı (07.06.2018 tarihli 2018/14-19 Karar No), verilerin toplanabilmesi için ise; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nden yazılı izin ve hemşirelerin yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmıştır.

Bulgular

Hemşirelerin yaş ortalaması 30.93 ± 7.29 'dur. Çalışmaya katılan hemşirelerin %91.3'ü (n=274) kadın ve %8.7'si (n=26) erkektir. Hemşirelerin %60.3'ü evli (n=181), %23'ü (n=69) sağlık meslek lisesi mezunu, %9.7'si (n=29) ön lisans, %60'ı (n=180) lisans mezunu, %7'si (n=21) yüksek lisans ve %0.3'ü doktora mezunudur. Hemşirelerin %50'si (n=150) Araştırma Uygulama Hastanesi 1'de ve %50'si (n=150) Araştırma Uygulama Hastanesi 2'de çalışmaktadır. Hemşirelerin %87'si (n=261) çalıştığı bölümden memnundur. Hemşirelerin ortalama çalışma yılı 9.36 ± 6.80 , şimdiki biriminde çalışması süresi 5.69 ± 5.13 yıl ve bulunduğu hastanedeki çalışma yıl ortalaması 8.23 ± 6.79 yıldır.

Ölçek dil geçerliği

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması için izin alındıktan sonra, beş bağımsız dil uzmanı tarafından ölçek Türkçe'ye çevrilmiştir. Araştırma ekibi tarafından, beş farklı çeviri gözden geçirilerek ortak bir çeviri versiyonu oluşturulmuştur. Türkçe ve İngilizce dilini çok iyi bilen bir dil uzmanı tarafından ortak çeviri versiyonu, tekrar İngilizceye çevrildikten sonra özgün formu ile karşılaştırılmıştır. Uygun olmayan ifadeler gözden geçirilerek dil geçerliği sağlanmıştır. Ölçeğin orijinalinde 33 ifade bulunmaktadır. Dil geçerliği sonrasında 33 ifade uygun görülmüştür. Ölçeğin düzenlenmiş Türkçe formunun pilot uygulaması, araştırma grubu dışında bir devlet hastanesinde çalışan 30 hemşire ile yapılmıştır. Pilot uygulama kapsamında maddelerin açıklığı, anlaşılabilirliği test edilmiş ve ölçek son halini almıştır.

Ölçek geçerliği

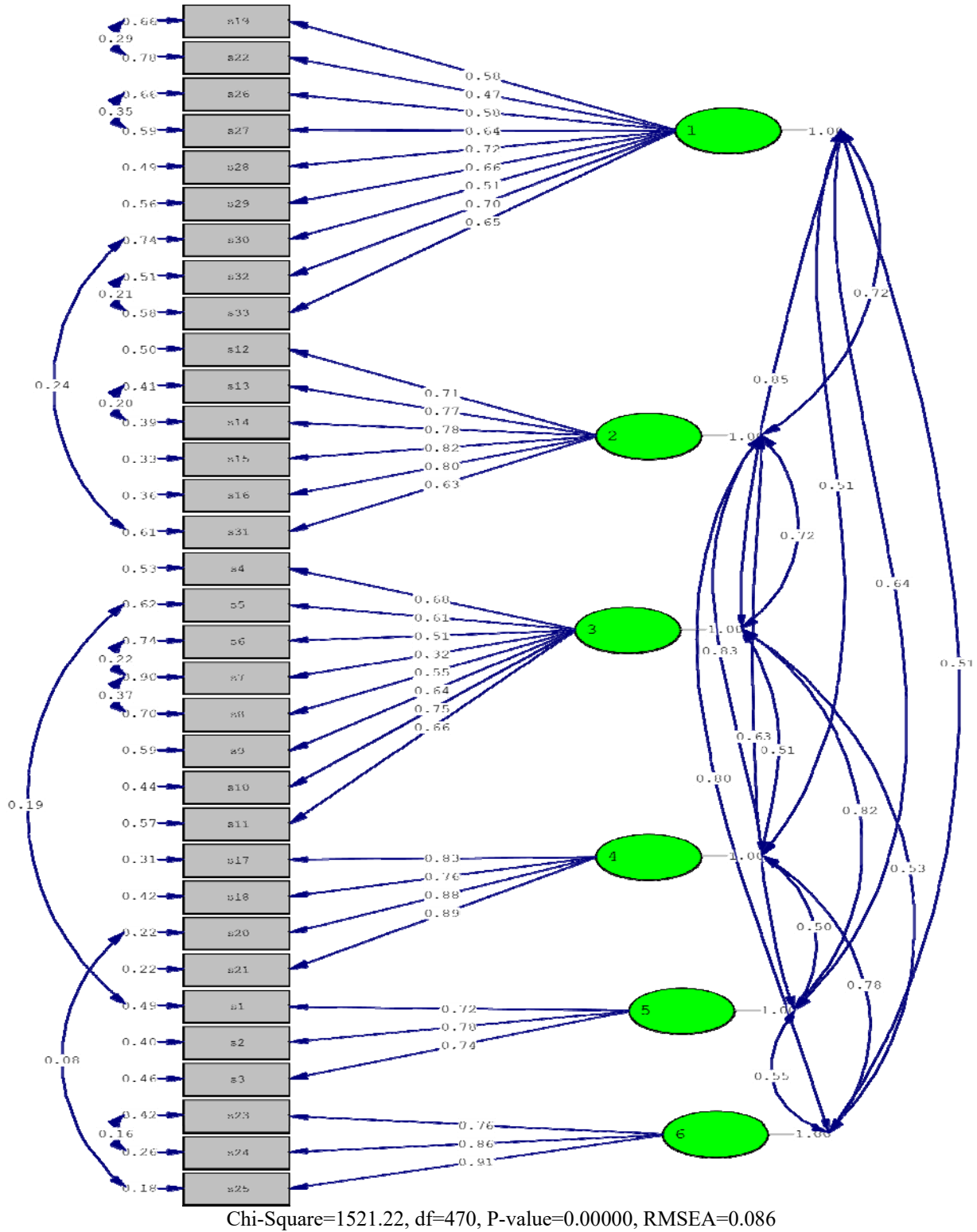
Kapsam geçerliğinin sağlanabilmesi için ölçek, alanında uzman sekiz kişinin (Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalından dört öğretim üyesi, Sağlık Yönetimi Bölümünden bir öğretim üyesi ve hastanede çalışan üç hemşire) değerlendirmelerine göre madde bazında uzman görüşleri alınmıştır. Davis (1992) tekniğine göre Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) .88-1.00 ve ortalama KGI .99 olarak hesaplanmıştır (18).

Kaiser-Meyer Olkin (KMO) kat sayısı .921, Bartlett testi X² değeri 6775.107 ve p = .001 olarak saptanmıştır.

Tablo 1. Model Uyum İndeksleri (300)

	<i>X²</i>	<i>SD</i>	<i>X²/SD</i>	<i>RMSEA</i>	<i>GFI</i>	<i>CFI</i>	<i>IFI</i>	<i>RFI</i>	<i>NFI</i>
Altı Faktörlü Model	1521.22	470	3.24	.086	.76	.96	.96	.93	.94

Altı faktörlü modelin hesaplanan ki-kare değeri 1521.22, serbestlik derecesi 470 ve p = .001 olarak saptanmıştır. X²/SD bölümü ise 3.24 olarak belirlenmiştir. Uyum indekslerinden RMSEA .086, GFI .76, CFI .96, IFI .96, RFI .93 ve NFI .94 olarak saptanmıştır (**Tablo 1**). DFA sonucunda ölçeğin birinci alt boyutun faktör yükleri .47-.72 arasında değiştiği, ikinci alt boyutun faktör yüklerinin .63-.82 arasında değiştiği, üçüncü alt boyutun faktör yüklerinin .32-.75 arasında, dördüncü alt boyutun faktör yüklerinin .76-.89 arasında değiştiği, beşinci alt boyutun faktör yüklerinin .72-.78 arasında değiştiği ve altıncı alt boyutun faktör yüklerinin .76-.82 arasında değiştiği belirlenmiştir (**Şekil 1**).



Birinci alt boyut: Kurumsal kabul görme ve mesleki başarı
İkinci alt boyut: Meleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı
Üçüncü alt boyut: Kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme
Dördüncü alt boyut: Mesleki sorumluluk bilincinde olma
Beşinci alt boyut: Mesleki yeterliğin görünürlüğü
Altıncı alt boyut: Mesleğe değer verme

Şekil 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda modifikasyon önerileri doğrultusunda modelde modifikasyon yapılmıştır. Modifikasyon sonrası hata varyansının eşitlendiği maddelerde faktörlerin ve modelde uyum indekslerinin yükseldiği saptanmıştır (Şekil 1).

Tablo 2. Hemşirelerin Çalıştığı Klinikten Memnun Olma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Bilinen Grup Karşılaştırması) (n=300)

Memnun Olma	n	M \pm SD	t	p
Olan	261	128.33 \pm 17.59	.770	.006
Olmayan	39	120.07 \pm 15.75		

Çalıştığı klinikten memnun olan hemşirelerin ölçek toplam puan ortalaması 128.33 \pm 17.59 iken memnun olmayan hemşirelerin toplam puan ortalaması 120.07 \pm 15.75'dir (Tablo 2). Çalıştığı klinikten memnun olan ve olmayan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (p = .006).

Güvenirlilik analizleri

Ölçeğin tamamının Cronbach Alfa kat sayısı .945 olarak belirlenmiştir. İki yarıya bölme analizi sonucunda birinci yarının Cronbach Alfa değeri .903, ikinci yarının Cronbach Alfa değeri .902, Spearman Brown kat sayısı .895, Guttman-split-half kat sayısı .894, iki yarı arasındaki korelasyon kat sayısı ise .809 olarak saptanmıştır. Ölçeğin ortalama puanı 127.26 \pm 17.56 olarak saptanmıştır. Ölçeğin taban etkisi yokken tavan etkisi %1.7 olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Ölçeğin kurumsal kabul görme ve başarı alt boyutunun Cronbach Alfa kat sayısı .854 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kurumsal kabul görme ve başarı alt boyut ortalama puanı 33.09 \pm 5.75 olarak saptanmıştır. Kurumsal kabul görme ve başarı alt boyutunun taban etkisi yokken, tavan etkisi %4.3 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı alt boyutunun Cronbach Alfa kat sayısı .886 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı alt boyut ortalama puanı 33.09 \pm 5.75 olarak saptanmıştır. Mesleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı alt boyutunun taban etkisi yokken tavan etkisi %7.3 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme alt boyutunun Cronbach Alfa kat sayısı .807 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme alt boyut ortalama puanı 28.71 \pm 5.16 olarak saptanmıştır. Kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme alt boyutunun taban etkisi yokken tavan etkisi %3.3 olarak belirlenmiştir. Mesleki sorumluluk bilincinde olma alt boyutunun Cronbach Alfa kat sayısı .904 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin mesleki sorumluluk bilincinde olma alt boyutunun taban etkisi .3 iken tavan etkisi %19.0 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin mesleki yeterliğin görünürlüğü alt boyutunun Cronbach Alfa kat sayısı .807 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin mesleki yeterliğin görünürlüğü alt boyut ortalama puanı 11.74 \pm 2.23 olarak saptanmıştır. Mesleki yeterliğin görünürlüğü alt boyutunun taban etkisi yokken tavan etkisi %14.0 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin mesleğe değer verme alt boyutunun Cronbach Alfa kat sayısı .807 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin mesleğe değer verme alt boyut ortalama puanı 12.76 \pm 2.22 olarak saptanmıştır. Mesleğe değer verme alt boyutunun taban etkisi %1.0 iken tavan etkisi %31.4 olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Ölçekte tepki yanlılığı olup olmadığını belirlemek için Hotelling T-kare testi yapılmış olup, Hotelling T-kare değeri 506.969 F = 14.200 ve p = .001 olarak saptanmıştır. Analiz sonucunda ölçekte tepki yanlılığı olmadığı saptanmıştır

Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyutların Güvenirlik Analiz Sonuçları (n=300)

Alt boyutlar	Total Cronbach α	Birinci yarı Cronbach α	İkinci yarı Cronbach α	Spearman-Brown	Guttman split-half	İki yarı arasında korelasyon	M \pm SD (Min-Max)	Taban Etki %	Tavan Etki %
Ölçek Toplam	.945	.903	.902	.895	.894	.809	127.26 \pm 17.56 (58-165)	-	1.7
Kurumsal kabul görme ve mesleki başarı	.854						33.09 \pm 5.75 (16-45)	-	4.3
Meleğin bireysel olgunlaşmaya katkısı	.886						24.10 \pm 3.66 (8-30)	-	7.3
Kişilerarası ilişkilerde saygı ve kabul görme	.807						28.71 \pm 5.16 (9-40)	-	3.3
Mesleki sorumluluk bilincinde olma	.904						16.85 \pm 2.63 (4-20)	.3	19.0
Mesleki yeterliğin görünürlüğü	.792						11.74 \pm 2.23 (4-15)	-	14.0
Mesleğe değer verme	.907						12.76 \pm 2.22 (3-15)	1.0	31.4

Tablo 4. Madde Ölçek Toplam Puan ve Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=300)

<i>Maddeler</i>	<i>Madde-Toplam Puan Korelasyonu (r)*</i>	<i>Madde- Alt Ölçek Toplam Puan korelasyonu (r)*</i>
M1	.58*	.85
M2	.63*	.84
M3	.59*	.84
M4	.60*	.70
M5	.60*	.59
M6	.53*	.65
M7	.37*	.61
M8	.56*	.70
M9	.62*	.63
M10	.63*	.78
M11	.63*	.64
M12	.64*	.76
M13	.70*	.83
M14	.72*	.84
M15	.73*	.84
M16	.71*	.84
M17	.68*	.87
M18	.60*	.84
M19	.68*	.62
M20	.63*	.90
M21	.67*	.90
M22	.64*	.49
M23	.60*	.92
M24	.67*	.95
M25	.67*	.89
M26	.57*	.72
M27	.63*	.74
M28	.61*	.74
M29	.61*	.66
M30	.49*	.66
M31	.65*	.69
M32	.60*	.75
M33	.53*	.72

* p<.001

Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanla korelasyonlarının .37-.73 arasında, birinci alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı ile korelasyonunun .49-.75 arasında, ikinci alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun .69-.84 arasında, üçüncü alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun .59-.78 arasında, dördüncü alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun .84-.90 arasında değiştiği, beşinci alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun .84-.85 arasında değiştiği ve altıncı alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun .89-.95 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4).

Tartışma

Çalışmamızda Çalışmada hemşirelerin iş doyumlarını ölçmek amacıyla Lee ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması amaçlanmıştır.

Ölçeğin geçerliğinin incelenmesi

Ölçüm araçlarının geçerliğinde en sık kullanılan yöntem kapsam geçerliğidir (16). Uzman görüşleri arasında

uyumun olduğunu söyleyebilmek için KGI değerinin .80'in üzerinde olması gerekmektedir (17,18). Bu çalışmada madde bazında ve ortalama KGI değeri .80'nin üzerindedir ve uzman görüşlerinin uyumlu olduğu saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda, ölçek maddelerinin 33'ünün kapsam geçerliğinin uygun olduğu ve konu açısından uygun içeriğe sahip olduğu söylenebilir.

Çalışmada ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek üzere faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi yapabilmek için öncelikle KMO testi kullanılarak örneklem yeterliliğine bakılmıştır. Literatürde Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerinin .80'den büyük olması örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olması ile açıklanırken, Barlett testi anlamlılık değerinin .05'ten küçük olması verilerin çok değişkenli normal dağılım göstermesi ve faktör analizine devam edilebileceği ile açıklanmıştır (19). Bu çalışmada KMO ve Barlett'in test değerleri, örneklem büyüklüğü ve veri yapısının faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir.

Doğrulamalı faktör analizi, veri ile yapı arasında uyumu gösteren uyum indekslerinin değerlendirilmesine dayalı bir yöntemdir. Literatürde DFA'de faktör madde yüklerinin .30'un üzerinde olması gerektiği ve daha küçük değerlere sahip maddelerin ölçeğin dışında bırakılması gerektiği vurgulanmaktadır. DFA sonucunda, ölçeğin faktör yükleri .30'un üzerinde bulunmuştur. Yaygın olarak kullanılan diğer uyum istatistik testleri RMSEA, SRMR, CFI, NFI, GFI, IFI ve RFI'dır (20,21). Literatürde RMSEA değerinin .10'dan, diğer uyum indekslerinin .85 veya .90'dan büyük olmasının modelin uyum indekslerine sahip olduğunu, oluşturulan modelin gerçek yaşamla uyumlu olduğunu göstermektedir (22,23). Uyum iyiliği indekslerinden; ki-kare serbestlik derecesi'nin (χ^2 /sd) beşten küçük olması, RMSEA'nın .08'den küçük olması, AGFI'nin 80'in üstünde olması, CFI ve IFI'nın .95'ten büyük olması uyumun iyi olduğunu göstermektedir (24). Bu çalışmada, RMSEA değerinin anlamlı ve .08'in altında olması uyumun iyi olduğunu; AGFI değerinin .80'den büyük olması; CFI ve IFI değerlerinin .95'in üstünde olması uyumun olduğunu göstermiştir. Yapılan DFA sonucunda elde edilen uyum indeksleri genel olarak kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer almaktadır. Ancak modifikasyon önerileri de dikkate alındığında maddeler arasında yapılacak modifikasyon ile modelin uyum değerlerinin daha da iyileşeceği düşünülmüştür. Bu ölçekte 30 ve 31 maddeler katılımcıların hemşireliğin profesyonel bir iş olması ile ilgili örtük algılarını değerlendirmekte, bu iki madde birbiriyle ilişkili bulunmaktadır bu nedenle program bu iki değişkenin ilişkilendirilebileceğini önermiştir. Modifikasyon yapılmadan önceki faktör yükleri ve uyum indeksleri düşük bulunmuştur, modifikasyon yapıldıktan sonra faktör yükleri ve uyum indeksleri artmıştır. Bu durum teorik olarak önerilen modifikasyonların anlamlı olduğunu göstermektedir (Şekil 1). Yapılan analizlerin tümü açısından, elde edilen sonuçların altı faktörlü modelin kabul edilebilirliğini desteklediğine işaret etmektedir.

Ölçeğin güvenilirliğinin incelenmesi

Bir ölçeğin güvenilirliği, bir değişkenin gerçek değerinin ölçme araçları ile doğru ve tam olarak ölçülebilme derecesidir (22). Bu aşamada, ölçek güvenilirliğini test etmek amacıyla maddelerin madde-toplam test puanı korelasyonu ve Cronbach Alfa iç güvenilirlik katsayısı hesaplanmaktadır. Bir ölçeğin güvenilirliğini değerlendiren ölçütlerden biri iç tutarlılıktır. İç tutarlılığı değerlendirmek için en fazla kullanılan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısıdır. Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, bir değerlendirme aracının yeterli olarak değerlendirilebilmesi için mümkün olduğunca 1'e yakın olmalı ve iyi bir güvenilirliğe işaret ettiği düşünüldüğünde .7 veya daha yüksek bir değer olmalıdır (22,23,25). Ölçeğin genel ve alt boyutlar için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının yüksek olduğu belirlendi. Lee ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı $\alpha = .95$ ve alt boyutlarının alfa değerleri ise sırasıyla $\alpha = .88, .87, .83, .78, .76$ ve $.74$ olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak çalışmamızda ölçek maddelerinin birbirleri ile tutarlı olduğu ve arka planda ölçülmek istenen değişkeni temsil ettiği saptandı. Madde-toplam puan analizi, ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Bu değer .20'den büyük ve pozitif yönde olması gerekir (24,26,27). Toplam 33 maddenin hem madde toplam puan hem de madde alt ölçek toplam puan korelasyon katsayılarının pozitif yönde ve .20'den büyük olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçekteki 33 maddenin her alt boyutunun toplam puanı ile yüksek düzeyde korelasyon gösterdiğini, ölçmek istenen niteliği yeterli düzeyde ölçtüğünü, ölçek ve alt boyutların madde güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermiştir. Literatürde, ölçeğin orijinal dili dışında bir başka dil için uygulanan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması saptanmamış olup benzer durumlar için tartışma olanağı bulunmamıştır.

Klinik hemşirelerin iş doyum düzeylerini belirlemek amacıyla Lee ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen "Klinik Hemşireler İçin İş Doyum Ölçeği'nin" güvenilirlik ve geçerlik sonuçlarına bakıldığında; Likert tipinde 5'li değerlendirmeye sahip olan ölçeğin dil geçerliliği yapıldı, kapsam geçerliliğini gösteren KGİ, güvenilirliği gösteren madde toplam korelasyon ve Cronbach Alfa değerinin yüksek olduğu saptandı. Ölçeğin test-tekrar test puan korelasyonları pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bulundu. Doğrulamalı faktör analizi sonuçlarına göre; ölçeğin altı faktörlü yapısının kabul edilebilir bir yapıda olduğu saptandı. Sonuç olarak; 33 madde ve altı alt boyuttan oluşan ölçeğin, yapılan analizler sonucunda geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptandı. Ayrıca ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yürütüldüğü araştırma grubu İzmir ve Eskişehir ilindeki iki üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerden oluşmaktadır. Bu sebeple ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği için farklı örneklem üzerinde yapılacak çalışmalar da son derece önemlidir. Bu ölçeğin kullanılacağı araştırmaların yapılmasının ölçme gücüne önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, en önemli işgücünü 24 saat hizmet veren hemşireler oluşturur. Hemşirelerin işinden sağladığı doyum, yaşamını da olumlu veya olumsuz etkilemektedir. Bir işyerinde çalışma koşulları, bireyler üzerinde doyumсуuzluk yaratan bir etkiye sahipse, çalışanların fiziksel ve ruhsal durumu olumsuz yönde etkilenir. Bu durum, çalışanların kendisini olumsuz algılamasına, olumsuz bir tutum sergilemesine ve kurumdan yararlananlara olumsuz hisler beslemesine neden olabilmektedir. Bu sebeple hemşirelerin iş doyumunu onların performanslarının ve hasta bakım kalitesinin önemli göstergelerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Çalışanların iş doyumunu kendi mutluluklarının olduğu kadar verdiği hizmetin kalitesini yükseltmek için de son derece önemlidir. Bu nedenlerden dolayı hemşirelerin iş doyum düzeyinin belirlenmesi ve buna etki edebilecek faktörlerin araştırılarak iş doyumunu artırmaya yönelik önlemler alınması giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada gelişmiş güzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır ve çalışmaya sadece gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş hemşireler alınmıştır. Ayrıca araştırma iki üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir, devlet hastanesi ve eğitim-araştırma hastanelerindeki çalışma koşulları ve çalışan özellikleri açısından genellenemez.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı, çalışmanın dizaynı ÖÇ; yöntem ÖÇ, BK; veri toplama ve işleme ÖÇ, BK; analiz ve yorumlama ÖÇ, BK; yazan ÖÇ, BK. Araştırmacılar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışmaya başlamadan önce etik kurul onayı (07.06.2018 tarihli 2018/14-19 Karar No) alınmıştır.

Kaynaklar

1. Öztürk H, Kasım S, Kavgacı A, Kaptan D, İnce G. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;18(1):17-25
2. Mousazadeh S, Yektatalab S, Momennasab M, Parvizy S. Job satisfaction and related factors among Iranian intensive care unit nurses. *BMC Research Notes* 2018;11:823.
3. Serafin L, Bjersa K, Doboszyrska A. Nurse job satisfaction at a surgical ward a comparative study between Sweden and Poland. *Medycyna Pracy* 2019;70(2):1-13.
4. Orhaner E, Mutlu S. Sağlık personelinin iş tatmininin motivasyon üzerine etkisi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi* 2018;4(1):74-93.
5. Tambağ H, Can R, Kahraman Y, Şenpolat M. Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumuna üzerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2015;11:143-149.
6. Doğu Ö, Tiryaki Ö. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İzolasyon Uyumu Ve Eldiven Kullanma Tutumlarının İş Doyumuna İlişkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2017;21(1):16-21.
7. İntepeler Ş.S, Güneş N, Bengü N, Yılmazmış F. (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Kurumsal Bağlılıklarındaki Değişim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2014;7:(1)2-6.
8. Bahar A, Şahin S, Akkaya Z, Alkayış M. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6(2):57-64
9. Nal M, Nal B. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi* 2018;8(1):131-140.
10. Gönültaş T, Aytaç N, Akbaba M. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumunun Araştırılması. *Sakarya Tıp Dergisi* 2018;8(1):30-40.
11. Lee BS, Eo YS, Lee MA. development of job satisfaction scale for clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2018;48(1):12-25.
12. Büyükoztürk Ş, Kılıç ÇE, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 15. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2013.
13. Wolf EJ, Harrington KM, Clark SL, Miller MW. Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *National Institutes of Health* 2013;76(6):913-934.
14. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, AlaviMajd H, Nikanfar AR, Ghahramanian A. Details of content validity and objectifying it in instrument development. *Nursing Practice Today* 2014;1(3):163-71.
15. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research* 1992;5:194-197.
16. Crestani AH, Moraes, AB, Souza APR. Content validation: clarity/relevance, reliability and internal consistency of enunciative signs of language acquisition. *Codas*. 29(4): e20160180;2017.
17. Polit DF, Beck CT, Owen SV. 2007 Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007;30(4):459-467.

18. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HC. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007;60(1):34-42.
19. Kartal H, Kantek F. Yönetici Hemşirelerde Hemşirelik İmajı Ölçeğinin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2018;14:190-197.
20. Çokluk Ö, Şekercioglu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. 4. Baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2016:177-330.
21. Yılmaz V, Çelik H. LISREL 9.1 ile yapısal eşitlik modellenmesi. 1. Baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2014:275.
22. Özdamar K. Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme/Yapısal eşitlik modellenmesi: IBM SPSS, IBM AMOS ve MINITAB Uygulamalı. Eskişehir: Nisan Kitabevi; 2016.
23. Yaşlıoğlu MM. Factor analysis and validity in social sciences: application of exploratory and confirmatory factor analyses. *Istanbul University Journal of the School of Business* 2017;46:74-85.
24. De Vellis, R.F. Scale development, theory and Applications. 3rd ed. India, SAGE Publication; 2012:31-59.
25. Karagöz Y. SPSS and AMOS 23 Applied statistical analysis. Ankara: Nobel Press; 2016.
26. Johnson B, Christensen L. Educational research: quantitative, qualitative, and mixed approaches. California, SAGE Publication;2014: 190-222.
27. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Akademi;2016.

Stomalı Bireylerde Uyku Kalitesinin İncelenmesi

Deniz HARPUTLU*, Deniz TALAZ**, Deniz CENAN***, Sercan KARADAĞ****, Filiz ÖGCE*****

Öz

Giriş: Uyku, temel bir biyolojik fonksiyondur ve yaşam için oldukça gereklidir. **Amaç:** Bireylerin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı için kritik önemi olan uykunun, stomalı bireylerde nasıl olduğunu ve etkileyen etmenleri değerlendirmek bu araştırmanın amacını oluşturmaktadır. **Yöntem:** Bu araştırma kesitsel bir araştırmadır. Araştırma verileri iki stomaterapi ünitesinde 15.09.2015-15.09.2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evren ve örneklemini belirlenen 1 yıllık süre içinde Stomaterapi ünitelerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 stomalı birey oluşturmuştur. Araştırma verileri anket yöntemi ile toplanmış, 16 sorudan oluşan Stomalı Bireyleri Tanılama Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan stomalı bireylerin, yaş ortalaması 55.60 ± 13.73 , %57.8'i erkek, %61.8'nin kronik bir hastalığı yoktu ve %39.2'sinin beden kitle indeksi $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ aralığındaydı. Bireylerin stoma özellikleri incelendiğinde, %56.9'unun ileostomi vardı ve %70.6'sının stoması geçiciydi. Bireyler, ortalama 18.70 ± 44.60 aydır stoma ile yaşamakta, %51'i stoma bakımında destek almakta, %62.7'sinin herhangi bir stoma komplikasyonu yoktu. Bireylerin, PUKÖ toplam puan ortalaması, 6.44 ± 3.23 (min:1-max:15) olarak bulunmuştur. Uyku kalitesi toplam puanı ile bireylerin sosyodemografik ve stoma özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. **Sonuç:** Araştırmaya katılan stomalı bireylerin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Bu sonuç stomalı bireylerin uyku kalitesini değerlendiren diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Araştırma verilerine göre, stomalı bireylerin uyku kalitesini etkileyen faktörlerin açıklanmasına yönelik niteliksel araştırmaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca, stomalı bireylerin uyku durumunun poliklinik kontrolleri sırasında düzenli olarak değerlendirilmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre, bireye özgü girişimlerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Uyku Kalitesi, Kolostomi, İleostomi, Stoma Bakım Hemşireliği.

Abstract

Investigation of Sleep Quality in Individuals with Stoma

Background: Sleep is a basic biological function and is essential for life. **Objectives:** The purpose of this research is to evaluate the sleep, which is critical for individuals' physical, mental and emotional health, and how it affects the individuals with stoma. **Methods:** This research is a cross-sectional research. The research data were collected in two stomatherapy units between 15.09.2015-15.09.2016. The population and sample of the study consisted of 102 individuals with stoma who consulted to Stomatherapy units within the specified one-year period and who agreed to participate in the research. The research data were collected by questionnaire method, and the Stoma Recognition Form consisting of 16 questions and Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) were used in data collection. **Results:** The mean age of individuals with stoma was 55.60 ± 13.73 , 57.8% were male, 61.8% had no chronic disease and 39.2% had a body mass index of $18.5-24.9 \text{ kg / m}^2$. When the stoma features of the individuals were examined, 56.9% had ileostomy and 70.6% of the stoma was temporary. Individuals have been living with stoma for 18.70 ± 44.60 months on average, 51% have been supported in stoma care, 62.7% did not have any stoma complications. The total score score of the PSQI was 6.44 ± 3.23 (min: 1-max: 15). There was no significant correlation between the sleep quality total score and the sociodemographic and stoma features of the individuals. **Conclusion:** It was found that the sleep quality of the patients with stoma was poor. This result is similar to other research results evaluating sleep quality of people with stoma. According to the research data, it is recommended to conduct qualitative studies to explain the factors affecting the sleep quality of the patients with stoma. In addition, it is recommended that individuals with stoma should be evaluated regularly during outpatient clinic controls and individualized interventions should be planned according to the evaluation results.

Key Words: Sleep Quality, Colostomy, Ileostomy, Stoma Care Nursing.

Geliş tarihi: 29.10.2019

Kabul tarihi: 17.03.2020

Stoma, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserlerin, inflamatuvar barsak hastalıklarının ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişimdir (1, 2). Uyku, temel bir biyolojik fonksiyondur ve yaşam için oldukça gereklidir. Uyku kalitesi ise, bireyin uyandıktan sonra kendini yeni bir güne hazır, zinde ve formda hissetmesidir (3, 4).

Vorbeck ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada stomalı bireylerin, geceleri stoma torbalarındaki dışkı, idrar ya da gazı sık sık boşaltmak için uyanmak zorunda kaldıklarını, bu durumun da uyku kesintileri ve yorgunluk

Bu araştırma, 13-18 Haziran 2017 tarihinde Berlin'de düzenlenen 13. European Council of Enterostomal Therapy (ECET) kongresinde "Is it Possible to Have Qualified Sleep with Stoma?" başlığı ile sözel sunum olarak kabul edilmiş ve Deniz Harputlu tarafından sunulmuştur (İngilizce). 16-20 Mayıs 2017 tarihinde Antalya'da düzenlenen XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi ve IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi'ne "Stoma ile Kaliteli Bir Uyku Mümkün mü?" başlığı ile kabul edilmiş ve Deniz Harputlu tarafından sözel sunum (Türkçe) olarak sunulmuştur.

*Dr.Öğr.Üyesi, Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik AD, ANKARA dharputlu@ankara.edu.tr, Orcid: 0000-0002-2682-058X **Dr. deniz_talaz@yahoo.com, Orcid: 0000-0002-7354-9331 ***Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Stomaterapi Ünitesi, den.cagan@hotmail.com, Orcid: 0000-0003-4912-1068 ****Hemşire, Ankara Şehir Hastanesi, Gastro Cerrahi Kliniği, Stoma ve Yara Bakım Ünitesi, sercankaradag75@hotmail.com, Orcid: 0000-0002-2106-4834 *****Prof. Dr., İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, filiz.ogce@ieu.edu.tr, Orcid: 0000-0002-5926-3062

sorunu yaşamalarına neden olduğu belirtilmektedir (5). Carlsson ve arkadaşları yaptıkları tanımlayıcı çalışmalarında, araştırmaya dahil olan bireylerin 24 saat içinde 8-15 kez, bir gecede ise 1-3 kez torbalarını boşalttıklarını belirlemişlerdir (6). Çavdar ve arkadaşları tarafından stomalı bireylerin uyku kalitesini değerlendirmek üzere tanımlayıcı kesitsel düzende, 111 ürostomili bireyin katılımıyla bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları, ürostomili bireylerin uyku kalitelerinin kötü olduğunu ve buna bağlı yaşam kalitesi puanlarının da düşük olduğunu göstermiştir (7). Ürostomili bireylerin uyku kalitesini değerlendiren bir diğer kesitsel araştırma da Furukawa ve Morioka tarafından, 86 ürostomili bireyin katılımıyla gerçekleştirilmiş ve araştırma sonuçları Çavdar'ın sonuçları ile benzer olarak, ürostomili bireylerin uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermiştir (8). Vorbeck tarafından kolostomi, ileostomi ve ürostomili 26 bireyin katılımıyla gerçekleştirilen bir diğer tanımlayıcı araştırmanın sonuçları da uykunun stomalı bireyler için bir problem olduğunu ve uyku kesintilerinin stomalı bireylerde, sağlıklı yetişkinlerden daha fazla görüldüğünü belirlemiştir (5).

Stomalı bireylerin uyku kalitesi, stoma torbasının boşaltılma gereksinimi dışında, torbanın açılması ya da sızıntı olacağı endişesi nedeniyle de olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu endişeler ve torba boşaltmak için uyanma zorunluluğu hissi, stomalı bireylerin günlük yaşamlarında yorgunluğa neden olabilmektedir (5, 9).

Amaç

Bu araştırmanın amacı, stomalı bireylerde uyku kalitesinin ve uyku kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesidir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın verileri Ankara ve İzmir'de bulunan iki stomaterapi ünitesinde 15.09.2015-15.09.2016 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın örneklemini belirlenen bir yıllık süre içinde stomaterapi ünitelerine başvuran ve araştırmaya dahil olma kriterlerine sahip 102 stomalı birey oluşturdu. Bir yılda stomaterapi üniteleri tarafından takip edilen stomalı birey sayısı 200 üzerinden hesaplandığında (N), %50 bilinmeyen prevelans, %5 sapma ve %95 güven aralığında 132 kişiye ulaşılması gerekmektedir (epiinfo'da hesaplanmıştır). Araştırmada en küçük örneklem sayısı 132 ancak 102 kişi araştırmaya katılmıştır. Araştırmanın katılım hızı %77.27 olarak belirlendi.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Hastanın kolostomi, ileostomi veya ürostomisinin olması
- Hastanın 18 yaşından büyük olması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

Veri toplama araçları

Araştırma verileri stomalı bireyleri tanılama formu ve Pittsburg uyku kalitesi ölçeği (PUKÖ) ile toplanmıştır.

Stomalı Bireyleri Tanılama Formu: Bu form araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur (2, 5, 7, 8, 9). Bu form toplam 16 soru ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, stomalı bireylerin kişisel özelliklerini tanılamak amacıyla yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, gelir-gider durumu, kronik hastalık ve beden kitle indeksi (BKİ)'ne ilişkin dokuz soruyu içermektedir. İkinci bölüm, bireylerin stoma özelliklerini tanılamak amacıyla bireyin ne kadar süredir stomasının olduğu, stomanın tipi (kolostomi/ileostomi/ürostomi), stomanın durumu (kalıcı/geçici), açılma nedeni, bakımını kimin yaptığı, stoma çevresinde bir problem olup olmadığı ve stoma torbasını kontrol veya değişim için gece kaç defa uyandığını belirlemeye yönelik yedi sorudan oluşmaktadır.

Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ): PUKÖ 1989 yılında Buysse, Reynolds, Monk ve arkadaşları tarafından bireylerin son bir aydaki uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ağargün, Kara ve Anlar tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Pittsburg uyku kalitesi ölçeği sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmekte, "uykusu iyi olanlar" ve "uykusu kötü olanlar" arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir. Ölçeğin orijinalinde, Cronbach's alpha değeri 0.83; Türkçe versiyonunda 0.80 olarak bulunmuştur. Bizim örneklem grubumuz için bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0.73 olarak hesaplanmıştır. PUKÖ toplam 24 soru içermekte

bunların 19'u kendini değerlendirme (öz bildirim) sorusu, beşi de eş ya da oda arkadaşı tarafından yanıtlanmaktadır (11).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)'nin bileşenleri (komponent); bileşen 1 (öznel uyku kalitesi-6.soru), bileşen 2 (uyku latensi-2. ve 5a soruları), bileşen 3 (uyku süresi-4. soru), bileşen 4 (alışılmış uyku etkinliği-1. 3. ve 4. sorular), bileşen 5 (uyku bozukluğu-5b-j sorusu), bileşen 6 (uyku ilacı kullanımı-7.soru), bileşen 7 (gündüz işlev bozukluğu (8. ve 9. sorular). Global PUKİ, tüm bileşenlerin puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Her bileşen 0-3 arasında puanlanır. Ölçek toplam puanı 0-21 arasındadır. PUKÖ toplam puanının 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir. Ölçeğin tanısal duyarlılığı %89.6 ve özgüllüğü %86.5'dir (12).

Veri Toplama Süreci

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli olan kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırma verilerinin toplanmasına başlandı. Araştırma verileri, stomaterapi ünitelerine kontrol için gelen stomalı bireyler ile yanlarında refakatçileri olmadan görüşülerek toplandı. Öncelikle stomalı bireylere araştırmanın amacı, içeriği, kapsamı ve kendilerinden ne beklendiği açıklandı. Sonra araştırma verileri, stoma ve yara bakım hemşiresi olan üçüncü ve dördüncü (Deniz Cenan, Sercan Karadağ) araştırmacı tarafından araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile stomaterapi ünitesinde yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Her bireyin veri toplama araçlarını doldurma süresi ortalama 10 dakika sürdü.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 14.0 (Statistical Package For Social Sciences) paket programı kullanılarak yapıldı.

- Frekans ve yüzde dağılımları, Ki-Kare analizi, student t testi ve korelasyon analizi kullanıldı,
- Araştırmada önemlilik testleri $\alpha = .05$ önem düzeyine göre değerlendirildi.

Etik Açıklamalar

Araştırmanın yürütülebilmesi için İzmir Ekonomi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan yazılı onay (08.12.2014 tarih ve 44 numaralı karar), verilerin iki stomaterapi ünitesinde toplanabilmesi için de hastane başhekimliklerinden kurum izni alındı. Araştırmaya katılan stomalı bireylerin bilgilendirilmiş sözel onamları alındı. Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği'ni araştırmamızda kullanabilmek için, ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapan, Mehmet Yücel Ağargün'den e-mail aracılığıyla yazılı izin alındı. Makalede, araştırma ve yayın etiğine uyuldu.

Bulgular

Stomalı Bireylerin Genel Özellikleri

Stomalı bireylerin yaş ortalaması 55.60 ± 13.73 (min: 20-max: 90), %57.8'i erkek, %36.3'ü ilkokul mezunu, %77.5'i evli, %39.2'sinin beden kitle indeksi $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ aralığındaydı ve %61.8'inin stoma açılma nedeni dışında herhangi bir kronik hastalığı yoktu. Katılımcıların ortalama $18.70 \pm 44,60$ (min: 1-max: 408) aydır stoması vardı. Stomalı bireylerin %57.8'inin stoması ileostomi (%42.2'sinin stoması kolostomiydi. Araştırmaya katılan ürostomili birey bulunmamaktaydı), %70.6'sının stoması geçici ve %82.4'ünde stoma açılma nedeni kanserdi. Araştırmaya katılan ürostomili birey bulunmamaktadır. Ayrıca, bireylerin %62.7'sinin herhangi bir stoma komplikasyonu yoktu ve %51'inin stoma bakımını kendisi dışında biri yapıyordu. Stomalı bireyler, ortalama 1.8 ± 1.36 (min:0-max:8) kez stoma torbalarını boşaltmak veya kontrol etmek için her gece uykusundan uyanıyordu.

Stomalı Bireylerin Uyku Kalitesi Puanları

Stomalı bireylerin PUKÖ toplam puan ortalaması 6.44 ± 3.23 olarak belirlendi. Uyku kalitesi ölçeği bileşenleri incelendiğinde, öznel uyku kalitesi bileşeni puan ortalaması 1.43 ± 0.92 , uyku latensi (gecikmesi) bileşeni puan ortalaması 1.15 ± 0.80 , uyku süresi bileşeni puan ortalaması 0.77 ± 0.90 , alışılmış uyku etkinliği bileşeni puan ortalaması 0.64 ± 1.02 , uyku bozukluğu bileşeni puan ortalaması 1.11 ± 0.47 , uyku ilacı kullanımı bileşeni puan ortalaması 0.17 ± 0.58 , gündüz işlev bozukluğu bileşeni puan ortalaması 1.13 ± 1.11 olarak bulundu (Tablo 1).

Tablo 1. Stomalı Bireylerin PUKÖ Puanları

PUKÖ Bileşeni	Sayı (%)	Ort ± SS (N = 101)
Öznel Uyku Kalitesi		1.43 ± 0.92
Çok İyi	12 (11.9)	
Oldukça İyi	51 (50.5)	
Oldukça Kötü	20 (19.8)	
Çok Kötü	18 (17.8)	
Uyku Latensi-Gecikmesi		1.15 ± 0.80
15 dakikadan az	20 (19.6)	
16-30 dakika arasında	51 (50.5)	
31-60 dakika arasında	24 (23.8)	
60 dakika üzerinde	6 (5.9)	
Uyku Süresi		0.77 ± 0.90
7 saat ve üzeri	46 (45.5)	
6-6.9 saat	41 (40.6)	
5-5.9 saat	5 (5.0)	
5 saatin altında	9 (8.9)	
Alışılmış Uyku Etkinliği		0.64 ± 1.02
% 85'in üzerinde	66 (65.3)	
% 75-84	16 (15.8)	
%65-74	8 (7.9)	
%65 in altında	11 (10.9)	
Uyku Bozukluğu		1.11 ± 0.47
Hiç yaşanmadı	4 (4.0)	
Haftada birden az	83 (82.2)	
Haftada bir iki kez	12 (11.9)	
Haftada üç ve üzeri	2 (2.0)	
Uyku İlacı Kullanımı		0.17 ± 0.58
Hiç Kullanmıyor	91 (90.1)	
Haftada Birden Az	4 (4.0)	
Haftada Bir İki Kez	4 (4.0)	
Haftada Üç Ve Üzerinde	2 (2.0)	
Gündüz İşlev Bozukluğu		1.13 ± 1.11
Hiç Yaşanmadı	42 (41.6)	
Haftada Birden Az	17 (16.8)	
Haftada Bir İki Kez	28 (27.7)	
Haftada Üç ve Üzerinde	14 (13.9)	
PUKÖ Toplam Puan		6.44 ± 3.23

Stomalı Bireylerin Genel ve Stoma Özellikleri ile Uyku Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

Stomalı bireylerin genel ve stoma özellikleri ile PUKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, beden kitle indeksi, gece uyanma sayısı, stoma tipi, stoma durumu, stoma komplikasyonu varlığı, stoma süresi, stoma bakımını kimin yaptığı ve stoma açılma nedeni değişkenlerinin uyku kalitesi toplam puan ortalamasını etkilemediği belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Stomalı Bireylerin Özellikleri ile PUKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Stomalı bireylerin özellikleri	Sayı (%), Ort±SS	PUKÖ toplam puanı
Yaş	55.60±13.73	$r^{**} = -.098, p = .329$
Cinsiyet		
Kadın	43 (42.2)	6.76 ± 3.20
Erkek	59 (57.8)	6.20 ± 3.27
		$t^{***} = -.859, p = .392$
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	39 (38.2)	6.58 ± 3.55
Yok	63 (61.8)	6.35 ± 3.04
		$t^{***} = .353, p = .725$
Beden kitle indeksi		
Zayıf	5 (4.9)	5.20 ± 4.65
Normal kilolu	40 (39.2)	6.53 ± 2.75
Fazla kilolu	40 (39.2)	6.12 ± 3.32
1.derece obez	17 (16.6)	6.50 ± 3.43
		$F^{****} = 2.087, p = .088$
Gece Uyanma Sayısı	1.80±1.36	$r^{**} = .158, p = .115$
Stoma Tipi		
İleostomi	59 (57.8)	6.68 ± 3.16
Kolostomi	43 (42.2)	6.11 ± 3.33
Ürostomi	0	0
		$t^{***} = -.879, p = .382$
Stoma Durumu		
Geçici	72 (70.6)	6.84 ± 3.18
Kalıcı	30 (29.4)	5.50 ± 3.21
		$t^{***} = 1.933, p = .056$
Stoma Komplikasyonu		
Var	38 (37.3)	7.21 ± 3.26
Yok	64 (62.7)	5.98 ± 3.15
		$t^{***} = 1.866, p = .065$
Stoma Süresi	18.70±44.60	$r^{**} = -.161, p = .109$
Stoma bakımı		
Kendisi yapıyor	28 (27.5)	6.25 ± 2.87
Başkası yapıyor	52 (51.0)	6.51 ± 3.37
Yardımla yapabiliyor	22 (21.6)	6.52 ± 3.47
		$F^{****} = .069, p = .933$
Stoma nedeni		
Kanser	84 (82.4)	6.51 ± 3.34
İnflamatuvar bağırsak hastalığı	9 (8.8)	6.80 ± 2.97
Diğer (travma, perforasyon vb.)	9 (8.8)	5.25 ± 2.37
		$F^{****} = .621, p = .540$

*p<.05 ** Pearson Korelasyon Analizi *** t Testi **** Varyans Analizi

Tartışma

Uyku, temel bir biyolojik fonksiyondur ve yaşam için oldukça gereklidir. Kişinin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı için kritik öneme sahiptir. Çalışmamızda stomalı bireylerin uyku kalitesi puan ortalaması 5'in üzerinde bulundu (PUKÖ = 6.44 ± 3.23). Bu puan, araştırmaya dahil olan stomalı bireylerin uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Furukawa ve ark tarafından 86 ürostomili bireyin katılımıyla gerçekleştirilen kesitsel araştırma da stomalı bireylerin uyku kalitesi puan ortalamasının 6.4 ± 3.6 ile iyi olmadığı belirtilmektedir (8). Benzer olarak Vorbeck ve arkadaşları 26 stomalı (kolostomi, ileostomi ve ürostomi) birey ile tanımlayıcı ve girişimsel olmak üzere iki bölümden oluşan bir araştırma yapmışlardır. Araştırmanın tanımlayıcı bölümünde 26 stomalı bireyin uyku kalitesi puanları PUKÖ ile değerlendirilmiş ve 7.23 ± 3.75 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın girişimsel kısmında ise stomalı 5 bireye Stoma Uyku Hijyeni Aracı (literatür taraması ile oluşturulmuş, bireylerin yapması ve yapmaması gereken durumları içeren bir araçtır) dört hafta boyunca uygulanmıştır. Girişim uygulanan 5 hastanın girişim öncesi PUKÖ puan ortalaması 9.40 ± 3.05 iken bu puan girişim sonrası 8.20 ± 2.78 olarak hesaplanmıştır. İki ölçüm arasında istatistiksel bir fark bulunmasa da çalışmada katılımcıların uyku kalitesinde iyileşme

Araştırma

olduğu belirtilmiştir(5). Literatürdeki araştırmaların sonuçları bizim araştırmamız ile benzer olarak stomalı bireylerin uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Ayrıca Vorbeck ve arkadaşlarının çalışması ise, kötü uyku kalitesi olan stomalı bireylere yönelik geliştirilen girişimlerin uyku kalitesini arttırmada olumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Türkiye’de gerçekleştirilmiş olması nedeniyle bizim çalışmamıza benzer olarak Çavdar ve arkadaşlarının 111 ürostomili bireyin katılımı ile gerçekleştirdikleri kesitsel araştırma sonucunda da stomalı bireylerin uyku kalitesi puan ortalamaları 10.20 ± 3.6 olarak bulunmuştur (7). Farklı örneklem gruplarında olsa da benzer toplumsal özelliklere sahip bireylerin incelendiği, Çavdar’ın araştırmasında belirlenen uyku kalitesi puanı ile bizim araştırmamızda bulduğumuz puan ciddi farklılık göstermektedir. Literatürde cinsiyet ve yaş değişkenlerinin uyku üzerine etkili olduğu belirtilmektedir. Yaş ilerledikçe uyku kesintilerinin arttığı ve kadınların uyku sorunlarını daha fazla yaşadığı ifade edilmektedir (9, 13, 14, 15). Çavdar’ın araştırmasında katılımcıların yaş ortalaması 65.58 ± 6.71 ve katılımcıların %76.6’sı erkekti. Bizim araştırmamızda ise katılımcıların yaş ortalaması 55.60 ± 13.73 ve %57.8’i erkekti. Araştırmamızda kadın ve erkek katılımcı sayısının benzer olmasına rağmen uyku kalitesi puanlarının Çavdar’ın araştırmasına göre daha iyi olmasının nedenlerinden birinin araştırmamızdaki katılımcıların daha genç olması olarak düşünülebilir. Bir diğer neden olarak, Çavdar’ın araştırmasında sadece ürostomili bireylerin incelenmiş olması düşünülebilir. Kolostomisi olan bireylerde kolostominin oluşturulduğu bağırsak bölümüne bağlı olarak değişimle birlikte stoma torbasının günlük 1-3 defa boşaltılması gerekmektedir. İleostomili bireylerde günlük dışkı miktarı 500-1800 ml arası değişim göstermektedir, ürostomili bireylerde ise, bireyin sıvı alımına bağlı olarak değişimle birlikte günlük 1500-1600 ml idrar çıkışı olmaktadır. Stomalı bireylere torbalarının yaklaşık yarısı dolduğunda (yaklaşık 200 ml) boşaltmaları önerilmektedir (16). Bu durum da ileostomili bireylerin günlük ortalama 3-9 kez, ürostomili bireylerin de 7-8 kez stoma torbalarını boşaltmalarını gerektirmektedir. Ürostomili bireylerin, ileostomi veya kolostomili bireylere göre torba boşaltma sıklığının daha fazla olmasının uyku kalitelerini olumsuz etkilemiş olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki bireylerin stoma torbasını boşaltmak için gecede ortalama 1.8 ± 1.36 kez uyandıkları ve uyanma sayı ortalamalarının, PUKÖ puanını etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 2). Uyanma ortalaması her gece yaklaşık iki olarak görülsa de bu değer minimum ve maximum değerleri incelendiğinde bir gecede sekiz kez uyanan stomalı bireylerin olduğu görülmektedir. Sekiz saatlik gece uyku süreci düşünüldüğünde, bu bulgu, her saat uyanmak anlamına gelir ki, bu durum stomalı bireylerin uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkili olan faktörlerden biri olarak düşünülebilir. Araştırmamızda ayrıca stoma tipinin (kolostomi/ileostomi) PUKÖ puanını etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 2). İleostomili bireylerin kolostomili bireylere göre daha fazla torba boşaltma gereksinimleri vardır. Bu durum uyku sürecinde ileostomili bireylerin daha fazla uyku kesintisi yaşamalarına yol açmakta uyku kalitelerinin kolostomili bireylere göre daha kötü olması gerektiğini düşündürmektedir. Fakat Baldwin araştırmasında stomalı bireylerin, gece hem sızıntı ve torba boşaltma nedeni ile hem de sızıntı olabileceği endişesi nedeniyle uyandıklarını belirlemiştir. Araştırmamızda stoma tipinin PUKÖ puanını etkilememesinin nedeninin de, stomalı bireylerin uyku kesintisi nedenlerinin yalnızca torba boşaltmak değil sızıntı olabileceği endişesi olduğunu düşündürmektedir. Araştırmamızda tablo 1’de araştırmaya katılan stomalı bireylerin PUKÖ bileşenlerinden aldıkları puanlar yer almaktadır. Araştırmamıza katılan stomalı bireylerin %37.6’sı uyku kalitesini oldukça kötü ve çok kötü olarak tanımlamıştır (bileşen 1). Stomalı bireylerin uyku kalitelerini inceleyen araştırmalar incelendiğinde, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği’nin bileşenlerine ilişkin ayrıntılı bilgiye ulaşılamamıştır. Güneş, Körükcü ve Özdemir’in diyabetli hastaların katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmalarında, diyabetli hastaların %34’ü uykularını kötü olarak nitelmişlerdir (17). Özel uyku kalitesi (bileşen 1) açısından stomalı bireylerin sonuçları diyabetli hastalarla yapılan araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Uykuya dalma süresi, ışıkların söndürüldüğü andan uyku başlangıcına kadar geçen süredir (18, 19). Uyku iki büyük evreye ayrılmaktadır. Bunlar, hızlı olmayan göz hareketlerinin görüldüğü NREM ve hızlı göz hareketlerinin olduğu REM uyku dönemidir. NREM dönemi de dört fazlıdır. Birinci fazı, uyanıklıktan uykuya geçiş dönemidir ve bu faz 0.5-7 dakika sürer (20). Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği’nde uykuya dalma süresine ilişkin bilgi veren bileşen 2’nin sonuçları değerlendirildiğinde, stomalı bireylerin %79.7’sinin uykuya dalmaları için 15 dakikadan uzun süre geçtiği belirlenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun uykuya dalma süresinin beklenenden uzun olması, uyku kalitelerini olumsuz etkileyen etmenlerden biri olarak belirlenmiştir. Ölçeğin üçüncü bileşeni stomalı bireylerin uyku sürelerine ilişkin bilgi vermektedir. Yetişkin insanda 7.5-8 saat uyku yeterli olmaktadır (21). Uyku süreleri incelendiğinde katılımcıların %45.5’inin uyku süresinin 7 saat ve üzeri, %54.5’inin ise 7 saat altında uyudukları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan stomalı bireylerin büyük çoğunluğunun uyku süresinin normalin altında olduğu belirlenmiştir. Bu durum da katılımcıların uyku kalitelerini etkileyen olumsuz etkenlerden biri olarak belirlenmiştir. Araştırmamıza katılan stomalı bireylerin büyük bölümü (%65.3) geçen ay boyunca alışılmış uyku etkinliklerinde bir değişiklik olmadığını ifade etmişlerdir. Bu bulgu stomalı bireylerin genellikle aynı uyku örüntüsüne sahip olduğunu fazla bir değişiklik yaşamadıklarını göstermektedir. Araştırmamıza dahil olan stomalı bireylerin %82.2’sinin geçen ay boyunca haftada birden az uyku bozukluğu yaşadığı, %13.9’unun ise haftada birden fazla uyku bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir (bileşen 5). Stomalı bireylerin büyük çoğunluğu (%90.1) ayrıca hiç uyku ilacı kullanmadıklarını belirtmişlerdir (bileşen 6). Stomalı bireylerin %51.6’sı geçen ay içinde değişik sıklıklarda uyku durumlarına bağlı olarak gündüz işlev bozukluğu yaşadıkları belirlenmişti (bileşen 7).

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırma sonucu stomalı bireylerin uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Stomalı bireylerin sosyodemografik ve stoma özelliklerinin uyku kalitesi puanı üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Uygunun temel bir insan gereksinimi olması ve uyku sorunlarının bireylerde ciddi sorunlara neden olduğu göz önünde bulundurulduğunda, stomalı bireylerin uyku kalitesini etkileyen etmenlerin daha iyi belirlenebilmesi için uyku kalitesi puanı düşük olan stomalı bireylerle, uykularını etkileyen etmenleri açıklamaya yönelik derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak niteliksel araştırmalar planlanması ve sonuçlarına göre girişimler belirlenmesi önerilmektedir. Ayrıca, stomalı bireylerin uyku durumunun poliklinik kontrolleri sırasında düzenli olarak değerlendirilmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre, bireye özgü girişimlerin planlanması da önerilmektedir.

Kısıtlılıklar

Araştırmamız Türkiye'deki tüm stomaterapi ünitelerindeki stomalı bireylerin uyku kalitelerini değerlendirmek üzere planlanmıştır. Fakat yapılan görüşmeler sonucu gerekli kurum izinlerinin alınamaması nedeniyle, kurum izni alınabilen iki stomaterapi ünitesinde araştırma verileri toplanmıştır.

Bilgilendirme

Bu makalede; araştırma konusu ve yöntemin belirlenmesinde tüm yazarlar eşit görev almıştır. Araştırmanın planlanması, veri analizi ve araştırmanın yazımı konusunda DH, DT ve FÖ; Verilerin toplanması ve kurumlar ile iletişimin sağlanması DC ve SK görev almıştır. Araştırmanın sonuç raporunun yazılmasında tüm araştırmacılar katkı sağlamıştır.

İzmir Ekonomi Üniversitesi 08.12.2014 tarih ve 44 No.lu Etik Kurul toplantısında araştırmamız etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bu araştırmada adı geçen araştırmacıların hiçbir kişi ya da kurum ile bir çıkar çatışması yoktur. Bu araştırmayı, maddi olarak destekleyen herhangi bir kişi ya da kurum bulunmamaktadır. Araştırmamıza katılarak deneyimlerini paylaşan tüm stomalı bireylere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Brand MI, Dujovny N. Preoperative considerations and creation of normal ostomies. Clin Colon Rectal Surgery 2008; 21: 5-16.
2. Karadağ, A. Stoma ve Yara: Hemşirelik Bakımı. İçinde: Fazio VW, Church JM, Delaney CP Akçal T. ve Buğra D, çeviri editörleri. Kolon ve Rektum Cerrahisinde Güncel Tedavi İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti; 2006, 579-590.
3. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi 2012; 14: 93-102
4. Dickerson SS, Klingman KJ, Jungquist CJ. Common meanings of good and bad sleep in a healthy population sample. Sleep Health 2016; 2(3): 253-259.
5. Vorbeck E, Willette-Murphy K, Meiers S, Rudel R, Alakhras M. A descriptive, interventional study to assess the impact of surgical stomas on individuals' sleep perceptions and response to sleep hygiene intervention. Ostomy Wound Management 2010; 56(1): 36-44.
6. Carlsson E, Berglund B, Nordgren S. Living with an ostomy and short bowel syndrome: practical aspects and impact on daily life. J WOCN 2001; 28(2):96-105.
7. Çavdar İ, Temiz Z, Ozbas A, Can G, Tarhan F, Fındık UY, Kutlu FY, Akyuz N. Sleep and quality of life in people with ileal conduit. Scandinavian Journal Of Urology 2016;50(6): 472-476.
8. Furukawa C, Morioka I. Health-related quality of life and sleep disorders in patients with a urostomy. Is there a relationship? J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017;44(4):358-362.
9. Baldwin C, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Herrinton LJ, McMullen C, Krouse RS. Gender differences in sleep disruption and fatigue on quality of life among persons with ostomies. Journal of Clinical Sleep Medicine 2009;5:4.
10. Cellini N, Duggan KA, Sarlo M. Perceived sleep quality: the interplay of neuroticism, affect, and hyperarousal. Sleep Health 2017;3(3):184-189.

11. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1996; 7: 107- 15.
12. Buysse DJ, Reynolds CF3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989; 28(2): 193-213.
13. Morgenthaler T, Alessi C, Friedman L, et al. Standards of practice committee, American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: an update for 2007. Sleep 2007; 30(4):519–529.
14. Kuo TB, Li JY, Kuo HK, Chern CM, Yang CC. Differential changes and interactions of autonomic functioning and sleep architecture before and after 50 years of age. Age (Dordrecht, Netherlands) 2016;38(1),5. doi:10.1007/s11357-015-9863-0
15. Scullin MK, Bliwise DL. Sleep, cognition, and normal aging: integrating a half century of multidisciplinary research. Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science 2015; 10(1), 97–137. doi:10.1177/1745691614556680
16. Colwell JC, Principles of Stoma management İçinde: Colwell JC, Goldberg MT, Carmel JE, editörler. Fecal and Urinary Diversions Management. Missouri: Mosby;2004, 240-267.
17. Güneş Z, Körükcü Ö, Özdemir G. Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12:2.
18. Şenol V, Soyuer F, Pekşen Akça R, Argün M. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi 2012;14:93-102.
19. Fışkın A, Bayık Temel A, Yıldırım JG. Hemşirelerde Uyku Sorunları ve Etkili Etmenler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2013;29(2):13-32.
20. Abdulkadiroğlu Z, Bayramoğlu F, İlhan N. Uyku ve Uyku Bozuklukları. Genel Tıp Dergisi 1997;7 (3):161-6.
21. Algın Dİ, Akdağ G, Erdinç OO. Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları. Osmangazi Tıp Dergisi 2016;38(Özel Sayı 1):29-34

Kısaltmalar

ECET- European Council of Enterostomal Therapy (Avrupa Enterostomal Terapistler Konseyi).

PUKÖ- Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği

BKİ- Beden Kitle İndeksi

Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlı Kadınlarda Yalnızlık Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

Ayşegül ILGAZ*, Sebahat GÖZÜM**

Öz

Giriş: Yaşlı nüfus oranının artması ile birlikte kentsel alanda yaşayan yaşlı sayısı da artmıştır. Kentsel alanda aile yapısının değişmesi, eş ve arkadaş kaybı gibi nedenlerle yaşlıların sosyal destek ağları azalmakta, yalnızlık duygusu artmaktadır. Kadınların erkeklere göre daha uzun yaşaması ile yaşlı kadınlar yalnızlığı daha çok deneyimlemektedir. **Amaç:** Bu çalışmada, kentsel alanda yaşayan yaşlı kadınların yalnızlık sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, katılımcılar bir Aile Sağlığı Merkezi'ne gelen 296 yaşlı kadından oluşmaktadır. Yaşlı kadınlardan veriler tanımlayıcı özellikler formu ve Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Yaşlı kadınların %73.3'ünün 65-74 yaş grubunda olduğu, %19.3'ünün tek başına yaşadığı, %45.9'unun yakınında bir akrabasının olduğu belirlenmiştir. Günlük yaşam aktivitelerine göre %97.3'ü bağımsız ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerine göre %84.8'i bağımsızdır. Yaşlı kadınların %25'inin "çok yalnızlık hissediyor", %8.8'inin "çok yoğun yalnızlık hissediyor" olduğu belirlenmiştir. Tek başına yaşayan ve yakınında oturan akraba olmayan yaşlı kadınların yalnızlık düzeyleri yüksek bulunmuştur ($p = .048$ ve $p = .003$). Yalnızlık tek başına yaşayan yaşlılarda 2 kat, yakınında akrabası olmayan yaşlılarda 2.3 kat daha fazla bulunmuştur ($p = .038$ ve $p = .002$). **Sonuç:** Kentsel alanda yaşayan yaşlılarda yalnızlık yaygın bir sorundur. Yalnızlığı etkileyen en önemli değişkenler kadınların tek başına yaşaması ve yakınında bir akrabasının olmamasıdır. Yaşlı kadınların yalnızlığını gidermek için multidisipliner girişimlerin başlatılmasına gereksinim vardır. **Anahtar Sözcükler:** Yaşlı, Kadın, Yalnızlık, Sıklık.

Abstract

The Frequency of Loneliness in Elderly Women Living in Urban Areas and Affecting Factors

Background: With the increase in the rate of elderly population, the number of elderly living in urban areas has increased. Social support network of elderly decreases and loneliness increases due to changes in family structure and loss of spouses and friends in urban areas. As women live longer than men, older women experience loneliness more often. **Objectives:** The aim of this study was to determine the frequency of loneliness and the factors affecting loneliness of elderly women living in urban areas. **Methods:** In this cross-sectional study, participants consisted of 296 elderly women who came to a Family Health Center. Data were collected from elderly women with descriptive characteristics form and Loneliness Scale for the Elderly. **Results:** It was determined that 73.3% of the elderly women were in the 65-74 age group, 19.3% lived alone and 45.9% had a relative. According to daily living activities, 97.3% of them are independent and according to instrumental daily living activities, 84.8% of them are independent. It was determined that 25% of older women "feel very lonely" and 8.8% of them "feel very lonely". Loneliness levels of elderly women living alone and without relatives were found to be high ($p = .048$ and $p = .003$). Elderly women living alone and having no relatives are 2 and 2.3 times loneliness ($p = .038$ and $p = .002$). **Conclusion:** Loneliness is a common problem in the elderly living in urban areas. The most important variables affecting loneliness are women live alone and have no relatives. Multidisciplinary interventions are needed to decrease loneliness of elderly women.

Key Words: Aged, Female, Loneliness, Prevalence.

Geliş tarihi: 25.12.2019

Kabul tarihi: 17.03.2020

Dünyada ortalama yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfus oranı giderek artarken; yaşlı nüfusun büyük çoğunluğu kentsel alanda yaşamaktadır. Kentsel alanda yaşayan yaşlılar sağlık bakımına ve sosyokültürel faaliyetlere katılma, çevresel faktörler (mimari engeller, dış çevre vb.) ve bireysel engeller gibi nedenlerle dezavantajlıdır (1). Kentlerde yaşlılar geniş aileden çekirdek aile yapısına geçiş ile birlikte tek başına ya da eşi ile birlikte yaşamaktadır. Kentte akrabaların farklı bölgelerde oturmaları ve kentsel alanda komşuluk ilişkilerinin daha az olması, yaşanan çevrenin sosyokültürel yaşama katılımı engellemesi gibi durumlar söz konusudur (1). Bu durum yaşlıların sosyal yaşamlarını etkilemekte ve yalnızlık duygularını artırmaktadır. Ayrıca eş ve arkadaş kaybı, yaşlılığa karşı olumsuz tutumlar gibi nedenlerle yaşlılar yalnızlık yaşamaktadır. Yalnızlık duygusu, yaşam doyumunu ve kalitesini düşürmekte, yaşlıların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (2, 3). Literatürde yer alan çalışmalarda yaşlılarda yalnızlığın hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme, romatoid artrit, anksiyete, depresyon ve alzheimer gibi birçok sağlık problemi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (4-6).

Kadınların erkeklere göre daha uzun yaşaması ve eşlerin kaybı ile yaşlı kadınlar yalnızlık duygusunu daha çok deneyimlemektedir (7, 8). Yaşlıların kendilerini toplumdan geri çekmelerinin beklenmesi, toplumsal cinsiyet açısından kadınlara itaatkar, pasif ve ev içinde olma rollerinin uygun görülmesi yaşlı kadınlarda sosyal izolasyon ile yalnızlığın artmasına ve psikososyal sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (9). Yapılan çalışmalarda, ilerleyen yaşla birlikte yalnızlığın arttığı ve kadınların yalnızlık duygusunu daha çok yaşadıkları belirtilmiştir (6, 10, 11). Erkek cinsiyette olan yaşlılar cami, kahve gibi sosyokültürel faaliyetlerin yürütüldüğü yerlere katılmaları nedeniyle sosyal anlamda yaşlı kadınlardan biraz daha avantajlı görünmektedir.

Yaşlıların sağlığını korumak ve geliştirmek için yalnızlık sıklığının belirlenmesi yalnızlığı yüksek olan bireylere gerekli girişimlerin uygulanması önemlidir. Yaşlılarda yalnızlık sıklığı incelendiğinde, %9'u çok ciddi yalnızlık hissederken, %30'u bazen yalnızlık hissetmekte, %61'i ise hiç yalnızlık hissetmemektedir (12). Kanada'da yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri bireylerden her beş kişiden biri bazen ya da sıklıkla yalnız hissetmektedir (13). Yapılan iki çalışmada, ilerleyen yaşla birlikte yalnızlığın arttığı ve kadınların yalnızlık duygusunu daha çok yaşadıkları belirtilmiştir (6, 10). Toplum tabanlı yapılan epidemiyolojik bir çalışmaya göre, 60 yaş ve üzeri bireylerde yalnızlık prevalansı %26.7 iken ileri yaşta, kadın cinsiyette ve

Bu çalışma, doktora tezinin birinci bölümünden üretilmiştir. Ayrıca 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur (23-26 Nisan 2018, Ankara, Türkiye). * Arş. Gör. Dr., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya, e-posta: aysegul_ilgaz@hotmail.com, Orcid: 0000-0003-0640-2820. ** Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya, e-posta: sgozum@akdeniz.edu.tr, Orcid: 0000-0001-8672-8016.

Araştırma

yalnız yaşayanlarda yalnızlık prevelansı artmaktadır (14). Anil ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmaya göre, geriatrik popülasyonda yalnızlık prevelansı erkek ve kadınlarda sırasıyla %29.6 ve %42.7 olarak belirtilmiştir (15). Yapılan başka bir çalışmada, yaşlıların %13.8'i yalnızlık duygusu yaşarken bu oran kadınlarda daha fazla bulunmuştur (16). Çin'de yapılan bir çalışmada, yaşlı kadınlarda yalnızlık prevelansı erkeklere göre yüksek bulunmuştur (sırasıyla %28.3 ve %23.3) (17). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, toplumda yaşayan yaşlıların %40'ının bazen ve %28.3'ünün her zaman yalnızlık hissettiği saptanmıştır (18). Diğer bir çalışmada, yaşlı bireylerin %18'i çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık hissettiğini (kadınlarda %20, erkeklerde %15) belirtmiştir (19). Literatürdeki çalışma sonuçlarından da görüldüğü üzere yaşlı kadınlar kendilerini daha çok yalnız hissetmektedir.

Yaşlıların kişisel özellikleri, medeni durumu, depresyon, kronik hastalık ya da fiziksel engeller, bir yere taşınma gibi yaşamdaki büyük değişiklikler gibi durumlar yalnızlığı etkileyen faktörlerdir (7, 20). Yalnızlığın belirleyicilerini tespit etmek için yapılan bir derlemede; kişisel özellikler (anksiyetesi olan, izole, şüpheli, utangaç vb.), depresyon, umutsuzluk, saldırganlık, stres, öfke gibi durumlar, kişilerarası ilişkilerin az ya da hiç olmaması, evlilik durumu, eşten ya da evden ayrılma, bir yere taşınma gibi yaşamdaki büyük değişiklikler, hastalık durumu ya da fiziksel engeller ve boş zaman aktivitelerinin az olması yalnızlığın belirleyicileridir (20). Yaşlı kadınların yaşlılığı nasıl değerlendirdiklerini tespit etmek amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınların sosyal bağlarının az olması ya da hiç olmaması ile psikososyal sağlığın olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada fiziksel sağlığın, maddi güvencenin, aile, akrabalık ve komşuluk ilişkilerinin, sosyallik ve yaşının psikolojik özelliklerinin başarılı yaşlanmayı oluşturan faktörler olduğu belirtilmiştir (4). Ankara'da dört huzurevinde yürütülen bir çalışmada, yaş, eğitim durumu, çocuk sahibi olma ve ziyaretçi gelme durumunun yalnızlık ile ilişkisi olduğu saptanmıştır (21). İngiltere'de yapılan bir çalışmada; ileri yaşta, düşük eğitim düzeyinde, ekonomik durumu kötü ve medeni durumu bekar, dul olan yaşlı kadınlarda yalnızlık daha çok görülmektedir (6). Diğer bir çalışmada, yaşlı kadınlarda yalnızlığın artmasının dul olma, depresyon, hareket kısıtlılığı ve bir yerden başka bir yere gitmede yaşanan problemler ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (7). Aydın'da yalnızlık ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, kronik hastalık varlığı, fiziksel engel, düzenli ilaç kullanımı, hobi ve boş zaman aktivitelerinin az olması yalnızlığı artırmıştır (22).

Kentsel alanda yaşlı sayısının giderek arttığı dikkate alınarak bu popülasyonun izolasyonunu ve yalnızlığını engellemek için yalnızlık yaşayan yaşlıların önceden tespit edilerek gerekli önlemlerin alınması önemlidir. Bu araştırmanın sonuçlarının bu bölgede çalışan sağlık profesyonelleri için mevcut durumun saptanmasına yönelik temel bir veri kaynağı olacağı ve halk sağlığı hemşireliği literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Amacı

Bu çalışmada kentsel alanda yaşayan yaşlı kadınların yalnızlık sıklığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma soruları

- Yaşlı kadınların yalnızlık sıklığı nedir?
- Yaşlı kadınların yalnızlık algısını etkileyen değişkenler nelerdir?

Yöntem**Araştırmanın Tipi**

Tanımlayıcı türde bir araştırma yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Antalya il merkezinde yer alan Kepez ilçesindeki bir Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) Ekim 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 17 nolu Dt. Selahattin Topçu ASM'ye kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri 668 kadın oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü, evrendeki kişi sayısının bilindiği durumlardaki formül kullanılarak, Dahlberg ve McKee'nin (2014) yaptığı çalışmadaki yalnızlık prevelansı (%46) dikkate alınarak hesaplanmış ve 243 kişi bulunmuştur (7, 23). Araştırmanın verileri, belirtilen tarihler arasında ASM'ye gelen 296 kişi ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni yalnızlık düzeyi, bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik özellikleri, yaşlıların kiminle yaşadığı, yakınında ikamet eden akraba varlığı ve bağımlılık durumlarıdır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, herhangi bir nedenle ASM'ye müracaat eden yaşlı kadınlardan yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması 10-15 dakika sürmektedir.

Veri Toplama Araçları**Tanımlayıcı Özellikler Formu:**

Bu bölümde yaşlı bireylerin yaş, medeni durum, eğitim, gelir durumu, kiminle yaşadığı, yakınında ikamet eden akraba varlığı ve bağımlılık durumu sorgulanmıştır. Yaşlı kadınların bağımlılık durumu KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği: Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek beslenme, giyinme, banyo yapma, mobilite, kontinans ve tuvalete gitme gibi öz bakım aktivitelerindeki bağımlılık derecesini ölçmektedir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilir. GYA ölçeğine göre 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (24). Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özkan Pehlivanoglu ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmış olup Cronbach alfa değeri .83 bulunmuştur (25). Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .77 saptanmıştır (n = 296).

Araştırma

Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği: Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında geliştirilen EGYA Türkçe tercümesi Yardımcı (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek; telefon kullanma, ulaşım araçlarına binebilme, alışveriş yapma, yemek hazırlama, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ilaçları tanıma ve kullanabilme ve para idaresi gibi aktiviteleri içerir. Birey aktivitelerde bağımsızsa 3 puan, kısmen bağımlıysa 2 puan, bağımlıysa 1 puan verilir. EGYA ölçeğinde 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilir (26). Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .90 saptanmıştır (n = 296).

Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği (YYÖ):

Yalnızlık duygusunu ölçmek amacıyla Gierveld ve Kamphuis (1985) tarafından geliştirilmiş olan ölçek 1999 yılında Tilburg ve Gierveld tarafından revize edilmiştir (27). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akgül ve Yeşilyaprak tarafından 2015 yılında yapılmıştır (28). Toplamda 11 maddesi olan üçlü likert tipi ölçek, iki alt boyuttan oluşmaktadır: Duygusal yalnızlık (6 madde- 2, 3, 5, 6, 9, 10) ve sosyal yalnızlık (5 madde- 1, 4, 7, 8, 11) olarak iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin 6'sı düz, 5'i ters yönde kodlanmıştır. Olumlu yöndeki ifadeleri içeren sosyal yalnızlığı ölçen maddeler (1, 4, 7, 8, 11) 0 = evet, 1 = olabilir, 2 = hayır; olumsuz yöndeki ifadeleri içeren duygusal yalnızlığı ölçen maddeler (2, 3, 5, 6, 9, 10) bunun tersi olarak 2 = evet, 1 = olabilir, 0 = hayır şeklinde puanlanmaktadır. Yalnızlık puana göre dört seviyeye ayrılabilir. "0-4 puan" arasında olanlar yalnızlık hissetmiyor, "5-14 puan arasında" olanlar kabul edilebilir yalnızlık, "15-18 puan" arasındakiler çok yalnızlık hissediyor ve "19-22 puan" çok yoğun yalnızlık hissediyor olarak derecelendirilmektedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 22'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça yalnızlık düzeyi artmaktadır. De Jong Gierveld ve Van Tilburg'un (1999) çalışmasında ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları duygusal yalnızlık alt boyutunda .81, sosyal yalnızlık alt boyutunda .79; Akgül ve Yeşilyaprak'ın (2015) çalışmasında ise sırasıyla .79 ve .81 olarak bulunmuştur (28). Yapılan çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değeri duygusal yalnızlık için .77 ve sosyal yalnızlık için .83 saptanmıştır (n = 296).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler lisanslı SPSS (22.0) istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde, ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıkların analizinde kıkare testi yapılmıştır. Yapılan analizlerde anlamlı bulunan değişkenler için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizinde modele dahil edilecek değişkenleri belirlemede, tek değişkenli analizlerde istatistiksel anlamlı bulunmadığı halde p değeri tip-1 hata sınır düzeyi olan .050'ye yakın olan değişkenlerde p = .250'ten küçük bulunan karşılaştırmalara ait değişkenlerin modele dahil edilmesi gerekmektedir (29). Yalnızlık duygusunu etkileyen değişkenleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizine p değeri .250'ten küçük bulunan değişkenler dahil edilmiştir. Bu değişkenler medeni durum, algılanan gelir durumu, yaşlıların kiminle yaşadığı ve yakınında akraba varlığıdır (Tablo 3). Anlamlılık seviyesi p < .050 anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (sayı:70904504/206, tarih: 05.06.2017) alındıktan sonra, verilerin toplandığı ASM'den kurum izni (sayı:45699457/771, tarih:22.08.2017) alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere çalışma ile ilgili sözel açıklama yapılmış, aydınlatılmış onam formu ile yazılı onamları alınmıştır. Yaşlı kadınlara verilerin sadece çalışma kapsamında kullanılacağı ile ilgili bilgi verilmiş, araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

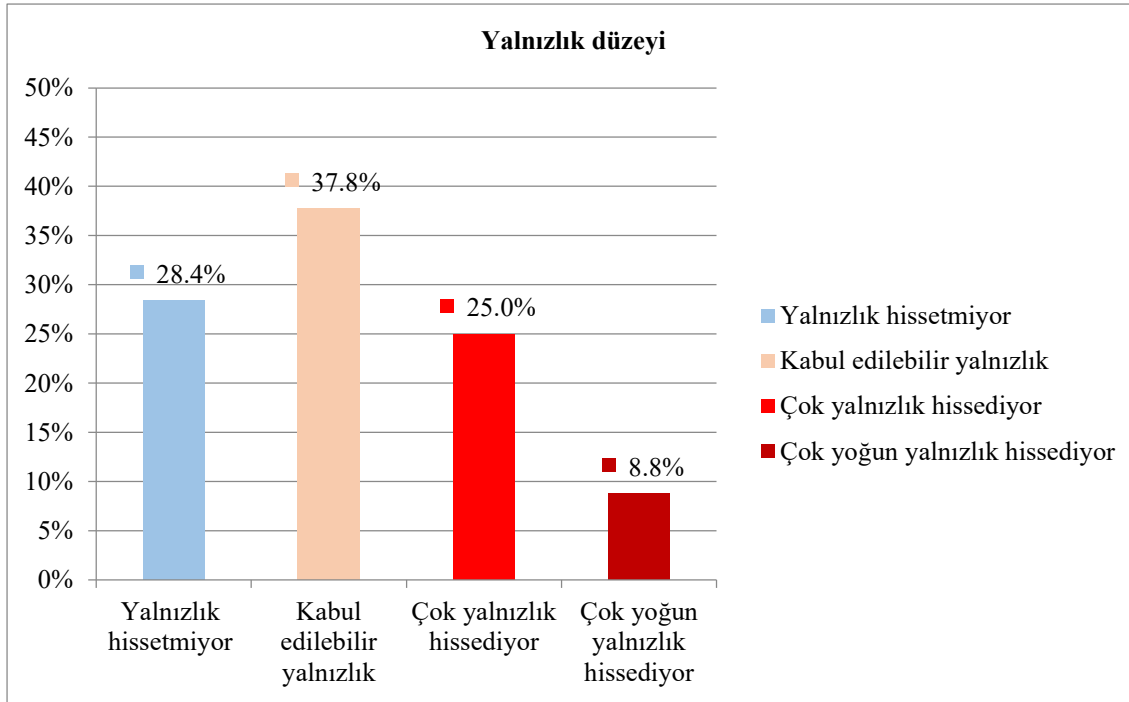
Bulgular

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların yaklaşık dörtte üçü 65-74 yaş grubunda, %95.6'sı ilköğretim ve altı eğitim seviyesinde, %53.7'si evli, %61.8'inin geliri giderinden az, %92.6'sı ev hanımıdır. Yaşlı kadınların %20.9'u evde tek başına yaşarken, %54.1'inin yakınında oturan bir akrabası bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan yaşlı kadınların bağımlılık düzeyine bakıldığında, GYA ve EGYA Ölçekleri'ne göre sırasıyla %97.3'ünün ve %84.8'inin bağımsız olduğu belirlenmiştir. Yaşlılar için yalnızlık ölçeği puan ortalaması 9.97 ± 6.51 , Katz GYA ölçeği puan ortalaması 17.24 ± 1.54 ve EGYA ölçeği puan ortalaması 20.82 ± 3.74 bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. YYÖ, GYA ve EGYA Ölçekleri Puan Ortalamaları ve Minimum-Maximum Değerler (n = 296)

	$\bar{x} \pm ss$	Ölçekten alınan minimum-maximum değerler	Ölçekten alınabilecek minimum-maximum değerler
YYÖ	9.97 ± 6.51	0-22	0-22
GYA	17.24 ± 1.54	6-18	0-18
EGYA	20.82 ± 3.74	8-24	0-24

Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'ne göre yaşlı kadınların %25'inin "çok yalnızlık hissediyor" ve %8.8'inin çok yoğun yalnızlık hissediyor" düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Yaşlı Kadınların Yalnızlık Düzeyi (n = 296)

Yaşlı kadınların tek başına yaşaması ve yakınında oturan bir akrabasının olmaması yalnızlığını artırmaktadır (p = .048 ve p = .003). Yaş, algılanan gelir durumu, medeni durum ve bağımsızlık düzeyinin yalnızlığı etkilemediği bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşlı Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yalnızlık Durumlarının Dağılımı (n = 296)

		Yalnızlık durumu*		X ²	İstatistiksel analiz p değeri
		Yalnızlık var	Yalnızlık yok		
		n (%)	n (%)		
Yaş	65-74	72 (33.2)	145(66.8)	.133	.716
	75 ve üzeri	28 (35.4)	51 (64.6)		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	96 (33.9)	187 (66.1)	-	1.000**
	Ortaokul ve üzeri	4 (30.8)	9 (69.2)		
Medeni durum	Evli	46 (28.9)	113 (71.1)	3.617	.057
	Bekar	54 (39.4)	83 (60.6)		
Algılanan gelir durumu	Geliri giderinden az	67 (36.6)	116 (63.4)		.190
	Geliri giderine denk ve çok	33 (29.2)	80 (70.8)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor (emekli ya da ev hanımı)	100 (33.9)	195 (66.1)	-	-
	Çalışıyor	0 (0.0)	1 (100.0)		
Kiminle yaşadığı	Tek başına	28 (45.2)	34 (54.8)	3.918	.048***
	Bir başkası ile (eşi, oğlu, kızı, torunu)	72 (30.8)	162 (69.2)		
Yakınında oturan akraba varlığı	Evet	34 (25.0)	102 (75.0)	8.678	.003
	Hayır	66 (41.2)	94 (58.8)		
GYA	Bağımlı ya da Yarı Bağımlı	1 (12.5)	7 (87.5)	-	.274**
	Bağımsız	99 (34.4)	189 (65.6)		
EGYA	Bağımlı ya da Yarı Bağımlı	12 (26.7)	33 (73.3)	.856	.355***
	Bağımsız	88 (35.1)	163 (64.9)		

*Yalnızlık hissetmiyor ve kabul edilebilir yalnızlık “yalnızlık yok”, çok yalnızlık hissediyor ve çok yoğun yalnızlık hissediyor “yalnızlık var” olarak değerlendirilmiştir. **Fisher’in Kesin Kikare Testi ***Yates düzeltilmeli Kikare Testi

Lojistik regresyon analizine göre, yaşlıların tek başına yaşaması yalnızlık algısını 2 kat, yakınında akraba olmaması 2.3 kat artırmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Yaşlı Kadınların Lojistik Regresyon Analizine Göre Yalnızlık Alguları (n = 296)*

	B	Wald	p değeri	OR	GA
Medeni durum (Evli = 0, bekar = 1)	.30	1.26	.262	1.35	.79-2.29
Algılanan gelir durumu (Geliri giderinden az olan = 1, geliri giderine denk ve çok = 0)	.37	1.89	.169	1.44	.85-2.43
Yaşlıların kiminle yaşadığı (tek başına = 1, bir başkası ile = 0)	.67	4.30	.038	1.96	1.03-3.68
Yakınında oturan akraba varlığı (yakınında akrabası olan = 0, olmayan = 1)	.82	9.76	.002	2.27	1.35-3.81
Constant	-1.672	29.88	.000	-	

Hosmer and Lemeshow Test** $\chi^2 = 1.937$ p = .983

*Yalnızlık hissetmiyor ve kabul edilebilir yalnızlık “yalnızlık yok”, çok yalnızlık hissediyor ve çok yoğun yalnızlık hissediyor “yalnızlık var” olarak değerlendirilmiştir.

** Hosmer ve Lemeshow testine göre anlamlılık düzeyinin 0.05'in üzerinde bulunması testin uyumlu olduğunu gösterir.

Tartışma

Araştırmaya katılan kentsel alanda yaşayan yaşlı kadınların %25'i “çok yalnızlık hissediyor” ve %8.8'i çok yoğun yalnızlık hissediyor” düzeyinde (Şekil 1) olup, birçok çalışmada bildirilen yaşlı yalnızlığı ile tutarlı bir sıklık saptanmıştır. Kastamonu’da ASM’ye başvuran kadınlarda yalnızlık düzeyini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada, yaşlıların %40’ının bazen, %28.3’ünün her zaman yalnızlık hissettiği belirlenmiştir (18). İstanbul’da yapılan bir çalışmada, evde yalnız yaşayan yaşlıların %42.5’i, aile ile birlikte yaşayan yaşlıların %25.5’i yalnızlık hissetmektedir (30). Aydın’da ayakta tedavi ve tedavi hizmeti veren bir fizik tedavi merkezi’nde yürütülen çalışmada, UCLA Yalnızlık Ölçeği’ne göre yaşlı bireylerin %31.9’unun yalnızlık hissettiği belirlenmiştir (3). Amerika’da yapılan bir çalışmada, yaşlıların %43’ünün yalnızlık hissettiği bildirilmiştir (31). Yirmi beş Avrupa ülkesinin alındığı bir çalışmada, yaşlılarda yalnızlık prevalansları %5 ile %35 arasında olup, yalnızlığın en yüksek olduğu ülkeler Ukrayna (%34), Rusya (%24.4), Macaristan (%21.1), Polonya (%20.1) ve Slovakya’dır (%19.6) (32). Eski Sovyetler Birliği’ndeki dokuz ülkede yaşlılarda yalnızlık seviyesi %9-35 arasında değişmektedir (33). Norveç’te yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri bireylerin %30.2’si yalnızlık hissetmektedir (34). Türkiye ve dünyada yapılan çalışmalarda yaşlılarda yalnızlık prevalansı %5-50 arasında değişmekte olup, yapılan çalışma ile literatürdeki çalışmaların birçoğunda yaşlıların üçte birinin yalnız olduğu görülmektedir. Bu oranın yüksek olması yalnızlığın yaşlılar için ciddi bir tehdit olabileceğini göstermektedir. Toplumda yaşayan yaşlıların psikososyal sağlığını olumsuz etkileyen yalnızlık algısının sağlık taramalarında değerlendirilerek önlem alınması önerilmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların yalnızlık düzeylerini etkileyen faktörler yaşlıların kiminle yaşadığı ve yakınında oturan bir akrabanın varlığıdır (Tablo 2). Yapılan lojistik regresyon analizi ile yaşlıların tek başına yaşamasının yalnızlık algısını iki kat arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 3). Toplumda yaşayan yaşlıların örneklemini oluşturduğu bir çalışmada, yaşlıların tek başına yaşaması yalnızlık algısını artırmıştır (30). Yapılan bir diğer çalışmada, aile, arkadaş ve özel bir kişi desteğinin olmamasının yaşlıların kendilerini yalnız hissetmesini artırdığı saptanmıştır (3). Literatürde yaşlıların yaşadığı kişilerin yalnızlık algısında etkisi olmadığını belirten çalışmalar da yer almaktadır. Kastamonu’da bir ASM’ye kayıtlı yaşlılar ile yapılan çalışmada, yaşlıların birlikte yaşadığı kişilerin yalnızlık düzeyi üzerinde istatistiksel olarak etkili olmadığı belirlenmiştir. Toplumda yaşayan yaşlıların ele alındığı iki çalışmada, yaşlıların birlikte yaşadığı bireylerin olup olmamasının yalnızlık durumunu etkilemediği bildirilmiştir (2, 35). Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yalnız yaşayanların puanlarının yüksek ve sosyal desteğin yalnızlığı azaltmada önemli olduğu belirtilmiştir (2, 18). Bu nedenle tek başına yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık için öncelikli riskli bir grup olarak değerlendirilmesi, sosyal izolasyonlarını azaltacak müdahalelerin başlatılması gerektiği düşünülmektedir.

Yaşlı kadınların yakınında oturan akrabasının olması da yalnızlığı azaltmada önemli bir faktördür (Tablo 2). Yalnızlığı etkileyen değişkenlerin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda yaşlıların yakınında akraba olmaması yalnızlığı 2.3 kat artırmaktadır (Tablo 3). Arkadaş ve akrabalar ile iletişimi sınırlı olan yaşlılar için sosyal izolasyon ve yalnızlık önemli bir sorundur (36). Yapılan bir çalışmada, sosyal bağın az olmasının yalnızlığı olumsuz etkilediği bildirilmiştir (37). Diğer bir çalışmada sosyal desteğin azalması yalnızlığı artırmaktadır (38). Bu bilgiler ışığında kentsel alana yerleşen yaşlıların akrabalarının bulunduğu bölgelerde yaşaması, akrabalar ile ilişkilerinin güçlendirilmesi, yaşadığı çevrede akrabası olmayan yaşlıların arkadaşlık ve komşuluk ilişkileri gibi sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesi yalnızlık için önleyici bir yaklaşım olabilir. Türkiye aile yapısı araştırmasında, ev içindeki akrabalar azalırken aynı binada başka bir daire ve aynı semtte oturan oranında artış olduğu belirtilmiştir (39). Aile yapısındaki bu profil kentsel alanda yaşayan yaşlılarda yalnızlığın önlenmesine kültürel bir yaklaşım olarak yalnızlıktan koruyucu bir katkı sağlamada değerlidir.

Bu çalışmada, yaşlı kadınların yalnızlık düzeyini yaş, eğitim durumu, medeni durum, algılanan gelir durumu ve bağımlılık durumu etkilememektedir (Tablo 2). Literatürde sosyodemografik özelliklerin yalnızlık seviyesini etkilemediği belirten çalışmaların (18, 35, 40) yanı sıra yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerin yalnızlık üzerine etkisi olduğunu belirleyen çalışmalar da vardır. Yapılan bir çalışmada, yaşlıların yaşları ile yalnızlık arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (18). Diğer iki çalışmada, eğitim ve gelir düzeyinin artması ile yalnızlığın azaldığı bulunmuştur (2, 3). Güney Afrika ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda, medeni durumun yalnızlık üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir (3, 11). Diğer bir çalışmada da kötü ekonomik koşulların yalnızlığı olumsuz etkilediği belirtilmektedir (37). Yaşlıların örnekleme oluşturduğu çalışmalarda, günlük yaşam aktivitelerinin azalması ya da engelliliğin yalnızlığı artırdığı bildirilmiştir (31). Yapılan çalışmada bağımlılık durumu yalnızlığı etkilememiştir. Bu durumun nedeni, çalışmaya katılan yaşlı kadınların büyük çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız, ASM’ye gelebilen kişilerden oluşması olabilir. Daha geniş bir popülasyonda bağımlı olan ve olmayan yaşlıların örnekleme oluşturduğu bir çalışmada yalnızlık düzeyinin karşılaştırılması önerilmektedir. Bu sonuçlar çalışmanın yapıldığı bölgede yalnız yaşayan ve yakınında akrabası olmayan yaşlıların risk grubu olarak daha yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, verilerin toplandığı tarihler arasında ASM’ye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlı kadınlar ile sınırlıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus oranı artmakta ve bu bireylerin büyük çoğunluğu kentlerde yaşamaktadır. Kentsel alanda yaşamın getirdiği birtakım problemler nedeniyle yaşlılarda yalnızlık önemli bir konu haline gelmiştir. Yapılan çalışmada yaşlı kadınlarda yalnızlık yaygın bir problem olup üçte birinin yalnızlık düzeyi kabul edilebilir seviyenin üzerindedir. Kentsel alanda yaşayan yaşlılar ile çalışan sağlık profesyonelleri yaşlı kadınların yalnızlık düzeylerini belirleyebilir ve bu duruma yönelik toplumsal etkinliklere katılım, grup ile birlikte etkinlikler planlama (yürüyüş, piknik, gezi vb.), toplumda var olan sosyal olanaklara (yaşlı kreşi, tiyatro, sinema vb.) katılım, kültürümüzde var olan komşuluk ilişkilerini güçlendirme gibi yaşlıların sosyal ilişkilerini güçlendiren girişimler uygulayabilir. Bu noktada yaşlı kadınların yalnızlığını önlemek ve gidermek için multidisipliner ekip işbirliği ile çok yönlü müdahaleler yapılması önerilmektedir.

Bilgilendirme

Yazarlar araştırmaya katılan yaşlı kadınlara, ASM’de çalışan sağlık profesyonellerine teşekkür etmektedir. Araştırma fikri, tasarımı, literatür taraması, veri analizi ve gözden geçirme AI ve SG; Veri toplama AI tarafından yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 05.06.2017 tarihinde etik kurul izni (sayı:70904504/206) alınmıştır. Bu araştırma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Kalıncara V. Yaşlanan kentler: Kentsel alanda aktif yaşlanmayı destekleyecek kapsayıcı tasarım ve ergonomi. Toplum ve Demokrasi 2017;11(24):229-48.
2. Kapıkıran Ş. Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişki: Sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2016;9(1):13-25.
3. Ozurmaz S. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişki. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2018;2(3):118-25.
4. İçli G. Yaşlılar ve yaşlılığın değerlendirilmesi: Denizli ili üzerine niteliksel bir araştırma. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2010;3(1):1-13.
5. Stephens C, Alpass F, Towers A, Stevenson B. The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: accounting for the social context. J Aging Health 2011;23(6):887-911.
6. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proc Natl Acad Sci USA 2013;110(15):5797-801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>.
7. Dahlberg L, McKee KJ. Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. Aging Ment Health 2014;18(4):504-14. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>.
8. Jylh M, Saarenheimo M. Loneliness and ageing: Comparative perspectives. İçinde: Dannefer D, Phillipson C, London: SAGE Publications; 2010: 317-20.
9. Buz S, Beydili E. The needs of elderly alone women in the case of Ankara. The Journal of International Social Research 2015;8(37):557-70.
10. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48(1):5-13. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0515-8>.
11. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K. Prevalence of loneliness and associated factors among older adults in South Africa. Global Journal of Health Science 2017;9(12):1.
12. Victor CR, Bowling A. A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. J Psychol 2012;146(3):313-31.

13. Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Rep* 2012;23(4):23-32.
14. Simon MA, Li Y, Dong X. Levels of health literacy in a community-dwelling population of Chinese older adults. *J Gerontology A Biol Sci Med Sci* 2014;69(2):S54-S60.
15. Anil R, Prasad KN, Puttaswamy M. The prevalence of loneliness and its determinants among geriatric population in Bengaluru City, Karnataka, India. *Int J Community Med Public Health* 2016;3(11):3246-51. <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20163944>.
16. Tabue Teguo M, Simo-Tabue N, Stoykova R, Meillon C, Cogne M, Amieva H, et al. Feelings of loneliness and living alone as predictors of mortality in the elderly: The paquid study. *Psychosom Med* 2016;78(8):904-9.
17. Dong X, Chen R. Gender differences in the experience of loneliness in U.S. Chinese older adults. *J Women Aging* 2017;29(2):115-25.
18. Kaçan Softa H, Öztürk A, Dindaş İ, Göçmen M. Kastamonu 1 no'lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran yaşlıların yalnızlık düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015;2:88-97.
19. Ilgaz A, Akgoz A, Gozum S. Validity and reliability of the Turkish version of the social inclusion scale. *Turk J Geriatr* 2019;22:150-62.
20. Doman LCH, le Roux A. The causes of loneliness and the factors that contribute towards it - A literature review. *The Journal of Humanities* 2010;50(2):216-28.
21. Bilgili N, Kitiş Y, Ayaz S. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turk J Geriatr* 2012;15(1):81-8.
22. Arslantaş H, Adana F, Abacigil Ergin F, Kayar D, Acar G. Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey. *Iran J Public Health* 2015;44(1):43-50.
23. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu K. Biyoistatistik. 17. Basım. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2016: 260-90.
24. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. the index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-9.
25. Özkan Pehlivanoglu E, Özkan M, Balcioğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Yaşlılar için Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği. *Ankara Med J.* 2018;18(2):219-23.
26. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
27. De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. Manual of the loneliness scale. Department of Social Research Methodology. VU University Hospital, Amsterdam the Netherlands: Vrije Universiteit 1999 [cited 2018 30 January]. Available from: <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/1092113>.
28. Akgül H, Yeşilyaprak B. Adaption of loneliness scale for elderly into Turkish culture: Validity and reliability study. *Older Research Journal* 2015;8(1):34-45.
29. Hayran M, Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Ankara: Omega Araştırma; 2011: 50-105.
30. Ağırman E, Gençer M. Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2017;7(3):234-40.
31. Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med* 2012;172(14):1078-83.
32. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. *Aging Soc* 2011;31(8):1368-88.
33. Stickley A, Koyanagi A, Roberts B, Richardson E, Abbott P, Tumanov S, et al. Loneliness: its correlates and association with health behaviours and outcomes in nine countries of the former Soviet Union. *PloS One* 2013;8(7):e67978-e.
34. Nicolaisen M, Thorsen K. Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *Int J Aging Hum Dev* 2014;78(3):229-57.
35. Erol S, Sezer A, Şişman FN, Öztürk S. Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;5(3):60-9.
36. Demirbaş H. Yaşlılıkta sosyal ilişkiler. İçinde: Özmete E, Canatan A, Temel Gerontoloji. Ankara: Hedef CS Basım Yayın; 2018: 165-220.
37. Yan Z, Yang X, Wang L, Zhao Y, Yu L. Social change and birth cohort increase in loneliness among Chinese older adults: a cross-temporal meta-analysis, 1995-2011. *Int Psychogeriatr* 2014;26(11):1773-81.
38. Meawad Elsayed E, El- Etreby R, Ibrahim A. Relationship between social support, loneliness, and depression among elderly people. *IJND* 2019;9(01):39-47.
39. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespit ve Öneriler 2013 [cited 2020 10 Mart]. Available from: https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/31612/mod_resource/content/0/taya2013trk.pdf.
40. Aung K, Nurumal M, Wan N, Syakirah N, Bukhari W. Loneliness among elderly in

Hemşirelik Öğrencilerinin Bireyselleştirilmiş Bakıma İlişkin Durumlarının İncelenmesi

Seçil Gülhan Güner*, Özlem Ovayolu **, Nimet Ovayolu ***

Öz

Giriş: Günümüzde hemşirelik mesleğinin eğitiminde bireyselleştirilmiş bakım ön plana çıkmaktadır. **Amaç:** Bu çalışma Türkiye’de bir Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde lisans eğitimini sürdüren Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin durumlarının incelenmesi amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmanın örneklemini 2018-2019 eğitim-öğretim yılında ilgili Fakültenin Hemşirelik Bölümünde eğitim gören, en az bir yıl hemşirelik eğitimi almış, klinik uygulama deneyimine sahip ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta bulunan toplam 414 hemşirelik öğrencisi oluşturdu. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Hemşire versiyonu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, ortalama, yüzde, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. **Bulgular:** Öğrencilerin %35.7’si klinikte hastaya bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşündüğünü, %74.6’sı bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulduğunu ve %73’ü hastaya bireyselleştirilmiş bakım verirken engellerle karşılaştığını ifade etmiştir. Bireyselleştirilmiş bakım verme ile ilgili öğrencilerin karşılaştığı engellerin; iletişim problemleri (%43), zaman yetersizliği (%39.9), malzeme eksikliği (%36) ve iş yükü fazlalığı (%35.3) şeklinde olduğu görüldü. Hemşirelik öğrencilerinin hasta bireyselliğini destekleme toplam puan ortalamasının 3.60 ± 0.92 ve hasta bakımını bireyselleştirme puan ortalamasının 3.68 ± 0.95 olduğu tespit edildi. **Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin hasta bireyselliğini destekleme ve hasta bakımını bireyselleştirme puan ortalamasının orta düzeyde olduğu, çoğunun bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulduğu ve bakım verme sürecinde engellerle karşılaştığı görüldü. Bu doğrultuda hemşirelik lisans eğitimi sırasında öğrencilerin bireyselleştirilmiş bakımın önemi konusunda eğitilmesi, uygulama yapması ve desteklenmesi önerilebilir. **Anahtar kelimeler:** Hemşirelik Öğrencisi, Bakım, Bireyselleştirilmiş Bakım, Bireyselleştirilmiş Bakımdaki Engeller.

Abstract

Examination of Nursing Students’ Status’ on Individualized Care

Background: Today, individualized care comes to the forefront in the education of nursing profession. **Objectives:** This study, at the a Faculty of Health Sciences in Turkey which were continuing his undergraduate studies which nursing department students 'status' regarding individualized care in order to examine the was performed. **Methods:** The sample of this descriptive and cross-sectional study consisted of 414 nursing students in the second, third and fourth class of 2018-2019 academic year who were educated in the Nursing Department of the related Faculty, who had at least one year of nursing education and had clinical practice experience. The data of the study was collected with the Descriptive Information Form and the Individualized Care Scale Nurse version. Frequency, mean, percentage, Mann Whitney U and Kruskal Wallis were used to evaluate the data. **Results:** Students stated that 35.7% of the students thought that individualized care was given to the patient in the clinic, 74.6% found individualized care to be beneficial and 73% faced obstacles while providing individualized care to the patient. The barriers faced with in individualized care giving was seen; communication problems (43%), lack of time (39.9%), lack of materials (36%) and excess workload (35.3%) was seen. The total score of nursing students supporting patient individuality was 3.60 ± 0.92 and the mean of individualizing patient care was 3.68 ± 0.95 determined. **Conclusion:** It was seen that the average score of nursing students in support of patient individuality and individualization of patient care was found to be moderate, most of them found individualized care beneficial and encountered obstacles in the caregiving process. Accordingly, it may be suggested that in nursing undergraduate education students should be educated, practiced and supported on the importance of individualized care during.

Key Words: Nursing Student, Care, Individualized Care, Barriers in Individualized Care.

Geliş tarihi: 16.05.2019 **Kabul tarihi: 19.03.2020**

Türk Dil Kurumu’na göre bakım terimi, “bakma işi”; “bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek”; “birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olmak üzere üç farklı şekilde tanımlanmaktadır (1). Hemşirelik uygulamalarında sıklıkla kullandığımız ve tartıştığımız bir terim olan bakımın, literatürde farklı tanımları bulunmaktadır. Farklı tanımlar ve görüşler doğrultusunda bakımın hemşirelik için vazgeçilmez ve önemli bir kavram olduğu, kişilerarası ilişkiye temellendiği, bireysel, psikolojik, subjektif ve aynı zamanda insani, ahlaki bir olgu olduğu görülmektedir (2,3). Hemşirelik mesleğinin felsefesinin, değerlerinin ve etik kodlarının temelinde yer alan bireyselleştirilmiş bakım; hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin, değerlerinin, kültürel geçmişlerinin ve inançlarının göz önünde bulundurularak, bireyle iş birliği halinde bakımın sunulması şeklinde tanımlanmaktadır (4,5). Hemşirelik alanında 1970’li yıllarda anlam kazanmaya başlayan “bireyselleştirilmek” kelimesi, Türk Dil Kurumu’na göre “bir şeyi ayrı ve bireysel olarak göz önüne almak” anlamına gelmektedir (1,6). Bu bağlamda evrensel bir yaklaşım olan bireyselleştirilmiş bakımda, insanın bireyselliği, eşsizliği ve bütünlüğü ön plana çıkmaktadır (7,8). Ancak, son yıllarda hemşirelik bakımında standart hasta bakım uygulamalarının ön planda olduğu görülmektedir. Oysa hastayla en çok zaman geçiren sağlık profesyonellerinden olan hemşirelerin, mesleğin değerleri gereği hastaların bireyselliğini desteklemesi son derece önemlidir (9). Çünkü bireyselleştirilmiş bakım, daha çok hasta-hemşire etkileşiminin sonucu olarak gelişmektedir (4). Dolayısıyla hemşirenin hastaya bireyselleştirilmiş bakım uygulaması; hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini, sağlık bakımının kalitesini ve güvenliğini arttırmakta, hastalık yönetimini sağlamakta, anksiyeteyi, sağlık bakım hizmetlerinin kullanımını, sağlık bakım

Bu çalışma Zeugma II. Uluslararası Multidisipliner Çalışmalar Kongresi’nde (18-20 Ocak 2019/Gaziantep) sözlü sunum olarak sunulmuştur.

* Dr. Öğr. Üyesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Trabzon. E-mail: secilgulhan@gmail.com, ORCID = 0000-0002-1161-066X, ** Prof. Dr., Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Gaziantep. E-mail: oucan@gantep.edu.tr, ORCID = 0000-0002-7335-4032, *** Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Gaziantep. E-mail: drnimetovayolu@gmail.com, ORCID = 0000-0002-4505-0349.

Araştırma

yükünü, malpraktisi ve mortalite oranını da azaltmaktadır (10-12). Bu nedenle, evrensel değerler kapsamında ve hemşirelik mesleğinin etik kodları ışığında hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakımı benimsemesi, bu konuda duyarlı olması ve uygulamasının hasta sonuçlarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (13). Bu doğrultuda, hemşirelik mesleğinin temellerinin atıldığı hemşirelik eğitiminde, bireyselleştirilmiş bakım kavramının geliştirilmesi oldukça önemlidir. Çünkü klinik uygulamada da hemşirelik öğrencilerinin bireye özgü hemşirelik girişimlerini planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi hedeflenmektedir. Ancak hemşirelik bakımı uygulamaları sırasında öğrencilerin değerleri, beklentileri ve inançları bakım verdiği hastayla çatışabilmektedir (14). Bu durumda öğrencinin mesleki bilgisi, deneyimi, öngörebilme becerisi ve tutumu etik karar verme sürecinde oldukça etkili olabilmektedir (15).

Amaç

Yapılan literatür taramasında hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendiren çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu gerekçeden hareketle, literatüre katkı sağlayacağı düşünüülerek, araştırma Türkiye’de bir Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin durumlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Bu doğrultuda araştırmada; “Hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları nasıldır?” ve “Hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakım verme sırasında karşılaştıkları engeller var mıdır?” sorularına yanıt aranmıştır.

Yöntem**Araştırmanın Tipi**

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma 2018-2019 Eğitim-Öğretim yılı güz döneminde Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde eğitim gören, en az bir yıl hemşirelik eğitimi almış, klinik uygulama deneyimi olan hemşirelik ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin durumlarını incelemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini, hemşirelik bölümü ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta okuyan toplam 690 öğrenci oluşturdu. Bu çalışma için örneklem seçimine gidilmeyerek, evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi ve araştırmaya katılmayı kabul eden 414 öğrenci ile çalışma tamamlandı. Sonuç olarak, katılım oranı %60 olarak bulundu.

Veri Toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri

Veriler, “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ve “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu (BBS-A ve BBS-B)” kullanılarak toplandı.

Tanıtıcı Bilgiler Formu: İlgili literatürler doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form, öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet gibi) ve bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmuştur (8,9).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS): Suhonen ve arkadaşları tarafından (2000) hemşirelerin sağlık bakım ortamında bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüşleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Skala, beşli likert tipte olup, 2005 yılında revize edilmiştir. Skalanın orijinalinde cronbach alfa değerleri BBS-A-Hemşire için .95, BBS-B-Hemşire için .93 olarak belirtilmiştir (4). Türkçe geçerlik ve güvenirliliği Şendir ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Skalanın Türkçe versiyonunun Cronbach alpha değerleri BBS-A-Hemşire için .77, BBS-B-Hemşire için .88 şeklindedir (16). Bu çalışmada Cronbach alpha değeri BBS-A Hemşire versiyonu için .84, BBS-B Hemşire versiyonu için .87 bulundu. Bireyselleştirilmiş bakım skalası 17 maddeden ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde “Hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini destekleme” (BBS-A-Hemşire), ikinci bölümde ise, “Hastanın bakımını bireyselleştirme” (BBS-B-Hemşire) algıları değerlendirilmektedir. BBS-A ve BBS-B Hemşire versiyonu her iki bölümü üç alt boyuttan oluşmaktadır. Her iki bölümün alt boyutları ve içerdiği maddeler şu şekildedir:

Klinik durum: Hastaların hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığın kendisi için anlamını içeren konularda bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını içermektedir (BBS-A: A01-A07), (BBS-B: B01-B07).

Kişisel yaşam durumu: Hastaların manevi duygu, inanç ve değerlerini yansıtan, var olan alışkanlıkları, günlük yaşam aktiviteleri, tercihleri, aile bağlarının yanı sıra işi ve hastane deneyimi gibi konularda hemşirelerin bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını yansıtan sorulardan oluşmaktadır (BBS-A: A08-A11), (BBS-B: B08-B11).

Karar verme kontrolü: Hastaların emosyonel durumunu, düşüncelerini, isteklerini yansıtan ve öz bakımına katılmasını ve bakımı ile ilgili kararlar alınması gibi konularda hemşirelerin, bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarından oluşmaktadır (BBS-A: A12-A17), (BBS-B: B12-B17) (5,17).

Her bir alt boyuttan alınabilecek puan; en az 1, en fazla 5’tir. BBS-A ve BBS-B’nin puanları, alt boyutlarının madde puanlarının toplanıp madde sayısına bölümü ile elde edilmekte ve ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Puanların yüksek olması hemşirelerin, genel olarak uyguladıkları hemşirelik eylemleri sırasında hastaların bireyselliğini destekleme (BBS-A-Hemşire) ve hastanın bakımını bireyselleştirme algılarının (BBS-B-Hemşire) da yüksek olduğunu gösterir (4). Skalanın uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, frekans ve yüzdeler kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile bakıldı.

Araştırma

Normal dağılıma sahip olmayan değişkenlerin iki grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grupta karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis ve all subset çoklu karşılaştırma testleri kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmanın yapıldığı Fakültenin Bölüm Başkanlığından ve Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan yazılı izin (Karar No: 2018/370) alındı. Skalanın kullanılabilmesi için geçerlik ve güvenirlik yapan yazarlardan izin alındı. Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan öğrenci hemşirelere çalışmanın amacı açıklanarak, gönüllülük ilkesi kapsamında araştırmaya katılmaları için sözel izinleri alındı.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamasının 20.94 ± 2.07 yıl, %75.4'ünün kadın olduğu ve %92.8'inin kronik hastalığı olmadığı belirlendi. Öğrencilerin %58'inin mezuniyet sonrası klinisyen hemşire olarak çalışmayı düşündüğü ve %38.6'sının hemşirelik mesleğini "kısmen isteyerek" seçtiği saptandı.

Tablo 1. Öğrencilerin Bireyselleştirilmiş Bakıma İlişkin Görüşleri (n = 414)

Bireyselleştirilmiş Bakıma İlişkin Görüşler		n	%
Bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulma durumu	Evet	309	74.6
	Hayır	35	8.5
	Kısmen	70	16.9
Daha önce hastanede yatarak tedavi alma durumu	Evet	82	19.8
	Hayır	332	80.2
Hastanede yatarak tedavi aldığı anda bireyselleştirilmiş bakım aldığımızı düşünme durumu	Evet	22	5.3
	Hayır	349	84.3
	Kısmen	43	10.4
Klinikte hastaya bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşünme durumu	Evet	148	35.7
	Hayır	101	24.4
	Kısmen	165	39.9
Kliniklerin hastaya bireyselleştirilmiş bakımın verilmesinde yeterli alt yapıya sahip olma durumu	Evet	71	17.1
	Hayır	211	51.0
	Kısmen	132	31.9

Öğrencilerin %74.6'sının bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulduğu, %19.8'inin daha önce hastanede yatarak tedavi aldığı ve hastanede yatarak tedavi alanların sadece %5.3'ünün bireyselleştirilmiş bakım aldığını ifade ettiği görüldü. Hemşirelik öğrencisi olarak klinikte hastaya bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşünen öğrencilerin oranının %35.7 olduğu ve %51'inin kliniklerin hastaya bireyselleştirilmiş bakımın verilmesinde yeterli alt yapıya sahip olmadığını ifade ettiği görüldü (Tablo 1).

Tablo 2. Öğrencilerin Bireyselleştirilmiş Bakım Vermede Karşılaştıkları Engellerin Dağılımı

Bireyselleştirilmiş bakım vermede engellerle karşılaşma durumları		
Evet %		Hayır %
73.0		27.0
Karşılaşılan engeller	İletişim problemleri	43.0
	Zaman yetersizliği	39.9
	Malzeme eksikliği	36.0
	İş yükü fazlalığı	35.3
	Teorik bilgi yetersizliği	34.1
	Hasta ya da hasta yakınlarının davranışları	34.1
	Hemşirelerin davranışları	33.3
	Personelin davranışları	20.0
	Rol karmaşası	23.4
	Öğretim elemanlarının davranışları	15.0

Tablo 2’de öğrencilerin bireyselleştirilmiş bakım vermede engellerle karşılaşma durumu görülmektedir. Hastaya bireyselleştirilmiş bakım vermede engellerle karşılaşan öğrencilerin oranının %73 olduğu ve bu engellerin sırasıyla; iletişim problemleri (%43), zaman yetersizliği (%39.9), malzeme eksikliği (%36), iş yükü fazlalığı (%35.3), teorik bilgi yetersizliği ve hasta ya da hasta yakınlarının davranışları (%34.1), hemşirelerin davranışları (%33.3), personelin davranışları (%20), rol karmaşası (%23.4) ve öğretim elemanlarının davranışları (%15) şeklinde olduğu belirlendi.

Tablo 3. Öğrencilerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Hemşire Versiyonu Puan Ortalamaları Dağılımı (n = 414)

Alt boyutlar	BBS-A-Hemşire		BBS-B-Hemşire	
	Min.- Max.	X ± S.S.	Min.- Max.	X ± S.S.
Klinik Durum	1-5	3.62 ± 0.97	0-5	3.70 ± 0.96
Kişisel Yaşam Durumu	1-5	3.53 ± 0.92	1-5	3.62 ± 0.94
Karar Verme Kontrolü	1-5	3.67 ± 0.89	1-9	3.74 ± 0.95
Toplam	1-5	3.60 ± 0.92	0-9	3.68 ± 0.95

S.S.: Standart sapma, BBS-A: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Hemşire Versiyonu-A, BBS-B: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Hemşire Versiyonu-B

Hemşirelik öğrencilerinin hasta bireyselliğini destekleme (BBS-A) toplam madde puan ortalamasının 3.60 ± 0.92 , alt boyut madde puan ortalamasının ise en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla; karar verme kontrolü 3.67 ± 0.89 , klinik durum 3.62 ± 0.97 ve kişisel yaşam durumu 3.53 ± 0.92 şeklinde olduğu belirlendi. Öğrencilerin hasta bakımını bireyselleştirme (BBS-B) toplam madde puan ortalamasının 3.68 ± 0.95 , alt boyutların ise en yüksekten düşüğe doğru sıralandığında; karar verme kontrolü 3.74 ± 0.95 , klinik durum 3.70 ± 0.96 ve kişisel yaşam durumu 3.62 ± 0.94 şeklinde olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 4’te öğrencilerin bazı özellikleriyle BBS-A Hemşire ve BBS-B Hemşire puanları karşılaştırılması görülmektedir. BBS-A Hemşire versiyonu klinik durum alt boyutu ile cinsiyet, mesleği isteyerek gelme durumu ve bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulma durumu arasında; kişisel yaşam durumu alt boyutu ile cinsiyet ve bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulma durumu arasında; karar verme kontrolü alt boyutu ile cinsiyet, mezuniyet sonrası çalışmayı düşündüğü alan ve bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < .05$). BBS-B Hemşire versiyonu klinik durum, kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü alt boyutu ile cinsiyet, mesleği isteyerek gelme durumu ve bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < .05$).

Tablo 4. Öğrencilerin bazı özellikleri ile BBS-A Hemşire ve BBS-B Hemşire Puanlarının Karşılaştırılması (n = 414)

Özellikler		n	%	BBS-A Hemşire						BBS-B Hemşire					
				Klinik durum		Kişisel yaşam durumu		Karar verme kontrolü		Klinik durum		Kişisel yaşam durumu		Karar verme kontrolü	
				Test istatistiği	p	Test istatistiği	p	Test istatistiği	p	Test istatistiği	p	Test istatistiği	p	Test istatistiği	p
Cinsiyet*	Kadın	312	75.4	-3.565	.000	-3.317	.000	-3.985	.000	-2.512	.010	-2.988	.000	-2.439	.010
	Erkek	102	24.6												
Mezuniyet sonrası çalışmayı düşündüğü alan*	Akademisyen	174	42.0	-1.781	.070	-1.642	.100	-2.300	.020	-.899	.360	-.459	.640	-1.463	.140
	Klinisyen	240	58.0												
Mesleği isteyerek gelme durumu**	Evet	125	30.2	21.38	.000	2.58	.270	2.89	.230	11.22	.000	10.98	.000	10.11	.000
	Hayır	129	31.2												
	Kısmen	160	38.6												
Bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulma durumu**	Evet	309	74.6	18.44	.000	14.92	.000	9.41	.000	11.38	.000	8.88	.010	8.09	.010
	Hayır	35	8.5												
	Kısmen	70	16.9												

*Mann Whitney U testi yapılmıştır, **Kruskal-Wallis Testi yapılmıştır.

Tartışma

Hasta bakım sonuçlarını olumlu yönde etkileyen önemli değişkenlerden birinin bireyselleştirilmiş bakım olduğu belirtilmektedir (18). Çünkü hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçası olan bireyselleştirilmiş bakım, sağlık bakım değerini gösteren ve etkileyen evrensel bir kavramdır (17,18). Ancak yapılan literatür taramasında hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin durumlarını irdeleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda meslek yaşamında etik kodlar ışığında profesyonel bir hemşire olması düşünülen hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarının değerlendirilmesinin olumlu hasta sonuçları açısından literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Literatürde hastane ve servis büyüklüğü, iş odaklı çalışma, kalıplaşmış hiyerarşik yapı, hemşire sayısının yetersizliği, ekip üyeleri arasındaki yetersiz iletişim ve disiplinler arası iş birliğinin olmamasının hasta bakımını doğrudan etkilediği ve dolayısıyla hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını engellediği belirtilmektedir (19,20). Bu bilgilere paralel olarak bu çalışmada öğrencilerin büyük bir kısmının bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulduğu, ancak hastaya bireyselleştirilmiş bakım verirken çeşitli engellerle karşılaştığı saptanmıştır (Tablo 2). Öğrencilerin karşılaştıkları engeller arasında iletişim problemleri, zaman yetersizliği, malzeme eksikliği, iş yükü fazlalığı, teorik bilgi yetersizliği ve hasta ya da hasta yakınlarının davranışları, hemşirelerin davranışları, personelin davranışları, rol karmaşası ve öğretim elemanlarının davranışları yer almaktadır. Karayurt ve arkadaşlarının (9) hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüşlerini inceledikleri çalışmada bireyselleştirilmiş bakım verme önündeki engellerin; iletişim eksikliği, iş yükü fazlalığı ve malzeme eksikliği olduğu ifade edilmiştir. Zuniga ve arkadaşlarının (21) çalışmasında da benzer şekilde, fazla iş yükünün ve rol karmaşasının kaliteli bakımı etkilediği vurgulanmıştır.

Ülkemizde hemşirelik eğitiminde, öğrencilerin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerilerini geliştiren eğitimlerin verilmesinin, bireye özgü ve nitelikli bakım sağlanması açısından önemli olduğu belirtilmektedir (22). Bu konuda hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakımı önemli bulduğu saptanmıştır (9). Çalışmamızda öğrencilerin büyük bir kısmının bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulduğunu ifade etmesi belirtilen sonuçlarla örtüşmektedir. Ayrıca öğrencilerin hasta bakımını bireyselleştirme (BBS-B) ve hasta bireyselliğini destekleme (BBS-A) puanlarının orta düzeyde ve birbirine yakın olması da bu açıdan önemli bir sonuçtur (Tablo 3). Farklı ülkelerde hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüşlerini belirleyen çalışmalarda da hasta bakımını bireyselleştirme puanı ile hasta bireyselliğini destekleme puanlarının birbirine yakın olduğu görülmüştür (17,18). Suhonen ve arkadaşlarının yedi ülkede gerçekleştirdiği Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmada Türk hemşirelerinin BBS-A (3.96 ± 0.48) ve BBS-B puanının (3.93 ± 0.52) birbirine oldukça yakın olduğu belirlenmiştir (23). Ancak ülkemizde Karayurt ve arkadaşlarının (19) hemşirelerde yaptıkları çalışmada, hasta bakımını bireyselleştirme puanının, hasta bireyselliğini destekleme puanından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin hasta bireyselliğini destekleme (BBS-A) ve hasta bakımını bireyselleştirme (BBS-B) puanları ile cinsiyet ve bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulma durumu arasında anlamlılık bulunmuştur (Tablo 4). Çalışmamıza benzer şekilde Suhonen ve arkadaşlarının (24) yaptıkları çalışmada hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarıyla cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunurken, çalışmamızın aksine ülkemizde hemşirelerde yapılan farklı bir çalışmada bireyselleştirilmiş bakım ile cinsiyet arasında anlamlılık olmadığı görülmüştür (22). Ayrıca, öğrencilerin bireyselleştirilmiş bakımı yararlı bulması ile ölçek puanlarının anlamlı olması sonucu, öğrenci hemşirelerin bakım sırasında hastanın bireysel özelliklerini dikkate aldığını, hastanın bakımı hakkındaki kararlara katılımlarını sağladıklarını göstermektedir.

Bu çalışmada hastanın bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarından oluşan BBS-A Hemşire versiyonu karar verme kontrolü ile öğrencilerin mezuniyet sonrası çalışmayı düşündüğü alan arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bu sonuç öğrenci hemşirelerin hasta bakımı sırasında hastaların emosyonel durumunu, düşüncelerini, isteklerini ve öz bakım süreçlerini göz önünde bulundurduğunu düşündürmektedir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğini isteyerek tercih ettiği belirtilmektedir (25-27). Bu çalışmada mesleğe isteyerek gelen öğrencilerin BBS-A Hemşire versiyonunun klinik durum ve BBS-B Hemşire versiyonu puan ortalamaları arasında anlamlılık olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Bu durum mesleğe isteyerek gelen öğrenci hemşirelerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını olumlu yönde etkilediğini ortaya koyarak, “öğrencilerin bireyselleştirilmiş bakım algıları nasıldır?” hipotezini destekler niteliktedir. Ancak bu konuda yapılmış başka bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin BBS-A puan ortalamaları ile mesleği seçme isteği arasında ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır (22). Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin hasta bakımını bireyselleştirme ve hasta bireyselliğini desteklemeye ilişkin farklı sonuçlar olmasına rağmen, bu iki bileşenin holistik yaklaşım açısından birbirini bütünlemesinin, hasta bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda özellikle hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik lisans eğitimi süresince bireyselleştirilmiş bakım ilkeleri açısından güçlendirilmesi, bilgi, beceri ve tutum kazandırılması ve bunların hayata geçirilmesi sağlanmalıdır (28).

Kısıtlılıklar

Bu araştırmanın en önemli sınırlılığı çalışmanın sadece bir kurumda yapılmış olmasıdır. Ayrıca bu konuyla ilgili bilimsel araştırmalar başta olmak üzere, bilimsel veri kaynaklarının sayısının yeterli olmaması, araştırmanın kuramsal/teorik sınırlılıklardan biridir. Metodolojik sınırlılıklar arasında ise araştırmanın veri toplama aşamasında öğrencilerden kaynaklı uygun zamanın belirlenememesi ve bunun sonucu olarak da evreninin tamamına ulaşamaması yer almaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %73'ü hastaya bireyselleştirilmiş bakım vermede engellerle karşılaştığını belirtmiştir. Öğrenciler bu engellerin sırasıyla; iletişim problemleri, zaman yetersizliği, malzeme eksikliği, iş yükü fazlalığı, teorik bilgi yetersizliği, rol karmaşası, hasta/hasta yakınlarının, hemşirelerin, personelin ve öğretim elemanlarının davranışları şeklinde olduğunu bildirmiştir. Öğrencilerin BBS-A Hemşire versiyonundan aldıkları toplam puan ortalamasının 3.60 ± 0.92 ve BBS-B Hemşire versiyonundan aldıkları puan ortalamasının 3.68 ± 0.95 olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla hemşirelik mesleğinin temel felsefesinin oluşturulduğu lisans eğitimi sırasında;

- Öğrencilerin bireyselleştirilmiş bakım konusunda duyarlılıklarını arttıracak eğitim ve uygulamaların yapılması,
- Hemşirelik öğrencilerinin verdiği hemşirelik bakım kalitesini arttırmak amacıyla hastaların bireyselliğini destekleyen girişimlere yer verilmesi,
- Öğrenci hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarına yönelik ulusal veya uluslararası kurs, kongre, sempozyum gibi bilimsel programlara katılımlarının desteklenmesi,
- Farklı veri toplama yöntemlerinin (derinlemesine analiz, odak grup görüşmesi, içerik analizi vb.), kullanıldığı çalışmaların yapılması,
- Öğrenci hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen ve değerlendiren farklı çalışmaların daha geniş örneklem grubunda farklı değişkenler açısından değerlendirilerek yapılması önerilebilir.

Bilgilendirme

Çalışmaya katılan tüm öğrencilere teşekkür ederiz. Bu araştırmanın yapılabilmesi için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan yazılı izin (Karar No: 2018/370) alındı. Yazarların katkıları veri toplama SGG; analiz ve araştırma raporunun hazırlanması SGG, ÖO; makaleye son şeklinin verilmesi NO, SGG, ÖO Bu araştırma için herhangi bir proje/fon desteği alınmamıştır. Bu çalışmada herhangi bir nakdi/ayni yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=> Erişim Tarihi: 01.09.2019
2. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. HUHMFAD 2010;17(2):74-82.
3. Reich W. History of the notion of care encyclopedia of bioethics 5th volumes. New York: Simon & Schuster Macmillan; 2014:319-331.
4. Suhonen R, Valimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. J Adv Nurs 2005;50(3):283-292.
5. Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Sosyal E. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. FNJN 2007;15(59):61-67.
6. Suhonen R. Clinical ethics and challenges to individualized care. Nurs Ethics 2010;17(5):541-542.
7. Acaroğlu R. Bakımda etik. II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 7-11 Eylül 2003; İstanbul.
8. Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. FNJN 2015;23(1):32-40.
9. Karayurt Ö, Ursavaş FE, İşeri Ö. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarının ve görüşlerinin incelenmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2018;9(2):163-169.
10. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. Health Serv Res 2010;45(5p1):1188-1204.
11. Flach SD, McCoy KD, Vaughn TE, Ward MM, BootsMiller BJ, Doebbeling BN. Does patient centered care improve provision of preventive services? J Gen Intern Med 2004;19(10):1019-1026.
12. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. N Engl J Med 2008;359:1921-1931.
13. Altun İ. Etik ve değerler. İçinde Atabek Aşti T, Karadağ A, Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı. 1. Basım. İstanbul Akademi Basın ve Yayıncılık; 2014:113-122.
14. Ersoy N, Gündoğmuş ÜN. A study of the ethical sensitivity of physicians in Turkey. Nurs Ethics 2003;10(5):472-484.
15. Gül Ş, Aşiret GD, Kahraman BB, Devrez N, Büken NÖ. Etik dersi alan ve almayan hemşirelik öğrencilerinin etik karar verebilme düzeylerinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013;15(1):23-31.

Araştırma

16. Acaroglu R, Suhonen R, Sendir M, Kaya H. Reliability and validity of Turkish version of the individualised care scale. *J Clin Nurs* 2011;20(1-2):136-145.
17. Charalambous A, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *Int Nurs Rev* 2010;57(4):500-507.
18. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care. *J Adv Nurs* 2010;66(5):1035-1046.
19. Schmidt LA. Patients perceptions of nurse staffing, nursing care, adverse events and overall satisfaction with the hospital experience. *Nurs Econ* 2004;22(6):295-306.
20. Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland. *J Nurs Manag* 2007;15(2):197-206.
21. Zuñiga F, Ausserhofer D, Hamers JP, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16(10):860-866.
22. Doğan P, Tarhan M, Kürklü A. Hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ahlaki duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişki. *HEAD* 2019;16(2):119-124.
23. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou C, Kalafati M, da Luz MDA et al. Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *J Adv Nurs* 2011;67(9):1895-1907.
24. Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E et al. Patients' and nurses' perceptions of individualised care: An international comparative study. *J Clin Nurs* 2012;21(7-8):1155-1167.
25. Çınar N, Şahin S, Sözeri C, Cevahir R, Akburak Ö. Erkek öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih nedenleri ve öğrencilere göre hastaların tepkisi ve sağlık çalışanlarının yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011;6(17):15-25.
26. Önlü E, Saraçoğlu GV. Hemşirelikte meslek seçimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *DEUHYO ED* [online]. 2010;3(2):78-85. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/a902/faf22f7f80f4b1cdf889305d31e3a500c216.pdf>. 5 Nisan 2019
27. Karadağ G, Kılıç SP, Ovayolu N, Ovayolu Ö, Kayaaslan H. Öğrenci hemşirelerin klinik uygulamada karşılaştıkları güçlükler ve klinik hemşireler hakkındaki görüşleri. *TAF Prev Med Bull* 2013;12(6): 665-672.
28. Karaöz S. Hemşirelik eğitiminde klinik değerlendirmeye genel bakış: güçlükler ve öneriler. *DEUHYO ED* [online]. 2013;6(3):149-158. URL: <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/7/397> 25 Mart 20

Akut ve Kronik Hastalık Nedeniyle Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Sağlık Bakımına Yönelik Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Duygu KARAARSLAN* Nesrin ŞEN CELASİN** Selin DEMİRBAĞ*** Dilek ERGİN****

Öz

Giriş: Sağlık bakımı memnuniyeti kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindedir. **Amaç:** Araştırmada, akut ve kronik hastalık nedeniyle çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma, hastanede çocuğuna refakat eden 109 ebeveyn ile yürütülmüştür. Çalışmanın verileri, "Tanıtım Formu" ve "PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Veriler; tanımlayıcı istatistikler, Student t, ANOVA, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya alınan çocukların %51.4'nün akut bir hastalık nedeniyle hastanede yattığı ve görüşme yapılan ebeveynlerin %88.1'inin anne olduğu bulunmuştur. Çocuğu 20 günden daha uzun süre hastanede kalan ebeveynlerin, hastanede kalış süresi uzadıkça memnuniyet puanlarının düştüğü; çocuğunun tanısı, tedavisi ve bakımı hakkında bilgilendirilen ebeveynlerin memnuniyet puanlarının arttığı; stres ve öfke duygularını ifade etme gereksinimi olan ebeveynlerin ise memnuniyet puanlarının düştüğü saptanmıştır (p < .05). **Sonuç:** Hastanede çocuğuna refakat eden ebeveynlerin, çocuğunun tanısı, tedavisi ve bakımı konusunda bilgilendirilmesi genel memnuniyet düzeylerini arttırdığı, stres ve öfke düzeylerini ise azalttığı belirlendi. Hemşirelerin, ebeveynlere ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık ve eğitim hizmetleri vermesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Ebeveyn, Hemşirelik, Memnuniyet, Sağlık Bakımı.

Abstract

Health Care Satisfaction Levels of Parents Whose Children Are in Hospital Because of Acute and Chronic Illnesses

Background: Health care satisfaction is one of the most important indicators of quality patient care. **Objectives:** In research, it was aimed to determine the health care satisfaction levels of parents whose children are in hospital because of acute and chronic illnesses and influencing factors. **Methods:** The study was conducted with 109 parents who accompanied the child in the hospital. The data of the study were collected by using "Description Form" and "PedsQL Health Care Satisfaction Scale". Data were evaluated by descriptive statistics, Student t, ANOVA, Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests. **Results:** It was found that 51.4% of the children included in the study were hospitalized due to acute illness and 88.1% of the interviewed parents were mothers. It was found that the satisfaction scores of the parents who stayed in the hospital for more than 20 days decreased as the duration of hospital stay prolonged; the satisfaction scores of the parents who were informed about the diagnosis, treatment and care of their child while staying in the hospital increased; the satisfaction scores of the parents who needed to express their feelings of stress and anger decreased (p < .05). **Conclusion:** It was determined that parents who accompanied their children in the hospital were informed about the diagnosis, treatment and care of their children, increased their general satisfaction levels and decreased their levels of stress and anger. In this direction; It can be suggested that nurses give counseling and education services to parents.

Key Words: Child, Parent, Nursing, Satisfaction, Healthcare.

Geliş tarihi: 17.04.2019 **Kabul tarihi:** 20.03.2020

Sağlıklı olma ve sağlıklı kalma hakkı insanın en temel ve vazgeçilmez haklarından biridir. Bu hakkın kullanılması topluma sunulan sağlık hizmetleri yolu ile karşılanır (1). Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sunuluş biçimi günümüzde ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergeler arasında yer almaktadır (2,3). Tüm toplumlarda geleceğin yetişkini olarak görülen çocuk, anne babanın en değerli varlığıdır ve doğduğu andan itibaren büyümesi ile birlikte değişmeyen tek konu, sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimidir (4). Alınan sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde ise ebeveyn görüşleri son derece önemlidir (5).

Çocuğa bakım vermekle sorumlu ebeveynler, genellikle hastane ortamında çocuklarına eşlik etmek ve onların bakımına katılmak durumundadırlar. Çocuklarına eşlik eden ebeveynlerin, hastane ortamındaki ihtiyaçları da çok önemlidir (6).

Ailenin çocuk bakımında algılanan pozitif beklentilerini yerine getirmek için kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerinden olan ebeveyn memnuniyeti, aileler için algılanan nitelikli bakımın organizasyonel ve klinik etkinliğini gösteren önemli bir çıktıdır (7). Ebeveyn memnuniyeti sağlık hizmetlerinde kalitenin başarısını, çocuğa etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır ve sonuç kalitesinin bir parçasıdır (8,9). Ebeveynlerin, çocuğunun tedavisi ve bakımı konusunda bilgilendirilmesi, anksiyetelerini azaltmakta ve çocuğunun bakımına etkin şekilde katılmalarını sağlamaktadır (10). Çocuğun servise kabulünden taburculuğuna kadar geçen sürede hastanın memnuniyetini arttırmada hemşirenin sorumluluğu büyüktür. Çünkü çocuk ve ebeveyni ile günün 24 saatini birlikte geçiren, çocuğun tanı ve tedavi işlemleri ile bu işlemler sırasında yaşadığı olaylardan nasıl etkilendiğini en yakından gözlemleyen kişi hemşiredir (11,12).

Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi; sağlık bakımının planlanması, değerlendirilmesi ve beklentiler doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından son derece önemlidir (13,14). İyi sağlık hizmeti verebilmek için alınan hizmetin kalitesinin ölçülmesi gerekmektedir; bunun da memnuniyet değerlendirme araştırmaları ile yapılması mümkündür (15). Elde edilen bilgiler bakıma yön verme ve hizmetin kalitesini geliştirmeye yardım etmede önemli

Bu araştırma, 6. Ulusal 1. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde Sözlü Bildiri olarak sunulmuştur *Arş. Gör. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Manisa, e-mail: duygukrrsln@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5583-2638> **Dr.Öğr.Üyesi,Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Manisa, e-mail: nessen_72@yahoo.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5130-0335> ***Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Manisa, e-mail: demirbag_izmir@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4606-5171> **** Doç. Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Manisa, e-mail: dilekergin.cbu@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6451-0278>

kanıtlar sağlamaktadır (16). Hasta ve ebeveyn memnuniyetini belirlemeye yönelik günümüze kadar Dünya’da ve Türkiye’nin farklı illerinde pek çok çalışma yapılmıştır. Ancak Manisa’daki hastanelerin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerinde çocuğu yatan ebeveynlerin sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik bizim çalışmamız ilktir.

Amacı

Bu çalışmada, Manisa’da akut ve kronik hastalık nedeniyle çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır.

Araştırmanın Soruları

- Akut hastalık nedeniyle çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyi nedir?
- Kronik hastalık nedeniyle çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyi nedir?
- Akut ve kronik hastalık nedeniyle çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin sağlık bakımına yönelik memnuniyetlerini etkileyen faktörler nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri

Araştırma, Manisa’da bir üniversite ve bir çocuk hastanesinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde, Temmuz-Eylül 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada örneklem büyüklüğü hesaplanmadan, olasılıksız örnekleme yöntemi ile Temmuz-Eylül 2017 tarihleri arasında bir üniversite ve bir devlet hastanesinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde çocukları akut ve kronik hastalık nedeniyle tedavi gören, hastaneye yatışları üzerinden 48 saat geçen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 109 ebeveyn araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri:

Araştırmaya, Manisa’da bir üniversite ve bir devlet hastanesinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri’nde en az 48 saattir çocuğu tedavi gören, soru formlarını doldurma yeteneği olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynler alınmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri:

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: ebeveynlerin ve refakat edilen çocuğun bazı özellikleri, bağımlı değişkeni ise; PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği’den alınan puan ortalamalarından oluşmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Aile ve Çocuğu Tanıtım Formu: Bu form, refakat edilen çocuğun; cinsiyeti, yaşı, tanısı, hastalık şekli, hastanede yatış süresi; görüşme yapılan ebeveynin; yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, ailenin gelir düzeyi, sosyal güvencesi, aile tipi, yaşadığı yer, hastanede yatan çocuğun daha önce hastaneye yatma durumu, çocuğun tanısı, uygulanan tedavi ve bakım hakkında bilgi alma durumu, ebeveynin stres, öfke, çaresizlik durumunda duygularını ifade edebileceği kişiye gereksinim duyma durumu, hastane ortamında ebeveyni rahatsız eden koşullar ve sağlık personelinin beklenti durumları ile ilgili bilgileri içermektedir. Toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği: Ulus ve Kublay (2012) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan ölçek; Bilgilendirme alt boyutu (1.,2.,3.,4.,5. maddeler), Ailenin Katılımı alt boyutu (6.,7.,8.,9. maddeler), İletişim alt boyutu (10.,11.,12.,13.,14. maddeler), Teknik Beceri alt boyutu (15.,16.,17.,18. maddeler), Duygusal Gereksinimler alt boyutu (19.,20.,21.,22. maddeler) ve Genel Memnuniyet alt boyutu (23.,24.,25. maddeler) olarak toplam 6 alt boyuttan ve 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan sorular, tıbbi bakım hizmetlerinden memnuniyeti ve psikososyal memnuniyeti ölçmeye yöneliktir. Psikososyal memnuniyet ebeveynlerin duygusal gereksinimleri ile yakından ilişkilidir. Ölçekte yer alan sorular 5’li Likert tipi dereceleme göre “Asla hoşnut değil=0, Bazen hoşnut=1, Çoğu zaman hoşnut=2, Hemen her zaman hoşnut=3, Her zaman hoşnut=4” şeklinde değerlendirilmiştir. Ölçekte ayrıca, çocuğun yaşına bağlı olarak alınmayan hizmetler: “U/Y=Uygulama yok” şeklinde belirtilmiştir. Ölçek pozitif olarak değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan ifadeler; Asla hoşnut değil=0, Bazen hoşnut=25, Çoğu zaman hoşnut=50, Hemen her zaman hoşnut=75, Her zaman hoşnut =100 puan ile sayısallaştırılmıştır. Ölçek toplam puanı her bir sorudan elde edilen puanların toplamının soru sayısına (25 soru) bölünmesi ile elde edilir. 100 puan hemen “Her zaman hoşnut” cevabına karşılık gelmekte olup yüksek memnuniyeti ifade etmektedir. Ölçekte “U/Y” seçeneğinin işaretlendiği durumlarda, ölçek toplam puan hesaplanırken “U/Y” seçeneğinin sayısı kadar ölçek madde sayısından çıkarılarak hesaplanır. Örn. Ölçekte yer alan 25 sorudan 4’üne “U/Y” yanıtı verilmişse, ölçekten elde edilen toplam puan ortalama hesabı için 25’e değil 21’e bölünerek ortalama puan elde edilir. Toplam ölçekten alınabilecek Min. Puan = 0, Max. puan ise 100’dür. Puanlar yükseldikçe memnuniyetin de yükseldiği şeklinde bir değerlendirme yapılmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı (α) = .93’dir (7). Bu çalışmadaki Cronbach Alpha katsayısı ise (α) = .95’dir. Veriler, araştırmacılar tarafından haftada 5 gün sabah ve akşam birer saat hasta odasında, anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacılar tarafından haftada 5 gün sabah ve akşam birer saat hasta odasında, anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

Araştırma

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 16.0 (Statistical Package For Social Sciences) paket programında; sayı, yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma, Student-t, One Way ANOVA, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Kabul edilen anlamlılık düzeyi $p < .05$ ve $p < .01$ 'dir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (21.06.2017 / 20.478.486-050.04.04) Etik Kurul Onayı ve çalışmanın yürütüldüğü kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlere araştırma ile ilgili açıklama yapılarak bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olan Ulus ve Kublay'dan ölçeğin kullanımı için izin alınmıştır. Araştırmanın, araştırmaya katılan ebeveynlere maddi/ manevi zarar verme riski bulunmamaktadır. Bu çalışmada, araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular

Tanımlayıcı Özellikler

Araştırma kapsamına alınan çocukların ve hastanede yatışları sırasında onlara refakat eden ebeveynlerinin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin verileri Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastanede Yatan Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n = 109)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (%)
Cinsiyet	
Kız	50 (45.9)
Erkek	59 (54.1)
Yaş	
1 yaş altı	31 (28.4)
1-5 yaş	36 (33.0)
6-10 yaş	21 (19.3)
11-15 yaş	17 (15.6)
15 yaş üstü	4 (3.7)
Hastalık Şekli	
Akut Hastalık (Febril konvülzyon, Akut Gastroenterit, İdrar Yolu Enfeksiyonu, Bronşit, Bronşiyolit, Travma, Zehirlenme)	56 (51.4)
Kronik Hastalık (Tip 1 Diyabet, Astım, Epilepsi, Kronik Böbrek Yetmezliği, Nefrotik Sendrom, Hemofili, Kanseri türleri)	53 (48.6)
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	
Evet	64 (58.7)
Hayır	45 (41.3)
Hastanede Yatma Süresi	
Günübirlik	22 (20.2)
1-10 gün	72 (66.1)
11-20 gün	7 (6.4)
20 günden fazla	8 (7.3)

Tablo 2. Hastanede Çocuğuna Refakat Eden Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n = 109)

Değişkenler	Sayı (%)
Görüşme Yapılan Ebeveyn	
Anne	96 (88.1)
Baba	13 (11.9)
Kliniğe Yatış Yapıldığında, Çocuğın Tanısı Hakkında Bilgilendirilme Durumu	
Evet	100 (91.7)
Hayır	9 (8.3)
Kliniğe Yatış Yapıldığında, Çocuğın Tedavisi Hakkında Bilgilendirilme Durumu	
Evet	83 (76.1)
Hayır	26 (23.9)
Kliniğe Yatış Yapıldığında, Çocuğın Bakımı Hakkında Bilgilendirilme Durumu	
Evet	62 (56.9)
Hayır	47 (43.1)
Klinikteki Diğer Annelerle Birlikte Grup Toplantıları Düzenlenmesini İsteme Durumu	
Evet	72 (66.1)
Hayır	37 (33.9)
Hastanede stres yaratan sorunlar *	
Maddi sıkıntı / Ekonomik yük	21 (19.3)
Aile içi sorunlar	15 (13.8)
Çocuğunun hastalığı	76 (69.7)
Çocuğunun ameliyat olma nedeni	13 (11.9)
Hastane ortamı	28 (25.7)
Kalacak yer sorunu	6 (5.5)
Hastanede gereksinimlerinin karşılanmaması	11 (10.1)
Ebeveynin hastanede kaldığı sürece etkilendiği olumsuz şartlar	
Hastane ortamı (fiziki ortam)	40 (45.9)
Yatağa çocuğın bağımlı olması	19 (17.4)
Çocuğunun oyun arkadaşının olmaması	14 (12.8)
Çocuğunun oyun ve aktiviteler için uygun bir yer olmaması	20 (10.9)
Tedavinin acı verici olduğunu düşünmesi	16 (13.0)
Ebeveynin duygularını ifade edebileceği kişiye gereksinim duyma durumu	
Evet	64 (58.7)
Hayır	45 (41.3)

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Akut ve kronik hastalık nedeniyle çocuğın hastanede yatan ebeveynlerin sağlık bakımı memnuniyetine etki eden bazı faktörlere göre ölçek alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; çocuğın kronik hastalığa sahip ebeveynlerin, çocuğın akut hastalığa sahip ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği Toplam puan ortalamasına (kronik: 54.66 ± 24.82; akut: 51.61 ± 27.76) (p = .546, t : -0.60) ve tüm alt boyutlarının puan ortalamalarına göre; “Bilgilendirme” (kronik: 56.25 ± 27.97; akut: 48.19 ± 25.41) (p = .126, t: 1.55), “Ailenin Katılımı” (kronik: 56.53 ± 26.71; akut: 53.90 ± 28.89) (p = .626, t : 0.49), “İletişim” (kronik: 56.21 ± 27.76; akut: 54.63 ± 31.50) (p = .785, t : 0.27), “Teknik Beceri” (kronik: 58.82 ± 22.95; akut: 53.52 ± 29.26) (p = .304, t : 1.03), “Duygusal Gereksinim” (kronik: 50.73 ± 28.52; akut: 48.12 ± 33.77) (p = .675, t: 0.42), “Genel Memnuniyet” (kronik: 64.87 ± 26.21; akut: 63.18 ± 30.25) (p = .760, t : 0.31) daha yüksek olduğu bulundu. Ancak çocuğın hastalığının çeşidine (akut ya da kronik) göre ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması ve Alt Boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 3).

Araştırmada, çocuğun hastanede kalış süresine göre, ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyet ölçeği toplam puan ortalamasından ($p = .043$, $X^2 : 4.902$) ve “Bilgilendirme” ($p = .019$, $X^2 : 5.457$) ve “Ailenin Katılımı” ($p = .018$, $X^2 : 5.604$) alt boyutları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu; “İletişim” ($p = .061$, $X^2 : 3.523$), “Teknik Beceri” ($p = .291$, $X^2 : 1.115$), “Duygusal Gereksinim” ($p = .125$, $X^2 : 2.353$) ve “Genel Memnuniyet” ($p = .093$, $X^2 : 2.819$) alt boyutlarının puan ortalamaları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 3). Ancak hastanede “11-20 gün arası” kalan ebeveynlerin, tüm Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği Alt boyutları puan ortalamalarının; “Bilgilendirme” (75.71 ± 20.90), “Ailenin Katılımı” (78.57 ± 21.30), “Duygusal Gereksinim” (87.50 ± 15.81), “İletişim” (72.86 ± 27.82), “Teknik Beceri” (77.68 ± 19.38) ve “Genel Memnuniyet” (80.95 ± 27.09) en yüksek olduğu bulundu (Tablo 3).

Araştırmada, çocuğun tanısı hakkında bilgi alma durumuna göre, ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği alt boyutlarından sadece “Bilgilendirme” ($p = .001$, $Z : -3.222$) alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu; Ölçek toplam puan ortalaması ($p = .162$, $Z : -1.398$) ve “Ailenin Katılımı” ($p = .172$, $Z : -1.367$), “İletişim” ($p = .217$, $Z : -1.235$), “Teknik Beceri” ($p = .674$, $Z : -0.421$), “Duygusal Gereksinim” ($p = .894$, $Z : -0.133$), “Genel Memnuniyet” ($p = .249$, $Z : -1.154$) alt boyutlarının puan ortalamaları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 3). Ancak çocuğun tanısı hakkında bilgi alan ebeveynlerin almayanlara göre; ölçek toplam puan ortalaması (bilgi alan: 64.71 ± 27.75 ; almayan: 55.21 ± 34.77) ve alt boyutlardan “Bilgilendirme” (bilgi alan: 53.93 ± 26.53 ; almayan: 26.61 ± 17.95), “Ailenin Katılımı” (bilgi alan: 56.27 ± 27.79 ; almayan: 43.06 ± 25.85), “İletişim” (bilgi alan: 56.09 ± 29.44 ; almayan: 46.88 ± 32.73), “Teknik Beceri” (bilgi alan: 56.57 ± 26.11 ; almayan: 50.69 ± 30.85) ve “Genel Memnuniyet” (bilgi alan: 64.71 ± 27.75 ; almayan: 55.21 ± 34.77) puan ortalamalarının daha yüksek; “Duygusal Gereksinim” alt boyutu puan ortalamasının ise bilgi alan ebeveynlerin, almayanlara göre daha düşük olduğu (bilgi alan: 49.33 ± 31.02 ; almayan: 53.93 ± 26.53) bulundu (Tablo 3).

Araştırmada, çocuğunun tedavisi hakkında bilgi alma durumuna göre ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması ($p = .000$, $Z : -4.597$) ve tüm alt boyutlarının; “Bilgilendirme” ($p = .000$, $Z : -4.889$), “Ailenin Katılımı” ($p = .000$, $Z : -4.367$), “İletişim” ($p = .000$, $Z : -3.882$), “Teknik Beceri” ($p = .000$, $Z : -3.996$), “Duygusal Gereksinim” ($p = .000$, $Z : -3.310$) ve “Genel Memnuniyet” ($p = .000$, $Z : -4.368$) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (Tablo 3). Ölçek toplam puan ortalamaları (bilgi alan: 59.54 ± 24.86 ; almayan: 32.51 ± 19.52) ve tüm bu alt boyutlarda çocuğunun tedavisi hakkında bilgi alan ebeveynlerin almayanlara göre puan ortalamalarının; “Bilgilendirme” (bilgi alan: 58.17 ± 25.53 ; almayan: 30.49 ± 19.64), “Ailenin Katılımı” (bilgi alan: 62.00 ± 26.26 ; almayan: 33.65 ± 20.77), “İletişim” (bilgi alan: 61.77 ± 28.90 ; almayan: 34.75 ± 21.85), “Teknik Beceri” (bilgi alan: 62.58 ± 25.01 ; almayan: 36.05 ± 20.10), “Duygusal Gereksinim” (bilgi alan: 55.05 ± 30.63 ; almayan: 30.43 ± 24.95) ve “Genel Memnuniyet” (bilgi alan: 70.89 ± 26.88 ; almayan: 41.66 ± 20.13) daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 3).

Araştırmada, çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin stres ve öfke duygularını ifade etme gereksinimlerine göre ebeveynlerin, Sağlık Bakımı Memnuniyet ölçeği toplam puan ortalaması ($p = .027$, $t : -2.23$) ve alt boyutlarından “Ailenin Katılımı” ($p = .017$, $t : -0.64$), “İletişim” ($p = .035$, $t : 0.85$) ve “Genel Memnuniyet” ($p = .010$, $t : 0.46$) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu; “Bilgilendirme” ($p = .071$, $t : -0.57$), “Teknik Beceri” ($p = .170$, $t : 0.67$) ve “Duygusal Gereksinim” ($p = .852$, $t : 0.75$) puan ortalamaları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 3). Ancak çocuğu hastanede yatan ebeveynlerden, stres ve öfke duygularını ifade etme gereksinimi olan ebeveynlerin, gereksinimi olmayanlara göre Sağlık Bakımı Memnuniyet ölçeği toplam puan ortalaması (gereksinimi olan: 48.45 ± 25.11 ; olmayan: 59.90 ± 26.80) ve tüm alt boyutlarının; “Bilgilendirme” (gereksinimi olan: 48.28 ± 25.73 ; olmayan: 57.67 ± 27.97), “Ailenin Katılımı” (gereksinimi olan: 50.20 ± 27.19 ; olmayan: 62.69 ± 27.44), “İletişim” (gereksinimi olan: 49.90 ± 27.37 ; olmayan: 62.58 ± 30.88), “Teknik Beceri” (gereksinimi olan: 52.05 ± 27.44 ; olmayan: 61.36 ± 24.90), “Duygusal Gereksinim” (gereksinimi olan: 46.59 ± 30.11 , olmayan: 53.55 ± 32.70) ve “Genel Memnuniyet” (gereksinimi olan: 57.50 ± 28.98 ; olmayan: 72.35 ± 25.14) puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Bazı Faktörlere Göre Ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Faktörler	S	%	Bilgilendirme X ± SS	Ailenin Katılımı X ± SS	İletişim X ± SS	Teknik Beceri X ± SS	Duygusal Gereksinim X ± SS	Genel Memnuniyet X ± SS	Ölçek Toplam Puan
Çocuğun hastalık çeşidi									
Akut Hastalık	56	51.4	48.19 ± 25.41	53.90 ± 28.89	54.63 ± 31.50	53.52 ± 29.26	48.12 ± 33.77	63.18 ± 30.25	51.61 ± 27.76
Kronik Hastalık	53	48.6	56.25 ± 27.97	56.53 ± 26.71	56.21 ± 27.76	58.82 ± 22.95	50.73 ± 28.52	64.87 ± 26.21	54.66 ± 24.82
Test ve p			t = 1.55 ^a p = .126	t = 0.49 ^a p = .626	t = 0.27 ^a p = .785	t = 1.03 ^a p = .304	t = :0.42 ^a p = .675	t = 0.31 ^a p = .760	t = -0.60 ^a p = .546
Çocuğun hastanede kalış süresi									
Günübirlik	22	20.2	36.20 ± 22.74	39.77 ± 26.69	43.81 ± 30.37	48.91 ± 26.23	39.80 ± 30.06	53.57 ± 28.82	40.81 ± 25.47
1-10 gün	72	66.1	51.76 ± 25.22	56.45 ± 26.87	56.67 ± 29.23	55.15 ± 25.87	48.81 ± 30.83	64.40 ± 27.21	53.16 ± 25.66
11-20 gün	7	6.4	75.71 ± 20.90	78.57 ± 21.30	72.86 ± 27.82	77.68 ± 19.38	87.50 ± 15.81	80.95 ± 27.09	77.98 ± 15.38
20 günden fazla	8	7.3	76.25 ± 26.55	65.63 ± 24.55	59.38 ± 26.65	64.06 ± 29.83	49.22 ± 26.82	72.92±31.10	64.57 ± 24.37
Test ve p			x ² = 5,457 ^c p = .019*	x ² = 5,604 ^c p = .018*	x ² = 3,523 ^c p = .061	x ² = 1,115 ^c p = .291	x ² = 2,353 ^c p = .125	x ² = 2,819 ^c p = .093	x ² = 4,902 ^c p = .043
Tanı hakkında bilgi alma durumu									
Evet	100	91.7	53.93 ± 26.53	56.27 ± 27.79	56.09 ± 29.44	56.57 ± 26.11	49.33 ± 31.02	64.71 ± 27.75	64.71 ± 27.75
Hayır	9	8.3	26.61 ± 17.95	43.06 ± 25.85	46.88 ± 32.73	50.69 ± 30.85	50.78±34.14	55.21±34.77	55.21 ± 34.77
Test ve p			z = -3,222 ^d p = .001*	z = -1,367 ^d p = .172	z = -1,235 ^d p = .217	z = -0,421 ^d p = .674	z = -0,133 ^d p = .894	z = -1,154 ^d p = .249	z = -1,398 ^d p = .162
Tedavi hakkında bilgi alma durumu									
Evet	83	76.1	58.17 ± 25.53	62.00 ± 26.26	61.77 ± 28.903	62.58 ± 25.01	55.05 ± 30.63	70.89 ± 26.88	59.54 ± 24.86
Hayır	26	23.9	30.49 ± 19.64	33.65 ± 20.77	34.75 ± 21.85	36.05 ± 20.10	30.43 ± 24.95	41.66 ± 20.13	32.51 ± 19.52
Test ve p			z = -4,889 ^d p = .000**	z = -4,367 ^d p = .000**	z = -3,882 ^d p = .000**	z = -3,996 ^d p = .000**	z = -3,310 ^d p = .001**	z = -4,368 ^d p = .000**	z = -4,597 ^d p = .000**
Bakım hakkında bilgi alma durumu									
Evet	62	56.9	62.29 ± 24.38	65.33 ± 24.52	64.06 ± 28.35	65.56 ± 24.22	57.7 1 ± 30.50	73.75 ± 25.10	62.15 ± 24.51
Hayır	47	43.1	38.53 ± 24.06	41.98 ± 26.35	44.10 ± 27.66	43.70 ± 24.17	37.35 ± 28.18	51.27 ± 27.27	41.16 ± 23.89
Test ve p			t = -1,21 ^a p = .000**	t = 2,14 ^a p = .000**	t = -1,45 ^a p = .000**	t = 3,96 ^a p = .000**	t = 4,78 ^a p = .000**	t = 2,25 ^a p = .000**	t = 4,47 ^a p = .000**
Stres ve öfke duygularını ifade etme gereksinimi									
Evet	64	58.7	48.28 ± 25.73	50.20 ± 27.19	49.90 ± 27.37	52.05 ± 27.44	46.59 ± 30.11	57.50 ± 28.98	48.45 ± 25.11
Hayır	45	41.3	57.67 ± 27.97	62.69 ± 27.44	62.58 ± 30.88	61.36 ± 24.90	53.55 ± 32.70	72.35 ± 25.14	59.90 ± 26.80
Test ve p			t = -0,57 ^a p = .071	t = -0,64 ^a p = .017*	t = 0,85 ^a p = .035*	t = 0,67 ^a p = .170	t = 0,75 ^a p = .852	t = 0,46 ^a p = .010*	t = -2,23 ^a p = .027*

^aStudent- t, ^bANOVA, ^cKruskal Wallis ve ^dMann Whitney U testleri uygulanmıştır. *p < .05 **p < .01

Tartışma

Sağlık hizmetinde ileri teknolojinin kullanılması, sağlık hizmetlerinden yararlanma boyutunun artışı, kaliteli sağlık bakım isteğinin yaygınlaşması, yüksek düzeyde hizmet beklentisi, bireylere ve topluma kaliteli sağlık hizmeti verilmesi gerekliliğini gündeme getirmiştir. Hasta memnuniyeti, kalitenin geliştirilmesinde ve hizmet etkinliğinin artırılmasında, hasta ve yakınlarının aldıkları sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde en önemli veri kaynaklarından birini oluşturmaktadır (17). Çalışmamızda, akut ve kronik hastalık nedeniyle çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler incelenmiştir.

Araştırmamızda, çocuğun hastalığının şekline göre ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyet ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; çocuğunun akut veya kronik bir hastalığa sahip olması, istatistiksel olarak ebeveynlerin memnuniyetini etkileyici bir faktör olmadığı bulundu. Ancak kronik hastalığa sahip çocuğu olan ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyet ölçeğinin toplam puanı ve tüm alt boyutlarının (Bilgilendirme, Ailenin Katılımı, İletişim, Teknik Beceri, Duygusal Gereksinim, Genel Memnuniyet) puan ortalamaları, akut hastalığa sahip çocuğu olan ebeveynlerinkinden daha yüksek olduğu saptandı. Arıkan ve ark.'nın (2014) çalışmasında da, çocuğun hastalık şekline göre ebeveynlerin sağlık bakımı memnuniyetlerinin "İletişim" alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak Sağlık Bakımı Memnuniyeti ölçeğinin tüm alt boyutlarının puan ortalamaları bizim çalışmamızda olduğu gibi, kronik hastalığa sahip çocuğu olan ebeveynlerin akut hastalığa sahip çocuğu olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çocuğu akut bir hastalık tanısı almış olan ebeveynler, aniden gelişen duruma uyum sağlamaya çalışmaktadır. Bu nedenle çocuk ve ebeveynler üzgün, telaşlı ve kaygılıdır (5). Ulus ve Kublay'ın (2012) çalışmasında da, çocuğu kronik hastalık tanısı almış ebeveynlerin, çocuğu akut hastalık tanısı almış olanlara göre memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (7). Çocuğu kronik hastalığa sahip olan ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olması, zamanla daha fazla bilgilendirilmeleri ile çocuğunun hastalığını kabullenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür bilgisi, araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Araştırmamızda, elde edilen istatistiksel analizler sonucunda çocukların hastanede kalış süresinin ebeveyn memnuniyetini etkilediği bulunmuştur. Çocuğu gününbirlik hastanede kalan ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyeti ölçeğinin tüm alt boyutlarının puan ortalamaları en düşük olduğu saptanmıştır. Çocuğu gününbirlik hastanede kalan ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin düşüklüğü, çocuğu akut bir hastalık tanısı almış olan ebeveynlerin aniden gelişen duruma uyum sağlamaya çalışırken, üzgün, telaşlı ve kaygılı olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmada da, Acil Servise başvuran hastaların memnuniyetini azaltan en önemli nedenin, tanı konulana kadar bekleme sürelerinin uzunluğu olduğu belirlenmiştir (18). Araştırmamızda, hastanede kalış süresi uzadıkça ebeveynlerin "Bilgilendirme" alt boyutundan elde edilen ortalama memnuniyet puanının da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur. Bu sonucun, çocuğun yatış süresi uzadıkça ebeveynlerin bilgi almasının artmasından ve hastaların sağlık personelinin iş yüklerinin fazla olduğunu görmeleri ile beklentilerinin azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çocuklarının hastanede kalış süresi 20 güne kadar uzayan ebeveynlerin "Aile Katılımı" alt boyutundan elde edilen ortalama memnuniyet puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuşken; "İletişim", "Teknik Beceri", "Duygusal Gereksinim" ve "Genel Memnuniyet" alt boyutlarının ortalama memnuniyet puanlarının da belirgin bir şekilde arttığı saptanmıştır. Çocuklarının hastanede kalış süresi 20 günden fazla olan ebeveynlerin ise, "Bilgilendirme" alt boyutu dışındaki memnuniyet puan ortalamalarının ise azaldığı görülmüştür. Ulus ve Kublay'ın (2012) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bir ay ve daha uzun süredir hastanede kalan ebeveynlerin, hastanede kalış süresi uzadıkça ebeveynlerin ortalama memnuniyet puanlarının düştüğü gözlenmiştir (7). Sayın, Cengiz ve Ayoglu'nun (2016) Türkiye'de yaptıkları cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin incelendiği çalışmasında, 8 günden fazla hastanede kalan hastaların; Molla ve ark.'nın (2014) Etyopya'da yaptığı çalışmada, 10 günden daha uzun süre hastanede yatan hastaların; Koirala ve Koirala'nın (2015) Hindistan'da yaptığı çalışmada da hastanede kalış süresi ile hasta memnuniyeti arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Daha uzun süre hastanede yatan hastaların, sağlık bakımı memnuniyetlerinin azaldığı bulunmuştur (19-21). Bu konuda, farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda da araştırmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Hasta ve ebeveyn memnuniyeti, özellikle doktor ve hemşire olmak üzere sağlık ekibinin niteliğine bağlıdır. Doktor ve hemşire niteliğini ise, tek bir özelliğe bağlamak doğru değildir. Sağlık ekibi üyelerinin niteliği; kişinin davranışı, iletişim becerisi, hastaya gösterdiği ilgi, saygı, bilgilendirme ve bireysel özelliklerinden oluşmaktadır (22,23). Araştırmamızda, çocuğun hastaneye yatışı yapıldığında, sağlık ekibi tarafından ebeveynlerin; tamamına yakınının (%91.7) çocuğunun tanısı hakkında, büyük çoğunluğunun (%76.1) çocuğunun tedavisi hakkında ve yarısından fazlasının (%56.9) çocuğunun bakımı hakkında bilgilendirildiği saptanmıştır. Ayrıca, araştırmamızda çocuğunun tanısı, tedavisi ve bakımı hakkında bilgilendirilen ebeveynlerin Sağlık Bakımı Memnuniyet ölçeği "Bilgilendirme" alt boyutu puan ortalamalarının, bilgilendirilmeyen ebeveynlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan farklı çalışma sonuçları da çalışmamıza paralellik göstererek, hasta ya da hasta yakınlarının "sağlık ekibi (doktor, hemşire)" tarafından bilgilendirilme durumları ile genel memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (24-29). Canam ve Hilary'nin (2003) yaptığı çalışmada da, annelerin bilgi kaynağı olarak daha çok "sağlık ekibini (doktor, hemşire)" gördükleri vurgulanmıştır (30). Kutlu, Mutlu, Kabaoğlu'nun (2007) yaptığı çalışmada, ebeveynlerin çoğu çocuklarının tanısını bildikleri ve bu bilgiyi "sağlık ekibinden (doktor, hemşire)" öğrendiklerini ve farklı kişilerden almak istemediklerini ifade ettikleri bildirilmiştir (31). Topaçoğlu ve ark.'nın (2004) çalışmasında ise hastaların tanı, tedavi ve bakıma yönelik yeterli bilg

alamadıklarında genellikle verilen tedaviye uyum gösteremedikleri bulunmuştur. Bunun sonucunda, hastaların hastaneye tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış ya da eksik uygulamalarına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabileceği belirtilmiştir (27). Oysa literatüre göre, ebeveynlerin çocuklarının bakımı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmeleri ve ebeveynlerden çocuğa yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilmiş onamın alınması gereklidir. “Hastanede Yatan Çocukların Hakları” ve “Avrupa Hastanede Yatan Çocukların Hakları” Bildirgelerinde belirtildiği gibi, tedavi sürecinde ebeveynlerin bilgilendirilerek bakıma ve tedaviye ilişkin kararlara katılmaları onların en temel hakları arasındadır (32).

Araştırmamızda, çocuğu hastanede yattığı sürece tedavisi ve bakımı hakkında bilgi verilmeyen ebeveynlerin, bilgi verilenlere göre Sağlık Bakımı Memnuniyet ölçeği tüm alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olması önemli bir sonuçtur. Çocuğunun tanısı, tedavisi ve bakımı hakkında bilgi verilmeyen ebeveynlerin “İletişim” alanındaki sağlık bakımı memnuniyetlerinin düşük olması çalışmamızca anlamlı ve önemli bir sonuçtur. Literatüre göre, çocuğa ilişkin bilgilerin ebeveynlerle paylaşılması, ebeveyn ve sağlık ekibi (doktor, hemşire) arasındaki açık iletişime mümkün olabileceği vurgulanmaktadır (22,23,33). Bu nedenle, sağlık ekibinin uygun iletişim tekniklerini kullanarak ebeveynlerle arasındaki iletişimi açık tutması, ebeveyn ile geçirdiği zamanı etkili şekilde kullanması, ebeveynlerin çocuğunun durumu ile ilgili soru sormasına fırsat verilmesi ve sorularının yanıtlanması son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık ekibinin vermiş olduğu bilgi, ailelerdeki çaresizlik duygularını azaltırken, durumun kontrol altında olduğu duygusunu yaşamalarına neden olmaktadır. Bilgi eksikliğinin ise belirsizlik, kaygı ve kontrol kaybı duygularına yol açmaktadır. Bu nedenle ailenin çocuğun durumu ile etkili olarak başa çıkabilmesinde, bilgilendirilmesi ve sağlık ekibiyle işbirliği içinde olması önem taşımaktadır. Özellikle daha önce hastane deneyimi olmayan çocuk ve ebeveyninin bilinmeyen bir çevrede olması, çocuğun hastalığı ebeveynde endişe oluşturacağı düşünüldüğünde, sağlık ekibi içerisinde anneye en yakın birey olan hemşirenin psikolojik ve eğitsel danışmanlık işlevi önem kazanmaktadır. Hemşirelerin ebeveynlerin yaşadığı endişeyi fark etmesi ve eğitici, danışman ve destekleyici rolleri ile bu sorunu çözmesi gerekmektedir (34). Çalışmamızda da çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin; “Bilgilendirme”, “Ailenin Katılımı”, “İletişim”, “Teknik Beceri”, “Duygusal Gereksinim” ve “Genel Memnuniyet” alanlarındaki tüm sağlık bakımı memnuniyetlerinin düşük olması, ebeveynlerin hastanede yatan çocuklarının tanısı, tedavisi ve bakımı konusunda bilgilendirilmemiş olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bilgi eksikliğinin ise ebeveynlerde belirsizlik, kaygı ve kontrol kaybı duygularına yol açacağı düşünülmektedir. Kutlu, Mutlu, Kabaoglu'nun (2007) yaptığı çalışmada ise, çocuğu yatarak veya ayaktan tedavi gören ebeveynlerin tedaviye yönelik sağlık personelinin bilgi alma durumları karşılaştırıldığında, ayaktan tedavi olanların hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olma durumlarının düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonucun; çocuklarının hastalığının yeni başlamasına, durumun ciddi olması nedeniyle ailenin daha çok şey öğrenmesi gerektiğine inanmasına ve sağlık profesyonellerinin ailelerin eğitimine yeteri kadar önem vermemesine bağlanmıştır (31). Literatür bilgisi, araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Araştırmamızda, çocuğu akut ya da kronik hastalık nedeniyle hastanede yatan ebeveynlerin stres yaratan en büyük sorununun “çocuğunun hastalık durumu” olduğu bulundu. Hasta çocuğa sahip olmak ebeveynlerde stres oluşturmaktadır. Bu da ebeveynlerin memnuniyetini etkilediği düşünülmektedir. Literatürde, çocuğunun tedavisi ve bakımının kesintisiz, istenilen düzeyde yürütülmesi için ebeveynlerin çocuğunun tedavi ve bakımı ile ilgili kararlara katılabilmesinde aile merkezli bakım yaklaşımının gerekliliği vurgulanmaktadır (35-37). Aile merkezli bakım uygulamaları, ebeveynler ile sağlık ekibi arasındaki iletişimi güçlendirmenin ve karşılıklı güven duygusu geliştirmenin yanı sıra ebeveynlerin hastanede yatan çocuğunun bakımına katılarak bakımda kaybettiği kontrol duygusunu tekrar yaşamasını da sağlamaktadır (35). Cooper ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada, bilgilendirilen ve kararlara dahil edilen ebeveynlerin anksiyetelerinin azaldığı ve çocuklarının bakımında kendilerine olan güvenlerinin ise arttığı saptanmıştır (37). Ayrıca, çocuğun hastanede yattığı sürece annesinin varlığı ve bakıma katılımı, hem annenin hem de çocuğun sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (35). Araştırmamızda da, diğer araştırma sonuçlarına benzer bir şekilde çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin stres ve öfke duygularını ifade etme gereksinimi olanlar ile olmayanlar arasında sağlık bakımı memnuniyetinin “Aile Katılımı”, “İletişim”, “Genel Memnuniyet” alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Ancak stres ve öfke duygularını ifade etme gereksinimi olan ebeveynlerin sağlık bakımı memnuniyetlerinin tüm alanlarında daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde ayrıca, aile merkezli bakım uygulamaları ile anksiyetesi azalan ebeveynin çocuğuna daha iyi destek olduğu ve bu destek çocuğun iyileşme sürecini hızlandırdığı da vurgulanmaktadır (35).

Araştırmamızda, ebeveynlerde hastanede stres yaratan sorunlar arasında ikinci sırada “maddi yük” olduğu bulunmuştur. Arıkan, Saban, Gürarlan'ın (2014) yaptığı çalışmada da, çocuğunun hastalığı “maddi yük” getiren ebeveynlerde memnuniyetin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (5). Çalışma bulgusu, araştırma bulgumuza benzerdir.

Araştırmamızda, ebeveynlerin çocuğu hastanede yattığı sürece etkilediği olumsuz şartlar arasında “hastane ortamı” daha yüksek oranda etkilediği bulunmuştur. Topaçoğlu ve ark.'nın (2004) çalışmasında, hastanenin teknik donanımının ve temizliğinin genel memnuniyet üzerine olumlu etki gösterdiği bildirilmiştir (27). Hastaların tedavi ve bakımının yapıldığı hastanelerde genel memnuniyetin artırılması için hasta ve ebeveynin rahatlığı çok önemlidir.

Günümüzde aile, toplumun temelini oluşturan sosyal bir kurum olma özelliğini korumaktadır. Aile üyeleri arasındaki etkileşimin niteliği, aile üyelerinin sağlıklarına etki edebildiği gibi, bir üyenin sağlıksız olması da tüm ailede bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Özellikle uzun süreli hastalıklarda ve çocuğun sık hastaneye yatması durumlarında çocuklar kadar aile de psikolojik desteğe gereksinim duymaktadır. Bu zorlu süreçte ailelerin yaşam şekilleri etkilenmekte, ekonomileri zorlanmakta, aile ilişkilerinde ve rollerde değişiklikler meydana gelmektedir (31). Araştırmamızda, akut ya da kronik hastalık nedeniyle hastanede yatan ebeveynlerin stres ve öfke duygularını ifade etme gereksinimleri yüksek, sağlık

Araştırma

bakımı memnuniyetlerinin ise düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonucun, çocuğu hastanede yatan ebeveyn ile sağlık ekibi arasındaki iletişim sorunlarından kaynaklandığı düşünülmektedir ve aile merkezli bakım açısından istendik bir bulgu değildir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Çocuğu hastanede yatan ebeveynler, çocuğun sağlık durumu, tanısı, yapılan tedavisi ve bakım işlemleri nedeniyle endişe yaşayabilirler. Araştırmamızda, hastanede çocuğuna refakat eden ebeveynlerin, çocuğunun tanısı, tedavisi ve bakımı konusunda sağlık ekibi (doktor, hemşire) tarafından bilgilendirilmesi ile genel sağlık bakımı memnuniyet düzeylerinin arttığı, stres ve öfke düzeylerinin ise azaldığı belirlenmiştir. Araştırmada elde ettiğimiz verilerden yola çıkarak, çocuk kliniklerinde ebeveyn memnuniyetini arttıran düzenlemelerin uygulanması hizmet kalitesinin artırılmasına ve toplumun beklentilerini karşılamasına katkıda bulunacaktır. Bu doğrultuda; çocuk hemşirelerinin, hastanede yatan çocuklara ve ebeveynlerine ihtiyaç duydukları konularda rehberlik, danışmanlık, eğitim hizmetlerini vermesi, ebeveynlerin çocuklarının hastalıklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşabilecekleri destek gruplarının oluşturulması önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Türkiye'nin Ege Bölgesi'nde yer alan bir üniversite ve bir çocuk hastanesinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde yapılması ve araştırmaya alınma kriterleri dışındaki ebeveynlere yer verilmemesi araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece araştırma kapsamındaki ebeveynlere genellenebilir. Araştırma, veri toplama kullanılan ölçek maddeleri ile sınırlıdır. Araştırmanın verileri anket yöntemi ile toplandığı için, ebeveynlerin verdiği cevapların doğru olduğu kabul edilmektedir.

Bilgilendirme

Çalışmaya katılmaya gönüllü oldukları için tüm ebeveynlere teşekkür ediyoruz. Çalışmanın tasarımı D.K., N.Ş.C.; verilerin toplanması DK, NŞC, SD, DE; verilerin analizi NŞC, DK; literatür tarama DK, NŞC, SD, DE; yazının yazılması DK, NŞC tarafından yapılmıştır. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 21.06.2017 tarihinde etik kurul onayı (sayı: 20.478.486-050.04.04) alınmıştır. Bu araştırma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. Hasta Hakları Yönetmeliği. <http://www.mevzuat.gov.tr/> Erişim tarihi: 10.01.2019
2. Özcan H, Özdemir O, İnci E, Sözkese N. Acil servise başvuran hastaların memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015; 2(2), 149-155. <https://doi.org/10.17681/hsp.48141>
3. Al B, Yıldırım C, Togun İ, Zengin S, Bozkurt S, Köse A ve ark. Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Akademik Acil Tıp Dergisi 2009;8(1):39-44.
4. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006;49(2):155-168.
5. Arıkan D, Saban F, Gürarlan Baş N. Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hastaneye ve sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi 2014;4(2):109-116.
6. Shields L. Questioning family-centred care. Journal of Clinical Nursing 2010;19,2629-2638.
7. Ulus B, Kublay G. PedsQL sağlık bakımı ebeveyn memnuniyet ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;3(1):44-50.
8. Ergezen Y, Efe E. Çocuk acil birimlerinde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;8(3),302-307.
9. Topal F, Şenel E, Topal F, Mansuroğlu C. Hasta memnuniyeti araştırması: bir devlet hastanesinin acil kliniğine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013; 35(2), 199-205.
10. Power N, Franck L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. Journal of Advanced Nursing 2008;62(6):622-642.
11. Tosun A, Tüfekci FG. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18(2),131-139.
12. İçyeroğlu G, Karabulutlu E. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2011;6(17):67-81.
13. Arslan BK, Yıldız FU, Gurdogan PE. Patients' perception of individualized care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. International Journal of Caring Sciences 2015; 8(2), 369.
14. Karaca A, Durna Z. Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. Sağlık ve Toplum Dergisi 2018;28 (2),16-23.
15. Kürkücü-Tanır M, Kuşoğlu S. Pediatrik yaşam kalitesi envanteri (pedsq) sağlık bakım memnuniyeti hematoloji/onkoloji modülü ebeveyn formu geçerlik-güvenirliliği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2013;11(2):13-23.
16. Kuzu C, Ulus B. Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;5(2):129-134.
17. Keleş Ş, İşlek İ. Genel pediatri polikliniğine başvuran ebeveynlerin memnuniyeti ve etkileyen etmenlerin araştırılması. Çocuk Dergisi 2018;18(2):69-77. doi:10.5222/j.child.2018.45577

Araştırma

18. Kronenfeld JJ. (Ed.). Access to care and factors that impact access, patients as partners in care and changing roles of health providers. Emerald Group Publishing, 2011.
19. Sayın Y, Cengiz OH, Ayoglu T. Nursing care satisfaction of surgery patients. SOJ Nursing Health Care 2016;2(2):1-8. <https://doi.org/10.15226/2471-6529/2/2/00116>
20. Molla M, Berhe A, Shumye A, Adama Y. Assessment of adult patients satisfaction and associated factors with nursing care in black lion hospital, Ethiopia; institutional based cross sectional study, 2012. International Journal of Nursing and Midwifery 2014;6(4):49-57. doi.org/10.5897/IJNM2014.0133
21. Koirala M, Koirala ML. Contributing factors for perceived satisfaction with nursing care among inpatients in general wards. Journal of Lumbini Medical College 2015;3(2):34-37. doi.org/10.22502/jlmc.v3i2.69
22. Yalçın N, Aştı T. Hemşire-hasta etkileşimi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011;19(1):54-59.
23. Başol E. Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. International Anatolia Academic Online Journal 2018;2(1):76-93.
24. Aşılıoğlu N, Akkuş T, Baysal K. Çocuk acil servisinde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen etmenlerin araştırılması. Turkish Journal of Emergency Medicine 2009;9(2):65-72.
25. Matziou V, Boutopoulou B, Chrysostomou A, Vlachioti E, Mantziou T, Petsios K. Parents' satisfaction concerning their child's hospital care. Japan Journal of Nursing Science 2011;8(2),163-173.
26. Çaylan A, Dağdeviren HN, Öztora S, Turgu S. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018;22(2),78-91.
27. Topaçoğlu H, Karcioğlu O, Özüçelik N, Özaraç M, Değerli V, Sarıkaya S ve ark. Analysis of factors affecting satisfaction in the emergency department: a survey of 1019 patients. Advances in Therapy 2004;21(6):380-388.
28. Akkaya EG, Bulut M, Akkaya C. Acil servise başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen faktörler. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2012;12(2):62-68. doi: 10.5505/1304.7361.2012.67689
29. Quan X, Joseph A, Nanda U, Moyano-Smith O, Kanakri S, Ancheta C, Loveless EA. Improving pediatric radiography patient stress, mood, and parental satisfaction through positive environmental distractions: A randomized control trial. Journal of Pediatric Nursing 2016;31(1),e11-e22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.08.004>.
30. Canam C, Hilary J. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. Journal of Advanced Nursing 2003;44(1):34-41.
31. Kutlu L, Mutlu L, Kabaoğlu A. Lösemili çocukların ebeveynlerinin bilgilendirilme durumunun değerlendirilmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2007;4(1):32-39.
32. Tosun A, Tüfekçi FG. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18(2):131-139.
33. Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 2. Basım. Ayşe Özcan. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2006: 4-31.
34. Beyazıt, U. Hastanede tedavi gören çocukların ebeveynlerinde bakım verme yükünün incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2017;1(1), 10-19.
35. Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2009;16(1):11-24.
36. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 1. 11. Basım. Hicran Çavuşoğlu. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2013: 5.
37. Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns S. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. Journal of Perinatology 2007;27:32-37.

Kısaltmalar

PHCSS =PedsQL Health Care Satisfaction Scale
 PSBMÖ= PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği
 SBM= Sağlık Bakım Memnuniyeti
 HCS = Health Care Satisfaction

Üçüncü Trimester Gebelerde Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörler

Semiha AYDIN ÖZKAN* Derya KAYA ŞENOL** Ergül ASLAN***

Öz

Giriş: Gebelik psikolojik, fizyolojik, duygusal değişimlerin yaşandığı ve gebe için konforun değişebileceği bir dönemdir. **Amaç:** Üçüncü trimester gebelerde prenatal konfor düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemektir. **Yöntem:** Analitik kesitsel tipteki bu çalışma, Temmuz 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Örneklemi, Çankırı’da bir hastanenin kadın doğum polikliniğine gebelik izlemi için başvuran, üçüncü trimesterde olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 421 gebe oluşturmuştur. Veriler, “Gebe Bilgi Formu” ve “Prenatal Konfor Ölçeği” (PKÖ) kullanılarak toplanmıştır. **Bulgular:** Gebelerin %52.3’ünün 26-34 yaş aralığında, %26.6’sının üniversite mezunu, %31.1’inin düşük gelire sahip, %73.6’sının multipar ve %17.3’ünün plansız bir gebeliği olduğunu belirlenmiştir. Gebelerin toplam PKÖ puanı ile alt boyutları olan eş, fetus, sosyal çevre, annelik, gebelik puan ortalamalarının sırasıyla 62.98 ± 8.28 , 17.23 ± 2.75 , 8.98 ± 1.36 , 12.90 ± 2.11 , 12.99 ± 1.98 , 10.88 ± 2.87 olduğu saptanmıştır. Gebelerin PKÖ puan ortalamalarının 18-25 yaş grubu, yükseköğretim mezunu, çalışan, gebeliği planlı olan ve primipar gebelerde istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = .001$). Bu değişkenler ile yapılan lojistik regresyon analizi sonucu multiparite prenatal konforu ($OR = 2.986$, $95\% C.I 1.529-5.832$) olumsuz etkileyen önemli bir değişken olarak belirlenmiştir ($p = .001$). **Sonuç:** Gebelerin prenatal konfor düzeyinin “yüksek” olduğu saptanmıştır. Yüksek öğretim mezunu, 25 yaş ve altı, çalışan, planlı olarak gebe kalma ve primipar olma gibi faktörlerin prenatal konforu olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Multiparitenin ise prenatal konforu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ebe ve hemşirelerin; gebelerin konfor düzeylerini değerlendirmeleri, etkileyen faktörleri belirlemeleri ve bunlara yönelik girişimler planlamalarının, gebelik ve doğum sonu döneme yönelik olumsuz sonuçların engellemesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Gebelik, Üçüncü Trimester, Prenatal Konfor, Prenatal Konfor Ölçeği.

Abstract

Comfort Level and Effective Factors in Third Trimester Pregnancy

Background: Pregnancy is a period in which psychological, physiological, emotional changes are experienced and comfort for pregnant women can decrease. **Objective:** The aim of the study was to determine the prenatal comfort level and the affecting factors in third trimester pregnant women. **Methods:** This analytical cross-sectional study was conducted between July 2018 and September 2018. The sample consisted of 421 pregnant women in the third trimester who were admitted to the obstetrics and gynecology outpatient clinic of a hospital in Çankırı, who agreed to participate in the study. The data were collected by using the “Pregnant Information Form” and the “Prenatal Comfort Scale” (PCS). **Results:** Of the pregnant women, 52.3% were in the 26-34 age range, 26.6% were university graduates, 31.1% had low income, 73.6% of them were multiparous and 17.3% of them were not planned pregnancy. The mean PCS and sub-dimensions of the pregnant women were found to be 62.98 ± 8.28 , 17.23 ± 2.75 , 8.98 ± 1.36 , 12.90 ± 2.11 , 12.99 ± 1.98 , and 10.88 ± 2.87 , husband, fetus, people, mother, myself respectively. The PCS scores of the pregnant women were found to be significantly higher in the 18-25 age group, higher education graduates, employee, pregnancy-planned and primipara pregnant ($p = .001$). As a result of logistic regression analysis performed with these variables, multiparity prenatal comfort ($OR = 2.986$, $95\% C.I 1.529-5.832$) was found to be an important variable that affected negatively ($p = .001$). **Conclusion:** The prenatal comfort of pregnant women was found to be “high” and were found to be significantly higher in the 18-25 age group, higher education graduates, employee, pregnancy-planned and primipara pregnant. Midwives and nurses; it is thought that evaluation of comfort levels of pregnant women and planning interventions for them are important in terms of preventing negative consequences for pregnancy and postpartum period.

Key Words: Pregnancy, Third Trimester, Prenatal Comfort, Prenatal Comfort Scale.

Geliş tarihi: 19.04.2019

Kabul tarihi: 20.03.2020

Gebelik fizyolojik, psikolojik değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere bağlı rahatsızlıkların görüldüğü, gebe için konforun etkilendiği bir dönemdir (1). Literatürde üçüncü trimesterde değişen fizyolojik ve anatomik yapıya bağlı en sık görülen rahatsızlıklar ödem, sık idrara çıkma, kas krampları, bel ağrısı, yorgunluk hissi, halsizlik, nefes darlığı, mide ekşimesi, hazımsızlık, Braxton Hicks kasılmaları ve uykusuzluk belirtilmiştir (2-4).

Üçüncü trimester de yaşanan ve konforu etkileyen rahatsızlıkların yanında bu dönemde gebelerde düşük sosyo-ekonomik statü, işsizlik, düşük eğitim seviyesi, eşler arası iletişim sorunları, aile ve eş desteğinin yetersiz olması ya da tek ebeveyn olma gibi durumlar strese neden olabilmekte; anksiyete, depresyon düzeyini artırabilmekte ve gebenin konfor düzeyini etkileyebilmektedir (5-8).

Konfor, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan stressiz ve rahat olma durumudur. Kolcaba (2005), bütüncül görüşle açıkladığı konfor kavramını, ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamının o andaki deneyimi olarak ifade etmektedir. Kolcaba konfor kavramının taksonomik yapısını tarihi ve çağdaş hemşirelik literatürünü analiz ederek konfor düzeyleri ve konfor boyutları olarak oluşturmuştur (9). Konfor düzeylerinden ferahlama, bel ağrısı yaşayan gebenin yapılan hemşirelik uygulamaları ile ağrısının hafiflemesi ile sıkıntıdan kurtulması durumunda hissettiği duygu olarak belirtilmiştir. Rahatlama, üçüncü trimesterde uyku problemi yaşayan bir gebeye,

Bu araştırma 18-21 Ekim 2018’de İzmir’de gerçekleştirilen 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiği Kongresi’nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. *Dr. Öğr. Üyesi, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman. E-mail: semihaaydin44@gmail.com, ORCID No: 0000-0003-4538-0396 **Dr. Öğr. Üyesi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Osmaniye. E-mail: dderya.kaya@hotmail.com, ORCID No: 0000-0002-9101-2909 ***Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul. E-mail: ergul34tr@hotmail.com, ORCID No: 0000-0002-6529-5992.

Araştırma

hemşirenin verdiği eğitimler ile gebede yarattığı rahatlık olarak belirtilmiştir. Üstünlük ise, gebenin sorunlarının üstesinden gelmesi olarak belirtilmiştir. Konfor kuramının boyutlarından fiziksel konfor, fizyolojik faktörleri olan, gebenin beslenmesi, hidrasyonu dinlenmesi gibi durumları içermektedir. Bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan normalden sapmanın konforu da etkileyeceği vurgulanmaktadır. Psikospiritüel konfor, gebenin bu dönemdeki hissettiği beden imajı, öz saygı, doğum korkusu gibi duyguları kapsamaktadır. Çevresel konfor, gebelik döneminde bu boyut ısı, ışık, gürültü gibi dış ortamdaki kaynaklı durumlardan ötürü konforunun etkilenmesini kapsamaktadır. Sosyokültürel konfor boyutu ise gebenin hemşireler, ebeler diğer sağlık ekibi üyeleri ile olan iletişimi, bilgi ve danışmanlık verilmesi gibi gebenin kişiler arası iletişimi önem kazanmaktadır (9-11). Konfor kavramının gebelik döneminde çok boyutlu değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Nakamura ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında kadının gebeliğini konforlu geçirdiğinde, özgüven duygusunun geliştiğini ve yaşam doyumunun arttığını, annelik rolünün kazanımını, eşler arasındaki ilişkiye ve evlilik ilişkisine de olumlu şekilde yansıdığını belirtmişlerdir. Beraberinde doğum sonu dönemde kadının annelik rolüne uyumunu etkilediğini ve anne-bebek bağlanmasını da kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (12). Matvienko-Sikar ve Dockray (2017) çalışmasında prenatal iyilik halinin düşük olması durumunda postpartum depresyonun daha fazla yaşandığı, benlik saygısında ve yaşam doyumunda azalmaya yol açtığı, ayrıca gebelik komplikasyonları, preterm doğum eylemi ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu gibi sonuçlara neden olabildiğini belirtmişlerdir (13).

Gebelik döneminde gebe izlemelerini yapan ebe ve hemşirelerin Kolcaba'nın geliştirdiği konfor kuramı doğrultusunda ve gebelik döneminde konforu değerlendiren ölçekler ile bu dönemi bütüncül olarak değerlendirmeleri anne ve yenidoğan sağlığı için çok önemli olduğu düşünülmektedir. Literatürde prenatal dönemde konfor düzeyinin araştırıldığı çalışmaların azlığı nedeni ile (12,14) üçüncü trimester gebelerde konforu etkileyen faktörlerin önemli olduğu düşünülmüştür.

Amaç

Bu çalışma, üçüncü trimester gebelerde konfor düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları

- Üçüncü trimester gebelerin konfor düzeyleri nasıldır?
- Üçüncü trimester gebelerin konfor düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?

Yöntem**Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, analitik kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Çankırı'da bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde, Temmuz 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Hastaneye gebe izlem polikliniklerine rutin kontrol için gelen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebeler basit rastgele yöntemle belirlenmiştir. Araştırmanın örnekleme power analizi ile hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü, Nakamura ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmadaki "Prenatal Konfor Ölçeği" (PKÖ) puan ortalamaları ve standart sapmaları alınarak hesaplandığında .165 olarak bulunmuştur (12). Araştırmada %5 hata payı, %95 güven aralığı ve %80 güç ile hesaplandığında araştırmanın örnekleme 418 gebe olarak belirlenmiştir. Araştırma 421 gebe ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, araştırmacılar tarafından geliştirilen "Gebe Bilgi Formu" ve PKÖ kullanılmıştır. Gebe bilgi formu gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini içeren yaş, eğitim düzeyi, meslek, gebelik ve doğum sayısı vb. içeren toplam 17 sorudan oluşturulmuştur.

Prenatal Konfor Ölçeği (PKÖ), prenatal konforu belirlemeye yönelik Takeishi ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Japonya'da geliştirilen bir ölçektir (14). Ölçeğin ilk şekli 35 madde iken, daha sonra Nakamura ve arkadaşları tarafından revize edilmiş ve 15 maddeye indirilerek kısaltılmıştır (12). Ölçeğin kısa versiyonu 15 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; "Eş ile ilişkilerin geliştirilmesinin babalık rolüne etkisi- Eş", "Fetüsün hareketleri ile etkileşim kurma-Fetus", "Çevredeki insanlardan alınan sosyal destek- Sosyal Çevre", "Annelik rolünün kabul edilişi ve bebeğe bağlanma- Annelik", "Gebelik sürecinde kendinde olan değişiklikleri fark etme- Gebelik" şeklindedir. Ölçek 6'lı Likert tipi ölçeğidir. Her bir madde 0-5 (0=Kesinlikle katılmıyorum, 1=Katılmıyorum, 2=Kararsızım, 3=Biraz katılıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) arasında puanlanmaktadır. Ölçek toplam 75 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Puan düştükçe konfor düzeyinin de düştüğü, puan yükseldikçe konfor düzeyinin de yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin ters puanlanan maddesi ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha (α) değeri .95'dir (14). Kaya Şenol ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliliği yapılan ölçeğin α : .82 olduğu belirtilmiştir (15). Bu çalışmada α : .87 olarak saptanmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Üçüncü trimester gebelerin konfor düzeyidir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Gebelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliğin planlı oluşudur.

Verilerin toplanması

Araştırmaya gebeliğin üçüncü trimesterinde, tek fetüs gebeliği olan, riskli gebelik özelliği olmayan (kronik hastalık, preeklampsi, çoğul gebelik, plasenta previa vb.) ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler dahil edilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle gebe polikliniğinde, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden

Araştırma

toplanmıştır. Gebelerle görüşmeler daha önceden belirlenen özel bir odada yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırmacılar tarafından veri formunda yer alan sorular sorulmuş ve uygulanması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri bilgisayar istatistik paket programına yüklenerek analizleri yapılmıştır. Prenatal Konfor Ölçeği verileri, Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilip normal dağılım göstermediği için Non-parametrik testler ile analiz edilmiştir. Veriler analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve gebelerin bazı özelliklerine göre prenatal konfor düzeylerini karşılaştırmak için Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. İki'den fazla grubun karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu durumlarda, anlamlılığının hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için "post hoc" test olarak ikili karşılaştırmalar (pairwise comparison) yapılmıştır. Etkileyen faktörlerin belirlenmesinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık olarak $p < .05$ alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (11.06.2018, Karar no:39). Çalışmanın yapılacağı hastaneden yazılı kurum izni alınmıştır. Veri toplanırken gebenin soruları rahat cevaplayabilmesi için hastanedeki diğer işlemlerini aksatmayacak şekilde planlama yapılmıştır. Elde edilen araştırma verilerinin, katılımcıların isimlerini kullanmadan bilimsel amaçlı olarak kullanılacağı ve yayınlanacağı bireylere açıklanmış ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak sözlü onam alınmıştır. Çalışma, araştırma ve yayın etiğine uygun şekilde yapılmıştır.

Bulgular

Gebelerin %52.3'ünün 26-34 yaş aralığında, %26.6'sının üniversite mezunu ve %31.1'inin düşük gelire sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %15.7'si geniş ailede yaşamaktadır. Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde ise %73.6'sının multipar olduğu ve %17.3'ünün gebeliğinin planlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (N=421)

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
Yaş grubu			Eğitim durumu		
18-25 yaş	132	31.4	İlköğretim	145	34.4
26-34 yaş	220	52.3	Ortaöğretim	197	46.8
35- 42 yaş	69	16.4	Yükseköğretim	79	18.8
Eşin eğitim durumu			Gebelik haftası		
İlköğretim	98	23.3	28-34 hafta	179	42.5
Ortaöğretim	211	50.1	35-41 hafta	242	57.5
Yükseköğretim	112	26.6			
Aile tipi			Gebelik durumu		
Çekirdek aile	355	84.3	Primipar	111	26.4
Geniş aile	66	15.7	Multipar	309	73.6
Çalışma durumu			Planlı gebelik		
Çalışmıyor	364	86.5	Evet	348	82.7
Çalışıyor	57	13.5	Hayır	73	17.3
Gelir durumu			Bebeğin cinsiyeti		
Gelir giderden fazla	46	10.9	Kız	198	47.0
Gelir gidere denk	244	58.0	Erkek	223	53.0
Gelir giderden az	131	31.1	Toplam	421	100.0

Tablo 2. Gebelerin PKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=421)

PKÖ ve alt boyutları	Min.	Maks.	Medyan	Ortalama	Standart Sapma
PKÖ	6	75	64	62.98	8.28
Eş	1	20	18	17.23	2.75
Fetus	0	10	9	8.98	1.36
Sosyal çevre	0	15	13	12.90	2.11
Annelik	0	15	13	12.99	1.98
Gebelik	1	15	11	10.88	2.87

Gebelerin PKO ve eş, fetus, sosyal çevre, annelik, gebelik puan ortalamaları sırasıyla 62.98 ± 8.28 , 17.23 ± 2.75 , 8.98 ± 1.36 , 12.90 ± 2.11 , 12.99 ± 1.98 , 10.88 ± 2.87 olarak bulunmuştur. Üçüncü trimester gebelerin prenatal konfor düzeyinin ve alt boyut konfor düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PKÖ Puanlarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		Prenatal Konfor Ölçeği Alt boyutları					PKO
		Eş	Fetus	Sosyal çevre	Annelik	Gebelik	Toplam puan
Yaş grubu	18-25 yaş	17.62 ± 2.57	9.09 ± 1.39	13.28 ± 1.81	13.41 ± 1.77	10.83 ± 2.63	64.23 ± 7.00***
	26-34 yaş	17.23 ± 2.68	8.92 ± 1.42	12.80 ± 2.30	12.87 ± 2.09	10.95 ± 2.89	62.76 ± 9.00
	35-42 yaş	16.49 ± 3.14	8.97 ± 1.06	12.51 ± 1.94	12.61 ± 1.90	10.75 ± 2.93	61.33 ± 7.88
İstatistik	KW*	7.379	4.318	8.928	11.068	0.312	6.389
	p	.025	.115	.012	.004	.852	.041
Eğitim durumu	İlköğretim	16.28 ± 2.86	8.72 ± 1.39	12.62 ± 2.14	12.48 ± 1.99	10.50 ± 2.90	61.01 ± 8.75
	Ortaöğretim	17.40 ± 2.76	9.03 ± 1.38	12.92 ± 2.18	13.14 ± 2.00	10.97 ± 2.94	63.46 ± 8.16
	Yükseköğretim	17.81 ± 2.32	9.34 ± 1.13	13.37 ± 1.80	13.58 ± 1.71	11.34 ± 2.59	65.44 ± 6.79***
İstatistik	KW*	11.296	15.053	8.123	21.966	4.348	16.425
	p	.004	.001	.017	.001	.114	.001
Çalışma durumu	Çalışmıyor	17.15 ± 2.76	8.93 ± 1.40	12.84 ± 2.17	12.90 ± 2.03	10.84 ± 2.91	62.66 ± 8.42
	Çalışıyor	17.77 ± 2.61	9.28 ± 0.99	13.33 ± 1.68	13.58 ± 1.57	11.14 ± 2.66	65.11 ± 7.01
İstatistik	Z**	-1.998	-1.514	-1.480	-2.436	-0.572	-2.180
	p	.046	.130	.139	.015	.567	.029
Toplam		17.23 ± 2.75	8.98 ± 1.36	12.90 ± 2.11	12.99 ± 1.98	10.88 ± 2.87	62.98 ± 8.28

*Kw=Kruskal Wallis **z= Mann-Whitney U testi ***Farkı yaratan gruplar

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre prenatal konfor toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, 18-25 yaş grubunda eş, sosyal çevre ve annelik alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p = .025$, $p = .012$, $p = .004$). Yükseköğretim mezunlarında eş, fetus, sosyal çevre ve annelik alt boyutunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p = .004$, $p = .001$, $p = .017$, $p = .001$). Çalışan annelerde ise eş ve annelik alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p = .046$, $p = .015$). Bütüncül olarak PKO etkileyen faktörler değerlendirildiğinde, 18-25 yaş grubunda (64.23 ± 7.00), yükseköğretim mezunlarında (65.44 ± 6.79) ve çalışan gebelerde (65.11 ± 7.01) istatistiksel anlamlı olarak konfor düzeyi daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p = .041$, $p = .001$, $p = .029$). Gebelerin eş eğitim durumu, gelir durumu, aile tipi özellikleri PKO ve alt boyutlarında konfor düzeyinin benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PKÖ Puanlarının Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Prenatal Konfor Ölçeği Alt boyutları					PKO Toplam puan	
	Eş	Fetus	Sosyal çevre	Annelik	Gebelik		
Gebelik durumu	Primipar	17.90 ± 2.60	9.39 ± 1.07	13.73 ± 1.46	13.57 ± 1.78	11.39 ± 2.89	65.97 ± 7.00
	Multipar	16.9 ± 2.76	8.83 ± 1.42	12.61 ± 2.23	12.80 ± 2.02	10.70 ± 2.86	61.93 ± 8.45
İstatistik	Z*	3.013	3.730	5.970	3.562	2.172	4.514
	p	.003	.001	.001	.001	.030	.001
Planlı gebelik	Evet	17.53 ± 2.44	9.05 ± 1.25	13.12 ± 1.87	13.20 ± 1.69	11.01 ± 2.76	63.92 ± 7.12
	Hayır	15.78 ± 3.57	8.64 ± 1.77	11.86 ± 2.81	12.00 ± 2.81	10.26 ± 3.32	58.55 ± 11.45
İstatistik	Z*	-4.255	-2.009	-4.088	-3.630	-1.540	-3.996
	p	.001	.044	.001	.001	.124	.001
Toplam		17.23 ± 2.75	8.98 ± 1.36	12.90 ± 2.11	12.99 ± 1.98	10.88 ± 2.87	62.98 ± 8.28

*z= Mann-Whitney U testi

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre prenatal konfor ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; PKO ve alt boyut puan ortalamaları primipar gebelerde ve gebeliği planlı olanlarda konfor düzeyi istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = .001$). Katılımcıların gebelik haftası ve bebeğin cinsiyeti PKO toplam ve alt boyut puanlarında konfor düzeyini etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Lojistik Regresyon Analizine Göre Gebelerde “Düşük” Prenatal Konfor İle İlişkili Değişkenler

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata (S.E.M)	P	Odds Oran (Exp B)	95% GA	
					Alt	Üst
Yaş grup						
18-25 yaş (ref) *						
26-42 yaş	-.489	.349	.161	.613	.309	1.216
Eğitim durumu						
İlk ve orta öğretim	.164	.428	.701	1.178	.510	2.725
Üniversite (ref) *						
Çalışma durumu						
Çalışıyor (ref) *						
Çalışmıyor	.012	.480	.980	1.012	.396	2.591
Gebelik sayısı						
Primipar (ref) *						
Multipar	1.094	.342	.001	2.986	1.529	5.832
Planlı gebelik						
Evet (ref) *						
Hayır	.606	.459	.187	1.833	.745	4.509

*ref: referans değer

Tek yönlü analizlerde prenatal konfor ile ilişkili bulunan değişkenlerin “düşük” prenatal konfora etkilerini saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi yapılan bağımsız değişkenler ve analiz sonucu tablo 5’de sunulmuştur.

Ölçümle belirlenen değişkenler ± 1 standart sapma arasında toplam alanın %73.6’sını kapsar. Lojistik regresyon analizi uygulanırken, ortalama -1 standart sapmaya göre “düşük” prenatal konfor saptamak için dikotom değişken oluşturulmuştur. Buna göre prenatal konfor puanı 54.7 ve altında olanlar prenatal konforu “düşük” olarak değerlendirilmiştir. Tablo 5’te görüldüğü gibi tek yönlü analizlerde prenatal konforu etkileyen yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı, planlı gebelik değişkenleri lojistik regresyon analizi sonucu prenatal konforu, multipar gebelerde $OR = 2.986$ (95% C.I 1.529 - 5.832) kat daha olumsuz etkileyen bir değişkenler olarak belirlenmiştir ($p = .001$) (Tablo 5).

Tartışma

Gebelik dönemi, annenin ve fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek için gebenin fiziksel fonksiyonlarında önemli değişikliklerin olduğu, ancak bunun yanında ruhsal ve bedensel bütünlüğü tehlikeye sokabilecek endişe, kaygılı bekleme, stres, anksiyete, depresyon gibi olayların yaşanabileceği ve gebenin konforunu olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin olduğu bir

dönemdir (16,17). Bu çalışmada üçüncü trimester gebelerin konfor düzeyi ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Üçüncü trimesterde gebenin konforunu benzer terminoloji ile araştıran çalışmalara literatürde rastlanmadığı için konforu etkileyen gebeliğe uyum, anne bebek bağlanması, sosyal destek, memnuniyet, gebelikte stres, anksiyete, depresyon gibi üçüncü trimester gebeler ile yapılan çalışmalar ile araştırma bulguları tartışılmıştır.

Fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel boyutlarda ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme olarak tanımlanan konfor prenatal dönemde ele alınması gereken hemşirelik bakımının önemli bileşenlerinden biridir (9). Bu çalışmada toplamda en yüksek 75 alınabilen PKÖ puan ortalamasının (62.98 ± 8.28) ve alt boyut puan ortalamalarının (eş 17.23 ± 2.75 , fetüs 8.98 ± 1.36 , sosyal çevre 12.90 ± 2.11 , annelik 12.99 ± 1.98 , gebelik 10.88 ± 2.87) gebelerde iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Nakamura ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada, gebeliğin geç dönemindeki konforun ve alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve konfor düzeyi yüksek olan gebelerin postpartum erken dönemde bebek bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu dönemde yapılan hemşirelik uygulamaları ile kadınların konfor düzeyinin daha iyi olduğu ve böylece doğum sonu annelik rollerine daha kolay uyum sağladıkları belirtilmiştir (12). Fenwick ve arkadaşları (2001) kadının ve yenidoğanın sonraki yaşamında sağlık düzeyinin, aldığı hemşirelik bakımının niteliği ve kalitesiyle yakından ilgili olduğunu belirtmektedirler (18). Bu durumda hemşirenin bu dönemle ilgili özellikleri, normal ve normalden sapma durumlarını değerlendirmesi, gereken girişimlerde bulunması, önlem alması ve gereksinimler doğrultusunda kadınları bilgilendirerek sorunların üstesinden gelmelerini sağladıklarında konfor düzeylerine de katkı sağladıkları görülecektir.

Özellikle üçüncü trimesterde temel hedef, destekleyici hemşirelik girişimleri ile gebelik süresince kadının rahatlığını sağlamaktır (19). Rahatlık, doğumdan itibaren aranan ve yaşamımız boyunca ulaşılmak istenen temel bir insan gereksinimidir. Hemşirelik bakımında ise uygulanan girişimlerin hedeflenen bir sonucudur (9). Gebelik döneminde stres, depresyon, anksiyete, memnuniyet, kendini gerçekleştirme, gebeliğe uyum, bağlanma ya da yaşam kalitesi kavramları konforu, artırabilen ve azaltabilen faktörler arasında yer almaktadır (20). Ancak tek başlarına bu kavramların konforu tanımlamak için yeterli olmadıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada, 18-25 yaş grubunda olan gebelerin prenatal konfor puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde üçüncü trimester gebelerle yapılan çalışmalarda gebelerin yaş ortalaması düştükçe stres ve depresyon yaşama durumunun daha fazla arttığını (21,22) gösteren çalışmaların yanında, yaş ortalamasından etkilenmediğini (23-25) gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Gebelikte birlikte artan depresyon puanlarının gebeliğin doğası gereği yaş gruplarından etkilenmeyebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda genç kadınlarda maternal bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (21,26). Genç annelerde konfor düzeyinin yüksek olması gebelikte duyu durum değişikliklerinin görülmesine rağmen gebelerin fiziksel rahatsızlıkları ve gebeliğe ilişkin sorunları daha az yaşıyor olmalarından, gebeliği ve anne olmayı daha fazla istemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, yükseköğretim mezunu üçüncü trimester gebelerin konfor puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Üçüncü trimester gebelerin yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada yaşam kalitesinin eğitim durumundan etkilendiğini (27), Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ile yapılan bir çalışmada ise lise veya üniversite mezunu olan kadınların gebeliğe ve anneliğe daha uyumlu oldukları belirtilmiştir (28). Nakamura ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında yaşam kalitesi, konfor ve iyilik halinin gebelik dönemi için önemli olduğunu, anne olmak için bir hazırlık süresi olduğunu, bu dönemde ki güven duygusunun ve memnuniyetin annelik rolüne geçişte önemli olduğunu belirtmişlerdir (12). Bu durumda gebelik döneminde, yaşam kalitesinin, konfor düzeyinin artmasında, gebeliğe ve anneliğe uyumu sağlamada eğitimin olumlu katkısı olduğu söylenebilir.

Çalışmada, çalışan gebelerin prenatal konfor puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışan gebelerin stresle baş etme durumlarının yüksek olduğu (21), normalden sapan durumlarda sağlık arama davranışları gösterebildikleri (29), prenatal anne bebek bağlanmasının daha iyi düzeyde olduğu (30), gebeliğe uyumunun daha kolay olduğu (28), yaşam kalitesinin olumlu (27) etkilendiği belirtilmektedir. Bu durumda gebeliğin son döneminde çalışan gebelerin iş ortamında gebeliğin normal seyrini sürdürebilecek düzenlemeler yapıldığında, bireyin konfor gereksinimlerinin olumlu etkilendiği söylenebilir.

Üçüncü trimester gebelerin konfor puan ortalaması gebeliği planlı olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Özkan ve Arslan (2007) çalışmasında, sağlıklı gebeliklerin temelinde, gebeliğin planlı olmasının, anne- baba adaylarının kendilerini bebek bakımı için hazır hissetmelerinin ve etkin prenatal bakımın payının oldukça büyük olduğunu belirtmiştir (31). Literatürde gebeliğin planlı olması durumunda gebeliğe uyumun kolaylaştığı (28), maternal bağlanmanın daha erken başladığı (30), gebelikte distres (32) ve depresyon (22) deneyimleme riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir.

Çalışmada, primipar gebelerin PKÖ puan ortalamaları multipar gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte yapılan lojistik regresyon analizi sonucu multipar gebelerde primipar gebelere göre prenatal konforun $OR = 2.99$ kat daha düşük olduğu saptanmıştır ($p = .001$; $95\% GA 1.529-5.832$). Prenatal konfor ölçeği kullanılarak üçüncü trimester gebeler ile yapılan iki çalışmada, multipar gebelerde çalışmamızla benzer şekilde konfor düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirtilmektedir (11,12). Üçüncü trimester gebelerle yapılan başka bir çalışmada ise multipar gebelerin fiziksel ($OR = 1.54$), psikolojik (1.59), sosyal alan ($OR = 1.53$) yaşam kalitesinin primipar gebelere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (27). Gebelik döneminde konfor durumu yaşam kalitesi gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Ancak bu sonuçlar doğrultusunda özellikle multipar gebelerin hem gebelik döneminde hem doğum sonrası dönemde kendisinin ve

Araştırma

bebeğinin bakımı konusunda desteklenmesi ve konfor düzeyine katkı sağlayacak girişimlerin yapılması konfor düzeyini olumlu etkileyebileceği düşünülebilir.

Kısıtlılıklar

Çalışma yalnızca Türkiye’de Orta Anadolu’da bir İl Merkezinde bulunan Devlet Hastanesinde yapıldığından sonuçları tüm evrene genellenemez. Çalışmanın yapıldığı tarih, amaca uygun olarak kullanılan veri toplama formu ve annelerin verdiği yanıtlar ile sınırlıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, 25 yaş ve altı, yükseköğretim mezunu, çalışan, gebeliği planlı olan ve primipar gebelerde PKÖ puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelik dönemini konforlu geçiren anne adayının benlik saygısı ve yaşam doyumu yükselecek, preterm doğum eylemi ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu gibi gebelik komplikasyonları azalacaktır. Artan konfor doğum sonu kadının annelik rolüne uyumunu ve anne-bebek bağlanmasını da kolaylaştıracaktır. Bu sonuçlar doğrultusunda, antenatal bakım sırasında ebe ve hemşirelerin, 25 yaş ve üzerinde gebe kalan, öğrenim düzeyi düşük olan, herhangi bir işte çalışmayan, gebeliği planlı olmayan, multipar gebelerin konfor düzeylerini değerlendirmesi ve bunlara yönelik girişimler planlanması önerilmektedir. Ayrıca bu çalışmada gebelerin konfor düzeyleri bazı sosyo demografik ve obstetrik özelliklerine göre değerlendirilmiştir. Farklı çalışmalarda gebelik döneminde görülen rahatsızlıklara göre de prenatal konforu değerlendirilmesi önerilmektedir.

Bilgilendirme

Çalışmamıza katılan tüm gebelere teşekkür ediyoruz. Fikir SAÖ, DKS, EA; tasarım SAÖ, DKS, EA.; denetim SAÖ, DKS; kaynaklar SAÖ, DKS; malzemeler SAÖ, DKS; veri Toplama ve / veya İşleme SAÖ, DKS; analiz ve / veya Yorum SAÖ, EA; literatür taraması SAÖ, DKS; yazıyı yazan SAÖ, DKS, EA; eleştirel inceleme SAÖ, DKS, EA.

Araştırma öncesi Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu’ndan onayı alındı (11.06.2018, Karar no:39). Çalışmanın yapıldığı Çankırı Devlet Hastanesi’nden yazılı kurum izni alınmıştır. Veri toplanırken gebenin soruları rahat cevaplayabilmesi için hastanedeki diğer işlemlerini aksatmayacak şekilde planlama yapılmıştır. Elde edilen araştırma verilerinin, katılımcıların isimlerini kullanmadan bilimsel amaçlı olarak kullanılacağı ve yayınlanacağı bireylere açıklanmış ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak sözlü onam alınmıştır.

Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bu araştırma kamu, ticari veya kar amacı gütmeyen sektörlerdeki fon kuruluşlarından özel bir hibe almamıştır.

Kaynaklar

1. Stojanowa K, Rauchfussa M, Bergnera A, Maier B. Anxiety in high- and low-risk pregnancies and its influence on perinatal outcome. *Mental Health & Prevention* 2017;6:51–56.
2. Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4:100-110.
3. Ricci SS. Essentials of maternity, newborn, and women’s health nursing, Chapter 11. *Maternal Adaptation During Pregnancy*. (2nd Ed.). Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p:267-269.
4. Davidson MC, London ML, Ladewig PW. Olds' maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan. (9th Ed.). United States Prentice Hall; 2011. p:315-317.
5. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(1):3–12.
6. Cheng ER, Rifas-Shiman SL, Perkins ME, Rich-Edwards JW, Gillman MW, Wright R, et al. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. *J Womens Health (Larchmt)* 2016;25(7):672-679.
7. Kang Y, Yao Y, Dou J, Guo X, Li S, Zhao C, et al. Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(5):468.
8. Yıldız PD, Ayers S, Phillips L. Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery* 2017; 55: 29–37.
9. Kolcaba K, Di Marco MA. Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr Nurs* 2005;31(3):187-194.
10. Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011;4(1),197-202.
11. Bergman J, Bergman N. Whose choice? Advocating birthing practices according to baby’s biological needs. *J Perinat Educ* 2013;22(1):8-13.
12. Nakamura Y, Takeishi Y, Ito N, Ito M, Atogami F, Yoshizawa T. Comfort with motherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *Tohoku J Exp Med* 2015;235(1):53-55.

Araştırma

13. Matvienko-Sikar K, Dockray S. Effects of a novel positive psychological intervention on prenatal stress and well-being: A pilot randomised controlled trial. *Women and Birth* 2017;30(2):e111–e118.
14. Takeishi Y, Nakamura Y, Atogami F, Yoshizawa T. Development of the prenatal comfort scale. *Jpn J Nurs Sci* 2011;11:11-18.
15. Kaya Senol D, Aydın Özkan S, Aslan E. Prenatal Konfor Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 3. Uluslararası 4. Ulusal Ebelik Kongresi; 21-24 Eylül 2017; Ankara.
16. Marakoğlu K, Şahsivar Ş. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2008;28(4):525-532.
17. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(1):142-162.
18. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. Struggling to mother: A consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. *J Perinat Neonat Nurs* 2001;15:49-64.
19. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(1):106-115.
20. Schuiling KD, Samples C, Kolcaba K. Exploring the presence of comfort within the context of childbirth. In: Rosamund Bryar, Marlene Sinclair (eds.) *Theory for Midwifery Practice. Second Edition.* New York Palgrave Macmillan Publisher. 2011. p:197-212.
21. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010;20(3):99-108.
22. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(5):599-605.
23. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Serbaş G. Gebelikte sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45:85-91.
24. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;27: 51-8.
25. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3:39-66.
26. Borcharding KE. Coping in healthy primigravidae pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:453-462.
27. Dağlar G, Bilgiç D, Aydın Özkan S. Factors affecting the quality of life among pregnant women during third trimester of pregnancy. *Cukurova Med J* 2019;44(3):1.
28. Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014;4(4):200-206.
29. Taşçı Duran E. Göç eden gebe kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016;1–15.
30. Aydın Kartal Y, Karaman T. Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2018;49(1):85-91.
31. Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2007;38(4):155-161.
32. Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. Gebelerde distress düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;18(3):196-203.

Servis Sorumlu Hemşirelerinin Dönüşümcü Liderlik Uygulamalarının İncelenmesi

Emel ARSLAN*, Fahriye VATAN**

Öz

Giriş: Yönetici hemşirelerin dönüşümcü liderliğinin, hasta bakım çıktıları, hemşirelerin örgütsel davranışları ve kurumsal çıktılar üzerine olumlu etkileri olduğu yapılan çalışmalarda belirlenmiştir. Bu nedenle sağlık bakım kurumlarında yönetici hemşirelerin dönüşümcü liderlik uygulamalarının değerlendirilmesi önemlidir. **Amaç:** Çalışma bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamalarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın örneklemini, bir Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü 218 servis hemşiresi, 17 servis sorumlu hemşiresi (SSH) ve beş üst düzey yönetici hemşire oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Liderlik Uygulamaları Envanteri" kullanılmıştır. Liderlik Uygulamaları Envanteri "Öz Değerlendirme" ve "Gözlemci Değerlendirme" olarak iki formdan oluşmaktadır. "Gözlemci Formu" ile servis sorumlu hemşiresini astı, akranı ve üstü değerlendirmiştir. "Öz Değerlendirme Formu" ile servis sorumlu hemşireleri kendilerini değerlendirmişlerdir. Servis sorumlu hemşiresini, astı olarak servis hemşireleri, akranı olarak bir başka servis sorumlu hemşiresi, üstü olarak hastanenin hemşirelik hizmetleri yönetiminde görevli bakım hizmetleri müdürü ve süpervizör hemşireler değerlendirmişlerdir. Verilerin analizinde, ortalama, standart sapma, yüzdelik, varyans analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Servis sorumlu hemşirelerinin, kendi, astı, akranı ve üstünün değerlendirmelerine göre "Liderlik Uygulamaları Envanteri" toplam puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, "Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek" alt boyutunun puan ortalamasının diğer alt boyutlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Servis sorumlu hemşirelerinin, "Liderlik Uygulamaları Envanteri" puan ortalamaları, değerlendiren gruplara göre incelendiğinde; üstlerin puanlarının en yüksek olduğu, daha sonra sırasıyla öz değerlendirmeleri puanlarının, akranlarının ve astlarının değerlendirme puanlarının geldiği belirlenmiştir. **Sonuç:** Servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamalarının orta düzeyde olduğu, dönüşümcü liderlik becerilerini geliştirmeye ihtiyaç duydukları sonucuna ulaşılmış olup liderlikle ilgili hizmet içi eğitim programları ve sürekli eğitimlerin desteklenmesi önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Liderlik, Dönüşümcü Liderlik, Yönetici Hemşire, Servis Sorumlu Hemşiresi.

Abstract

Examination of the Transformational Leadership Practices of the Unit Charge Nurses

Background: The studies have revealed that the transformational leadership of nurse managers has positive impacts on patient care outcomes, nurses' organizational behavior and institutional outcomes. Therefore, it is important to evaluate the transformational leadership practices of nurse managers in health care institutions. **Objective:** The aim of this study is to examine the transformational leadership practices of unit charge nurses working in a training and research hospital. **Method:** The sample of the study, which is descriptive, consists of 218 service nurses, 17 unit charge nurses and five nurse managers working in a Pediatric Diseases and Surgery Training and Research Hospital who volunteered to participate in the research. As data collection tools, "Introductory Information Form" and "Leadership Practices Inventory (LPI)" were used. LPI consists of two forms namely "Self Evaluation" and "Observer Evaluation". In the study, unit charge nurses were evaluated by their subordinates, superiors and peers, using the "Observer Form". With the "Self Evaluation Form", unit charge nurses evaluated themselves. The unit charge nurses was evaluated by a service nurse as a subordinate, by another unit charge nurse as a peer and by the nursing services manager and supervisor nurses working in the nursing services management of the hospital, as superiors. In the analysis of the data, mean, standard deviation, percentage, variance analysis were used. **Findings:** According to the subordinate, peer and superior evaluations of the unit charge nurses, the means of the total score of LPI was found to be at medium level, while the sub-dimension namely "Support on the Development of Personnel" was higher than the other sub-dimensions. When the means of LPI of the unit charge nurses were examined according to the groups evaluating; it was determined that the scores of the superiors were highest which was followed by the scores of self-evaluation, peers and subordinates respectively. **Conclusion:** It has been concluded that the transformational leadership practices of the unit charge nurses are at medium level and they need to improve their transformational leadership skills, and it is suggested that on-the-job training programs and continuous training related to leadership should be supported.

Key Words: Leadership, Transformational Leadership, Nurse Manager, Unit Charge Nurses.

Geliş tarihi: 30.10.2019

Kabul tarihi: 30.03.2020

Liderlik tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de üzerinde en çok durulan konulardan biridir. Değişimin özellikle çok daha hızlı bir şekilde meydana geldiği sağlık hizmetlerinde de liderler, başarılı sonuçlar elde etmede önemli bir role sahiptirler. Değişen çevrenin sağladığı fırsatlardan yararlanma ve doğurduğu sorunlar ile başa çıkma, politika belirleme süreçlerine katılma, kurumdaki hemşirelerin gelişimini sağlama, tüm sağlık ekibini kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için yönlendirme gibi sorumlulukları bulunan yönetici hemşirelerin liderlik becerileri büyük önem arz etmektedir (1,2,3).

Liderlik, kişi tarafından onu takip eden bireylerin istenen şekilde davranmaya yönlendiği bir süreçtir. Bu yöneltme eylemini gerçekleştiren kişi ise lider olarak tanımlanmaktadır (3,4). Bir başka tanıma göre liderlik, bir gruba önderlik etmek ve o grubu hedeflerine ulaşacak yönde etkilemektir (5,6).

Dönüşümcü liderlik, 1975 yılından sonra geliştirilen modern liderlik teorileri içerisinde en fazla üzerinde durulan liderlik teorisi olmuştur (3). Dönüşümcü liderlik, "çalışanların kendi gereksinim ve beklentilerini karşılama ve onları motive etme işlevlerini örgütün amaçları doğrultusunda gerçekleştiren bir süreç" olarak tanımlanmaktadır (3).

Bu çalışma, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim ABD Yüksek Lisans Tez çalışması olup 7. Uluslararası Hemşirelik Yönetimi Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

* Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9148-9945>

** Dr. Öğretim Üyesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim ABD, İzmir, e-mail: fvatan@msn.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8044-0908>

Dönüşümcü liderlik kavramına göre, lider izleyenlerin gereksinimlerini, inançlarını ve değer yargılarını değiştirerek onları yönlendiren kişidir (3,7). Dönüşümcü liderler, kurumlarının gelecekte olmak istedikleri duruma gelmesi için oluşturdukları yeni vizyon ile birlikte gerekli kurumsal koşulları da hazırlayarak, çevresel değişimleri fırsatlara dönüştürebilmektedirler (3). Yönetici hemşirelerin dönüşümcü liderlik yetkinlikleri, değişim süreçlerini etkili bir şekilde yönetmek için ve sağlık kuruluşu içinde kaliteli bakım sunmak için şarttır (8).

Sağlık bakım organizasyonları için en etkili dönüşümcü liderlik modellerinden biri Kouzes ve Posner'in dönüşümcü liderlik uygulamaları modelidir (9). Kouzes ve Posner, dönüşümcü liderlikte önemli olan beş liderlik uygulamasını tanımlamıştır. Bu uygulamalar aşağıda verilmiştir (10,11);

- **Yol Göstermek:** Mükemmellik standartları yaratıp izleyenlerinin takip etmesi için bir örnek oluştururlar. İnsanlara nereye gidecekleri veya oraya nasıl gidileceğini tarif ederler ve sonuca ulaşmak için fırsatlar yaratırlar.
- **Ortak Bir Vizyon Oluşturmak:** Herkesin istediği ve ulaşılabilir bir amaç etrafında, insanları bir araya getirmek ve harekete geçirmek anlamına gelmektedir. Vizyonları hayatlarının çok içindedir ve izleyenlerin ufuktaki heyecan verici ihtimalleri görmelerini sağlarlar.
- **Süreci Sorgulamak:** Geçmişte olan şeyleri sorgulamayı ve yaratıcı çözüm yolları geliştirmeyi ifade eder. Liderler mevcut durumu değiştirme fırsatları ve yenilikçi yollar ararlar. Bunu yaparken risk alırlar.
- **Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek:** Kişilerin kendi çabalarıyla istediklerine ulaşmayı ve bir farklılık yapabileceklerine inandırarak güçlendirmeyi içermektedir. Liderler işbirliğini destekler, güven oluşturur ve heyecanlı ekipler yaratırlar.
- **İzleyenlerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek:** Liderler, umutları ve kararlılığı canlı tutmak için, izleyenlerin yaptığı katkıları takdir ederler, başarılarını kutlarlar, güçlü hissetmelerini sağlarlar ve ödülleri paylaşırlar.

Hemşirelik bakım hizmetlerinin en alt kademesinde yönetici olan servis sorumlu hemşiresi (SSH), servisin düzenini sağlamak ve yapılması gereken işleri planlamak, örgütlemek ve yönetmek sorumluluğuna sahiptir. Servis sorumlu hemşiresi, birimindeki hemşirelerin birinci düzeyde gözetim ve denetiminden sorumlu kişi olarak hemşirelik hizmetlerinin başarılı olabilmesi için en önemli görevi üstlenmektedir. Bu nedenle SSH, o alana özgü yeterli bilgi, beceriye sahip olması ve dönüşümcü liderlik özelliklerini taşıması gerekmektedir (12).

Servis sorumlu hemşiresi, hastaların ihtiyaçlarını karşılayacak hemşirelik bakımını yönetmekten sorumludur. Orta ve üst düzey yönetici hemşirelerin düşünce ve planlarını yaşama geçirmede önemli bir rol üstlenmektedir. Ayrıca SSH' den kurumun amaçlarına, kurumun politika ve prosedürlerine destek olması da beklenmektedir. Yani SSH, üst ve orta düzeydeki yönetici hemşirelerin misyon ve vizyonlarını hayata geçirmede ciddi bir konumda olup çalışan hemşirelerle hemşirelik hizmetleri yönetimi arasında bir köprü konumundadır (5,13). Servis hemşirelerinin çalışma planını hazırlar, vardiyalar arası koordinasyon ve hasta bakım kalitesinin artırılması konusunda yöneticiye sürekli bilgi verir. Çatışma ve sorunların çözülmesinde ve hemşirelerin işiyle ilgili karar almasında yardımcı olur. İyi bir rol modeli olarak ve hemşirelere profesyonel gelişimleri için sürekli eğitim vererek hasta bakım kalitesini yükseltmeye çalışır (14). Değişimi başlatma, vizyon yaratma, hemşireleri güçlendirme ve ekip ruhu içinde çalışma, kurum ve çalışanlar üzerinde olumlu etkiler yaratma ancak yönetici hemşirelerin dönüşümcü liderlik potansiyellerini kullanmalarıyla mümkün olacaktır (15). Nitekim yapılan çalışmalarda da bu saptanmıştır (16-22). Bu nedenle, servis sorumlu hemşiresi bilgisini artırmak, yenilikleri izlemek, izleyenlerini anlamak ve katılımlarını sağlamak için dönüşümcü liderlik becerilerini geliştirmek zorundadır. Bu sonuçlardan yola çıkarak, değişimin etkisinin yoğun olarak yaşandığı günümüzde, servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamalarının değerlendirilmesi, bireysel ve kurumsal amaçların gerçekleştirilmesi açısından son derece önemlidir.

Amaç

Bu araştırma, hastanede çalışan SSH'lerin dönüşümcü liderlik uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Soruları

- Servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamaları ne düzeydedir?
- Servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamaları, kendi ve gözlemci (ast, üst, akran) değerlendirmelerine göre farklı mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma, İzmir'de bir Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, bir Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan tüm hemşireler oluşturmaktadır. Hastanede aktif çalışan hemşire sayısı 325, kadrolu olup raporlu, geçici görevde ya da ücretsiz izinde olan hemşire sayısı ile bu sayı 374 olmaktadır. Hastanede toplamda SSH sayısı 18' dir. Hastanenin yönetici hemşire kadrosunda bir sağlık bakım hizmetleri müdürü, iki gündüz süpervizör hemşiresi, bir gece süpervizör hemşiresi bulunmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmeyerek evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmada örnekleme dahil edilme kriteri SSH ile en az altı ay çalışma olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin 34' ü SSH ile altı aydan az çalıştığı için araştırma dışında bırakılmıştır. Toplamda servis hemşirelerinin %73'üne (218), SSH' lerin %94'üne (17) ve yönetici hemşirelerin tümüne (4) ulaşılmıştır. Servis sorumlu hemşireleri kendilerini değerlendirmek için 17 adet "Öz Değerlendirme" formu doldurmuş olup,

Araştırma

diğer katılımcılar servis sorumlu hemşirelerini değerlendirmek için toplam 251 “Gözlemci Değerlendirme” formu doldurmuştur.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak, “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Liderlik Uygulamaları Envanteri” (LUE) kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu formda, araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma yılı gibi özelliklerini belirlemeye yönelik olarak araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanan 14 soru yer almaktadır.

Liderlik Uygulamaları Envanteri

Bu araştırmada dönüşümcü liderlik davranışını incelemek için, Kouzes ve Posner tarafından yılında geliştirilen “Liderlik Uygulamaları Envanteri (LUE) (Leadership Practices Inventory)” kullanılmıştır. Envanterin “Öz Değerlendirme” ve “Gözlemci Değerlendirme” formu bulunmaktadır. Envanter 1988 yılında geliştirilmiş, 2003 yılında gözden geçirilerek en son haline ulaşmıştır (10). Duygulu tarafından 2007 yılında geçerlik güvenirliği yapılarak Türkçe’ye uyarlanmıştır (23). Envanterde beş temel liderlik uygulaması; “Yol Göstermek”, “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak”, “Süreci Sorgulamak”, “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek”, “İzleyenlerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek” incelenmektedir. Liderlik Uygulamaları Envanteri, 5’li Likert ölçeğiyle değerlendirilen 30 ifadeden oluşmaktadır (23). Likert ölçeğinde seçenekler 1; Hemen hemen hiç, 2; Nadiren, 3; Bazen, 4; Sıklıkla, 5; Hemen hemen her zaman şeklindedir. Bu envanterin her bir alt boyutundan alınabilecek minimum puan 6, maksimum puan 30’dur. Envanterin toplamından alınacak minimum puan 30, maksimum puan 150’dir. Kouzes ve Posner’in değerlendirmelerine göre alınan puan, envanterden alınabilecek maksimum puana yakın ise kişi o liderlik uygulamasını sıklıkla ortaya koymaktadır. Ancak alınan puan envanterden alınabilecek minimum puana yakınsa kişi o liderlik uygulamasını nadiren ortaya koyuyor demektir ve nadir olarak gösterdiği liderlik uygulamasının geliştirilmesi gerekmektedir (10,23,24). Bu çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, yorumlama açısından daha anlaşılır olması açısından, her bir bireyin testten aldığı toplam puan testteki madde sayısına bölünerek puanlar 1-5 Likert ölçeğine dönüştürüldü. Böylelikle hesaplanan aritmetik ortalamalar da 1-5 Likert ölçek aralığında elde edildi.

Duygulu’nun (2011) araştırmasında; “LUE” nin Öz Değerlendirme Cronbach Alfa katsayısının .75 ile .87 arasında değiştiği, “LUE” nin Gözlemci Değerlendirme Cronbach Alfa katsayısının ise lider envanterinden daha yüksek bir şekilde .88 ile .92 arasında değiştiği saptanmıştır (23). Bu çalışmada elde edilen “LUE” nin tümüne ait Cronbach Alfa katsayısı .98’ dir. Envanter boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları; “Yol Göstermek” için .92, “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” için .93, “Süreci Sorgulamak” için .92, “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” için .94 ve “İzleyenlerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek” için .95 olarak saptanmıştır.

Verilerin Toplanması

Liderlik Uygulamaları Envanteri, “360 Derece Değerlendirme Yöntemi” ile değerlendirilmiştir. Bu yöntem, performans değerlendirme metodolojisi içinde sistemi çok yönlü olarak sürekli bir anlayışla sorgulamayı ve çalışanların performansı hakkındaki bilgiyi, çalışan ile farklı ilişkilere sahip değişik perspektiflerden toplamayı amaçlamaktadır. Bu yöntemde egemen olan temel anlayış, değerlendirmenin yöneticiler, çalışma arkadaşları, astlar ve kişinin kendisi (öz değerlendirme) gibi birçok kişiden bilgi toplanması anlayışıdır (25).

Bu çalışmada Liderlik Uygulamaları Envanteri’ nin “Gözlemci Formu” ile servis sorumlu hemşiresini astı, akranı ve üstü değerlendirmiştir. Envanterin “Öz Değerlendirme Formu” ile servis sorumlu hemşireleri kendilerini değerlendirmişlerdir. Servis sorumlu hemşiresini astı olarak servis hemşiresi, akranı olarak bir başka servis sorumlu hemşiresi, üstü olarak hastanenin hemşirelik hizmetleri yönetiminde görevli olan bakım hizmetleri müdürü ve süpervizör hemşireler değerlendirmişlerdir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programına aktarılmış ve gerekli analizler bu programda yapılmıştır. Servis sorumlu hemşirelerinin LUE’den aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları her bir alt boyutta ve 360 derece değerlendirme yöntemine göre (astı, üstü, kendi, akranı) verilmiştir. Ölçek puan ortalamaları karşılaştırılırken tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ve Tukey testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak .05 kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Etik Kurulu’ndan (02.02.2016 tarih ve 2016-35 sayılı karar), İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ nden ve hastane yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin tümünden araştırmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onam alınmıştır. Veri toplama formlarında isim belirtilmemiştir.

Bulgular

Servis Sorumlu Hemşireleri, Yönetici Hemşireler ve Klinik Hemşirelerinin Bazı Tanıtıcı Özellikleri

Servis sorumlu hemşireleri (n:17)’ nin %88.2’ si evli, yaş ortalamaları 41.58±6.58, %70.6’ sının eğitim durumu lisans düzeyindedir. Hemşirelikte çalışma süresi ortalamaları 21.88±7.53 yıl, bu hastanede çalışma süresi ortalamaları 13.58±6.69 yıl, SSH olarak çalışma süresi ortalamaları ise 5.88±5.65 yıldır. Yöneticilik ve liderlik ile ilgili kurs, seminer, kongre vb. eğitimsel etkinliklere katılmayanların oranı %76.5’ tir.

Servis sorumlu hemşirelerini üstü olarak değerlendiren yönetici hemşirelerin (n:4) %75’ i evli, lisans mezunu, 30 yaş ve üzeri yaş grubunda, yaş ortalamaları 34.0±4.16’ dir. Hemşirelikte çalışma süreleri ortalama 10.75±6.07 yıl, hastanede çalışma süreleri ortalama 9.75±6.70 yıl, bu pozisyonda çalıştıkları süre ise ortalama 1.87±.85 yıldır.

Servis sorumlu hemşirelerini **astı** olarak değerlendiren servis hemşireleri (n:218)' nin %60.1' i evli, %67.4' ü 30 yaş ve üzeri yaş grubunda olup yaş ortalamaları 33.96±7.78' dir. Hastanede çalıştıkları bölüm, %43.6' sının klinik, %38.5' inin ise yoğun bakımdır. Geçmişte yönetici olarak görev yapanların oranı %8.7' dir. Hastanede çalışma yılı ortalamaları 7.37±6.2, şu andaki servis sorumlu hemşireleri ile çalışma yılı ortalamaları ise 2.23±2.49' dur.

Servis Sorumlu Hemşirelerinin “Liderlik Uygulamaları Envanteri (LUE)” Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları

Bu bölümde “**Servis Sorumlu Hemşire (SSH)**” nin kendi, akranı, astı ve üstünün değerlendirmelerine göre “**Liderlik Uygulamaları Envanteri (LUE)**” puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 1. SSH’lerin Kendi, Astı, Akranı ve Üstünün Değerlendirmelerine Göre “LUE” Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	N	Yol Göstermek		Ortak Bir Vizyon Oluşturmak		Süreci Sorgulamak		Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek		İzleyicilerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek		Toplam	
		\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss
Ast	218	3.47	1.01	3.28	.98	3.22	.99	3.51	1.04	3.38	1.13	3.37	1.03
Üst	18	4.42	.67	4.41	.77	4.45	.63	4.38	.82	4.35	.78	4.40	.73
Kendi	17	4.20	.34	3.93	.41	4.02	.42	4.25	.38	4.21	.35	4.13	.38
Akran	15	3.95	.52	3.73	.82	3.74	.70	3.84	.88	3.75	.95	3.81	.77
Toplam	268	3.61	.98	3.42	.99	3.38	1.00	3.63	1.02	3.52	1.10	3.51	1.02

Tablo 1’de, SSH’lerin, kendi, astı, akranı ve üstlerinin değerlendirmelerine göre “LUE” alt boyutlarına göre puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Astlarının değerlendirmelerine göre; SSH’lerin “LUE” alt boyut puan ortalamaları; “Yol Göstermek” için 3.47±1.01, “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” için 3.28±.98, “Süreci Sorgulamak” için 3.22±.99, “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” için 3.51±1.04, “İzleyicilerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek” için 3.38±1.13’ tür. “LUE” toplam puan ortalaması ise 3.37±1.03 olarak belirlenmiştir.

Üstlerinin değerlendirmelerine göre; SSH’lerin “LUE” alt boyut puan ortalamaları; “Yol Göstermek” için 4.42±.67, “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” için 4.41±.77, “Süreci Sorgulamak” için 4.45±.63, “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” için 4.38±.82, “İzleyicilerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek” için 4.35±.78’ dir. “LUE” toplam puan ortalaması ise 4.40±.73 olarak belirlenmiştir.

Kendi değerlendirmelerine göre; SSH’lerin “LUE” alt boyut puan ortalamaları; “Yol Göstermek” için 4.20±.34, “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” için 3.93±.41, “Süreci Sorgulamak” için 4.02±.42, “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” için 4.25±.38, “İzleyicilerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek” için 4.21±.35’ tir. “LUE” toplam puan ortalaması ise 4.13±.38 olarak belirlenmiştir.

Akranlarının değerlendirmelerine göre; SSH’lerin “LUE” alt boyut puan ortalamaları; “Yol Göstermek” için 3.95±.52, “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” için 3.73±.82, “Süreci Sorgulamak” için 3.74±.70, “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” için 3.84±.88, “İzleyicilerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek” için 3.75±.95’ tir. “LUE” toplam puan ortalaması ise 3.81±.77 olarak belirlenmiştir.

Liderlik Uygulamaları Envanteri toplam puan ortalamaları; “Yol Göstermek” için 3.61±.98, “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” için 3.42±.99, “Süreci Sorgulamak” için 3.38±1.00, “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” için 3.63±1.02, “İzleyicilerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek” için 3.52±1.10 ve tümünün “LUE” toplam puan ortalaması ise 3.51±1.02 olarak belirlenmiştir.

Tablo 2. SSH'lerin Kendi, Astı, Akranı ve Üstünün Değerlendirmelerine Göre "LUE" Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bağımlı Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Yol Göstermek	Gruplararası	23.98	3	7.99	9.002	.000	.30
	Grupiçi (hata)	234.42	264	.89			
	Toplam	3749.94	268				
Ortak Bir Vizyon Oluşturmak	Gruplararası	27.94	3	9.31	10.582	.000	.33
	Grupiçi (hata)	232.36	264	.88			
	Toplam	3394.53	268				
Süreci Sorgulamak	Gruplararası	35.05	3	11.68	13.412	.000	.36
	Grupiçi (hata)	229.94	264	.87			
	Toplam	3336.83	268				
Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek	Gruplararası	20.79	3	6.93	7.081	.000	.28
	Grupiçi (hata)	258.35	264	.98			
	Toplam	3812.92	268				
İzleyicilerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek	Gruplararası	25.47	3	8.49	7.448	.000	.28
	Grupiçi (hata)	300.88	264	1.14			
	Toplam	3653.83	268				

Wilks' Lambda=.836, *F*(15;718,147)= 3.215, *p*=.000

Tablo 2’de SSH’lerin kendi, astı, akranı ve üstünün değerlendirmelerine göre “LUE” puan ortalamalarının tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (*MANOVA*) ile karşılaştırılmasının sonuçları yer almaktadır. Bu varyans analizi beş alt boyut puanı için bu gruplar arasında fark olup olmadığını test etmek amacıyla yapılmıştır. Çok değişkenli testin anlamlılığını incelemek amacıyla Wilk’s Lambda istatistiği incelendiğinde; *Wilk’s Lambda*=.836, *F*=3.215, *Serbestlik derecesi* (*Error df*)=260, *p*=.000 olarak bulunmuş ve bu farkın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

“Yol Göstermek” (*F*= 9.002, *Serbestlik derecesi*= 3; 264, *p*= .000), “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” (*F*=10.582, *Serbestlik derecesi*=3, *p*=.000), “Süreci Sorgulamak” (*F*=13.412, *Serbestlik derecesi*=3; *p*=.000) alt boyutlarına ait puan ortalaması SSH’ lerin astı, üstü, kendinin ve akranlarının değerlendirmelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre “LUE” alt boyut puan ortalamaları astın, kendi ve üstü grubundan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Diğer ikili karşılaştırmaların hiçbirisinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

“Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” (*F*=7.081, *Serbestlik derecesi*=3, *p*=.000) ve “İzleyicilerin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek” (*F*=7.448, *Serbestlik derecesi*=3, *p*=.000) alt boyutuna ait puan ortalaması SSH’ lerin astı, üstü, kendinin ve akranlarının değerlendirmelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre “LUE” alt boyut puan ortalamaları astın, üstten, akranın ise ast ve üstten istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Diğer ikili karşılaştırmaların hiçbirisinde anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Tartışma

Bu bölümde, servis sorumlu hemşirelerinin, kendi, astı, akranı ve üstlerinin değerlendirmelerine göre “LUE” puan ortalamaları incelenmiştir.

Araştırmada incelenen beş liderlik uygulamasında en düşük toplam puan ortalaması astlara ait (3.37±1.03) iken, en yüksek toplam puan ortalaması (4.40±.73) ise üstlere aittir (**Tablo 1**). SSH’lerin kendilerinin ve üstlerinin toplam puan ortalamaları, envanterden alınabilecek maksimum puana yakın ve SSH’ ler tüm liderlik uygulamalarını sıklıkla ortaya koymaktadır (10,24). Ancak astların ve akranlarının puan ortalamaları biraz daha düşüktür. Astlara ve akranlara göre SSH’ ler tüm liderlik uygulamalarını biraz daha az sıklıkta ortaya koymaktadırlar. Bunun nedeni özellikle astların daha idealist ve beklentilerinin daha yüksek olması nedeniyle SSH’ lerini dönüşümcü liderlik uygulamaları açısından yetersiz görmeleri olarak belirtilebilir. Bir diğer neden olarak üstlerin ve SSH’ lerin sosyal beğenirlik algısının yüksek olması da gösterilebilir. Sosyal beğenirliğe göre kişi sadece bilinçli bir biçimde toplumca beğenilen bir izlenim yaratarak araştırmacıyı yanıltmaz, bilinçsiz bir şekilde kendisini toplumca beğenilen özelliklere sahipmiş gibi görerek ve göstererek kendini de yanıltma eğilimi içermektedir (26). Bu açıdan bakıldığında sosyal beğenirlik etkisinin SSH’ lerin ve üstlerinin yanıtlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Üst düzey yönetici hemşireler, kendi seçtikleri SSH’ nin sonuçlarının kötü çıkmasını kendilerine mal edebilecekleri için SSH’leri olduğundan iyi göstermiş olabileceği de bir diğer unsurdur.

Araştırma

Servis sorumlu hemşirelerinin kendi değerlendirmelerine göre; en düşük puan ortalaması “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” liderlik uygulamasına aittir ve en düşük ortaya konan liderlik davranışı olarak belirtilirken; en yüksek puan ortalaması “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” liderlik uygulamasına aittir ve en sık ortaya konan liderlik davranışı olarak belirtilmiştir (**Tablo 1**). Denker’ in (2014) araştırmasına göre; SSH’lerin en sık ortaya koyduğu liderlik uygulaması “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek”, en az sıklıkla ortaya koyduğu liderlik uygulaması “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” liderlik uygulaması olup bu çalışmayla benzer sonuçlar elde edilmiştir (27). Duygulu’nun (2011) araştırmasına göre; SSH’lerin en sık ortaya koyduğu liderlik uygulaması “İzleyenlerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek”, en az uygulanan ise “Süreci Sorgulamak” tır (23).

Astlarının değerlendirmelerine göre; en düşük puan ortalaması “Süreci Sorgulamak” liderlik uygulamasına aittir ve en az sıklıkla ortaya konan liderlik uygulaması olarak belirtilirken; en yüksek puan ortalaması “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” liderlik uygulamasına aittir ve en sık ortaya konan liderlik uygulaması olarak belirtilmiştir (**Tablo 1**). Yani “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” liderlik uygulaması açısından baktığımızda hastanedeki SSH’ler, astlarını geliştirmeleri, kendilerine misyon ve vizyon oluşturmaları açısından destekliyor, onları motive ediyor, onların yanlarında olduklarını hissettiriyor diye düşünebiliriz. Duygulu’nun (2011) araştırmasına göre; gözlemcilerin değerlendirmelerine göre SSH’lerin en sık uyguladığı liderlik davranışı “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek”, en az uygulanan ise “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” tır (23). Bu çalışmayla karşılaştırıldığında, en sık uygulanan liderlik davranışı olarak “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” ortak liderlik uygulaması olarak dikkat çekmektedir. Ayrıca “LUE”nin bütün liderlik uygulamalarında astların puan ortalamaları diğer gruplardan düşük olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=.000$), (**Tablo 2**).

Akranlarının değerlendirmelerine göre; en düşük puan ortalaması “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” liderlik uygulamasına aittir ve en az sıklıkla ortaya konan liderlik davranışı olarak belirtilirken; en yüksek puan ortalaması “Yol Göstermek” liderlik uygulamasına aittir ve en sık ortaya konan liderlik davranışı olarak belirtilmiştir (**Tablo 1**). Akranlarının değerlendirmelerine göre, “Yol Göstermek” liderlik uygulaması açısından bakıldığında, hastanedeki SSH’ler astlarının yoluna ışık tutabiliyor, onlar için uygun rol model olabiliyor anlamına gelmektedir. Ancak ortak bir vizyon oluşturma açısından liderlik uygulamalarını yeterli görmemektedirler. Kouzes ve Posner ortak bir vizyon oluşturmada yapılması gerekenleri, “heyecan verici olasılıkları hayal ederek geleceğin görüntüsünü oluşturmak” ve “ortak istekleri görünür hale getirerek diğerlerinin de hayal etmesini sağlamak” olarak belirtmektedir (10,11). Akranlarına göre, servis sorumlu hemşirelerinin bu tür uygulamalar açısından kendilerini geliştirmesi gerektiği söylenebilir.

Üstlerinin değerlendirmelerine göre; en düşük puan ortalaması “İzleyenlerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek” liderlik uygulamasına aittir ve en düşük sıklıkla ortaya konan liderlik davranışı olarak belirtilirken; en yüksek puan ortalaması “Süreci Sorgulamak” liderlik uygulamasına aittir ve en sık ortaya konan liderlik davranışı olarak belirtilmiştir (**Tablo 1**). Denker’ in (2014) araştırmasına göre; üst düzey yönetici hemşirelerin değerlendirmelerine göre SSH’lerin en sık ortaya koyduğu liderlik davranışı “İzleyenlerinin Başarılarını Kutlayarak Cesaretlendirmek”, en az sıklıkla ortaya koyduğu liderlik davranışı “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” liderlik uygulaması olup bu çalışmaya göre farklı sonuçlar elde edilmiştir (27). Martin ve arkadaşları (2012) yönetici hemşirelerin liderlik yetkinliklerini geliştirmek için İsviçre’de yaptıkları çalışmada, yönetici hemşire ve gözlemci hemşire liderlik uygulamaları puan ortalamaları birbirine çok yakın ve aynı eğilimdedirler (28). Bununla birlikte, yönetici (üst) hemşire puan ortalamaları, gözlemci (ast, akran) puan ortalamalarında 5 liderlik uygulamasının çoğunda daha düşük bulunmuştur. Sadece “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” ve “Yol Göstermek” liderlik uygulamalarında ileri ölçümlerde daha yüksek bulunmuştur. Yönetici hemşirelerin kendilerine verdikleri puan ortalamalarının genel anlamda gözlemcilerinden düşük olması pek alışılmadık bir durum olmamakla birlikte 2007 yılında Martin ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada da bu yönde sonuçlar elde edilmiştir (28). Bu çalışmada ise tam tersi yönde puan ortalamaları elde edilmiştir. Bu sonuçta da yine sosyal beğenirlik etkisinin SSH’lerin ve üstlerinin yanıtlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Üst düzey yönetici hemşireler, kendi seçtikleri SSH’lerin sonuçlarının kötü çıkmasını kendilerine mal edebilecekleri için SSH’leri olduğundan iyi göstermiş olabilirler.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, veri toplamada kullanılan envanterin maddeleri ile sınırlıdır. Çalışmanın sonuçları yalnızca araştırma yürütülen hemşirelere genellenebilir. Anket sorularına verilen cevaplar hemşirelerin değerlendirmelerine dayalıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırmadan elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, servis sorumlu hemşirelerinin, kendi, astı, akranı ve üstünün değerlendirmelerine göre LUE toplam puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, “Personeli Gelişimi Konusunda Desteklemek” alt boyutunun puan ortalamasının diğer alt boyutlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Servis sorumlu hemşirelerinin, LUE puan ortalamaları, değerlendiren gruplara göre incelendiğinde; üstlerin servis sorumlu hemşirelerini değerlendirme puanlarının en yüksek olduğu, daha sonra sırasıyla servis sorumlu hemşirelerinin öz değerlendirmeleri puanlarının, akranlarının ve astlarının değerlendirme puanlarının geldiği belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin, “Süreci Sorgulamak” ve “Ortak Bir Vizyon Oluşturmak” liderlik uygulamaları için liderlik eğitimine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada 360 derece değerlendirme yöntemi uygulanmış olup veriler ast, akran, üst ve kendini değerlendirme şeklinde değerlendirilmiştir. Ancak diğer çalışmalarda ast, akran ve üst birleştirilerek gözlemci başlığı altında değerlendirme de

yapılabilir. Liderlik uygulamalarının değerlendirilmesinde aynı zamanda sosyal beğenirlik ölçeğiyle de değerlendirme yapılması daha objektif sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Araştırma sonuçları, yönetici hemşirelerin birlikte çalıştığı hemşirelik personelini tanınması, onları anlaması, katılımlarını sağlması, dönüşümcü liderlik uygulamalarını geliştirecek girişimlerde bulunması ve kariyer planlama çalışmalarında katkı sağlayacaktır. Servis sorumlu hemşirelerinin de dönüşümcü liderlik uygulamalarını fark etmeleri ve geliştirmeleri konusunda yararlı olacaktır.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı; tüm yazarlar, makalenin hazırlanmasına ve düzeltilmesine eşit katkıda bulunmuştur. Araştırmacılar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (02.02.2016 tarih ve 2016-35 sayılı karar).

Araştırmada kullanılan envanteri Türkçe'ye uyarlayan, geçerlik ve güvenilirliğini yapan ve bu araştırmada kullanılması için izin veren Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç.Dr. Sergül DUYGULU' ya; araştırmanın istatistiksel analizlerinde bilgi ve görüşleriyle katkıda bulunan Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Tuncay ÖGRETİMEN'e; araştırmanın yürütüldüğü hastanenin yöneticilerine; araştırmaya katılan tüm hemşirelere katkılarından dolayı teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur ve araştırmada herhangi bir fon desteği alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Ünalı Baydın N, Topçu İ, Tiryaki Şen H, Ateş N, Erdem B, Yıldırım A. Kamu hastanelerinde çalışan yönetici hemşirelerin liderlik davranışları üzerine bir araştırma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi Ocak 2017;4(3):89-97.
2. Duygulu S. Önderlik. İçinde Baykal TÜ, Türkmen E, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. 1.Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2014:125-143.
3. İntepeler ŞS, Barış V.K. Dönüşümcü ve etkileşimci lider izleyen ilişkilerinin hemşirelik ve sağlık hizmetlerine etkisi. ACU Sağlık Bil Derg. 2018; 9(2):97-104. <https://doi.org/10.31067/0.2018.13>
4. Fischer SA. Transformational leadership in nursing: a concept analysis. JAN 2017;72(11):2644-2653.
5. Albagawi B. Leadership styles of nurse managers and job satisfaction of staff nurses: Correlational design study. European Scientific Journal January 2019; 15(3): 254-275.
6. Özer Ö. Hemşirelerde lider-üye etkileşimi ve çalışan performansının incelenmesi. SHYD [online]. 2019;6(1):11-21. URL https://www.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_6_1_11_21.pdf. 24 Ekim 2019.
7. Lewia L. Nursing workforce trends demand transformational leadership. JONA October 2015;45(10): S1-2. doi: 10.1097/NNA.0000000000000246
8. Khan BP, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick J.J. Staff nurses' perceptions of their nurse managers' transformational leadership behaviors and their own structural empowerment. JONA 2018;48(12):609-614. doi: 10.1097/NNA.0000000000000690
9. Wang X, Chontawan R, Nantsupawat R. Transformational leadership: effect on the job satisfaction of registered nurses in a hospital in China. J Adv Nurs. 2012; 68(2):444-451.
10. Kouzes JM, Posner BZ. The Leadership challenge: 4th ed. A Wiley Brand: San Francisco; CA. USA. 2008. 3-27.
11. Kouzes JM, Posner BZ. The Leadership challenge: how to make extraordinary things happen in organizations. 5th ed.; The Leadership Challenge-A Wiley Brand: San Francisco; CA. USA. 2012. 14-29.
12. Baykal TÜ, Seren HKA.Yönetim Süreci ve Hemşirelik Hizmetlerinin Örgütlenmesi. İçinde: Baykal TÜ ve Türkmen E, Editörler, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. 1.Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2014: 49-90.
13. Karadaş A, Duran S, Doğu Ö. Servis sorumlu hemşirelerinin yönetsel yeterlik düzeylerinin belirlenmesi: Balıkesir ve Sakarya örnekleri. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2017;10(1):54-64.
14. Herman S, Gish M, Rosenblum R. Effects of nursing position on transformational leadership practices. J Nurs Adm. 2015; 45(2):113-119.
15. Herman S, Gish M, Rosenblum R, Herman M. Effects of age and experience on transformational leadership practices. J Nurs Adm. 2017;47(6):327-337.
16. Öztürk H, Bahçecik N, Gürdoğan EP. Hastanelere göre yönetici hemşirelerin liderlik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. F N Hem Derg 2012;20:17-25.
17. Lavoie-Tremblay M, Fernet C, Lavigne GL, Austin S. Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses quality of care and intention to leave. J Adv Nurs 2016;72:582-92. <https://doi.org/10.1111/jan.12860>
18. Lin PY, MacLennan S, Hunt N, Cox T. The influences of nursing transformational leadership style on the quality of nurses' working lives in Taiwan: a cross-sectional quantitative study. BMC Nurs 2015;14:33. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0082-x> 31.
19. Bormann L, Abrahamson K. Do staff nurse perceptions of nurse leadership behaviors influence staff nurse job satisfaction? The case of a hospital applying for Magnet® designation. J Nurs Adm 2014;44:219-25. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000053>
20. Abdelhafiz IM, Alloubani AM, Almatari M. Impact of leadership styles adopted by head nurses on job satisfaction: a comparative study between governmental and private hospitals in Jordan. J Nurs Manag 2016;24:384-92. <https://doi.org/10.1111/jonm.12333> 32.

Araştırma

21. Gunawan J, Aunguroch Y. Factors contributing to managerial competence of first-line nurse managers: A systematic review. *Int J Nurs Pract.* 2018;24:e12611. <https://doi.org/10.1111/ijn.12611>
22. Alloubani AM, Almatari M, Almukhtar MM. Review: effects of leadership styles on quality of services in healthcare. *Eur Sci J* 2014;10:118–29.
23. Duygulu S, Karabulut E, Abaan S, Kubilay G. Türkiye’de hemşireler için liderlik uygulamaları envanterinin geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2011;14-27.
24. Duygulu S, Kubilay G. Yönetici hemşirelerin ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin liderliğe ilişkin değerlendirmeleri ve yönetici hemşirelerin sahip oldukları liderlik özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2008;15(1):1-15.
25. Camgöz SM, Alperten İN. 360 derece performans değerlendirme ve geri bildirim: bir üniversite mediko-sosyal merkezi birim amirlerinin yönetsel yetkinliklerinin değerlendirilmesi üzerine pilot uygulama örneği. *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi.* 2006;13(2): 191-212.
26. Özen Ş. Örgütsel araştırmalardaki sosyal beğenirlik etkisinin Türk toplumsal ve bürokratik kültürü bağlamında incelenmesi. Türkiye ve Orta Doğu Anne İdaresi Enstitüsü. URL: https://dokupdf.com/download/rgtsel-aratrmalardaki-sosyal-beenirlik-etkisinin-trktoplumsal-ve-brokratik-kltr-balamnda-ncelenmesi-5a0228d7d64ab2b9bd9d7cf3_pdf. Haziran 2017.
27. Denker AG. “Transformational leadership in nursing: a pilot nurse leader development program”. Bellarmine University. 2014. URL <https://scholarworks.bellarmino.edu/tdc/6/>. 6 Kasım 2019
28. Martin SJ, McCormack B, Fitzsimons D, Spirig R. Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders. *J Nurse Manag.* 2012;20(1):72-80.

Yaşlı Bireylerde Düşük Yürüme Hızını Etkileyen Faktörler

Süleyman Emre KOÇYİĞİT*, Fatma Sena DOST GÜNAY**, Ali Ekrem AYDIN***

Öz

Giriş: Yaşlı bireylerde düşük yürüme hızı önemli bir sorundur ve düşük yürüme hızını birçok faktör etkileyebilmektedir. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı kapsamlı geriatrik değerlendirme (KGD) kapsamında yürüme hızına göre yaşlı bireyleri karşılaştırmak ve düşük yürüme hızını etkileyen faktörleri belirlemektir. **Yöntem:** Kesitsel ve gözlemsel olan bu çalışmada, 2017-2019 yılları arasında geriatric kliniğine başvuran 311 hasta değerlendirildi ve tüm hastalara KGD uygulandı. Yürüme hızı, 4-metre yürüme testi ile ölçüldü. **Bulgular:** 311 hastanın %71.4'ü kadın ve ortalama yaşı 75.37±7.58 idi. Üriner inkontinans, konjestif kalp yetmezliği, osteoartrit, demans, ortostatik hipotansiyon ve polifarmasi sıklığı düşük yürüme hızı olan yaşlılarda daha fazla oranda saptandı (p<.05). Günlük yaşam aktivite (GYA) ve nutrisyonel değerlendirme, Mini-mental durum muayenesi skorları düşük yürüme hızı grubunda daha düşükken, geriatric depresyon skoru (GDS) daha yüksek olarak tespit edildi (p<.05). Yaş, cinsiyet ve eğitim yılına göre lojistik regresyon analizinde düşük yürüme hızı üriner inkontinans, demans, yüksek GDS skoru, GYA'larda bozulma ve nutrisyonel skor düşüklüğü ile ilişkili bulunmuştur (p<.05). **Sonuç:** Yaşlı bireylerde düşük yürüme hızı birçok geriatric sendromun riskini artırabilir. Geriatric pratiğinde yürüme hızını değerlendirme önemlidir. Yürüme hızı, KGD'nin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Düşük Yürüme Hızı, Yaşlılık, Kapsamlı Geriatric Değerlendirme.

Abstract

The Factors Affecting Slow Gait Speed in Older Adults

Background: Slow gait speed is an important problem in older adults and can be affected by many factors. **Objectives:** Aims of this study are to compare the all participants, performed comprehensive geriatric assessment (CGA), in terms of gait speed and determine the factors affecting slow walking speed in elderly. **Methods:** In the cross-sectional and observational study, 311 older patients who applied to our geriatric clinics were assessed between 2017 and 2019. All patients underwent CGA. Gait speed was measured by 4-meter walking test. **Results** Of 311 patients, 71.4% were female and mean age of the participants was 75.37±7.58. The frequencies of urinary incontinence, congestive heart failure, osteoarthritis, dementia, orthostatic hypotension and polypharmacy were higher in patients with slower gait speed (p<.05). While activities of Daily Living (ADL), nutritional assessment, Mini-mental State Examination scores were lower, geriatric depression score (GDS) was higher in patients with slower gait speed than normal gait speed (p<.05). When logistic regression analysis was performed adjusted as age, gender and education years, slow gait speed was associated with urinary incontinence, the presence of dementia, higher GDS score, impairment of ADLs and lower nutritional assessment score (p<.05). **Conclusion:** Slow gait speed may increase some geriatric syndromes. Assessment of gait speed is important in geriatric practice. Gait speed should be considered as a significant component of CGA.

Key Words: Slow Gait Speed, Ageing, Comprehensive Geriatric Assessment.

Geliş tarihi: 06.11.2019 **Kabul tarihi:** 01.04.2020

Yürüme ve denge problemleri, yaşla birlikte artmakta, pek çok faktör tarafından etkilenmekte ve istenmeyen sonuçlara yol açmaktadır. Yürüme ve denge problemlerinin insidansı, artan yaşa bağlı olarak %10-82 arasında değişmektedir (1). Yürümenin fizyolojisi oldukça karmaşık olup, nörolojik ve nörolojik olmayan nedenlerden ötürü de yürüme bozukluğu gelişmekte ve bunların sonucunda yaşlılarda düşme riskinin arttığı bilinmektedir (1,2). Yürümenin sağlıklı olabilmesi için bilişsel işlevlerin de yeterli olması gerekmektedir. Yürümenin gerçekleşmesinde dikkat, planlama, bellek, yürütücü fonksiyonlar ve birçok kognitif sürecin etkileşimi, entegrasyonu ve uyumluluğu gerekmektedir (3).

Fonksiyonel gerilik, bağımlılıkta artış ve yaşam kalitesinde azalma yürümede değişikliğe neden olmakta, düşük yürüme hızı ise en sık yaşla ilişkili değişiklik olarak karşımıza çıkmaktadır (4). Yürüme hızını değerlendirmek için yaşlı bireylerde pek çok ölçek veya test kullanılmaktadır. Bunlardan en çok bilineni 4-metre yürüme testidir (5). Sarkopeni tanısında önemli yeri (6) ve Fried kırılabilirlik ölçeğinin bir komponenti (7) olan 4-metre yürüme testine göre yürüme hızının sağkalım üzerinde önemli bir etkisi olduğu da bilinmektedir(5).

Yaşlı bireylerde düşük yürüme hızı önemli mortalite ve morbidite nedeni olarak değerlendirilmektedir. Yakın dönemde yapılan bir çalışmada, düşük yürüme hızının çoklu düşme, düşük eğitim düzeyi, polifarmasi ve depresif semptomlarla anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (8). Yine düşük yürüme hızının azalmış kas gücü ve kırık sonrası mortalite riski artışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (9). Ayrıca, kardiyovasküler hastalığı olanlarda, düşük yürüme hızının tüm nedenli mortalite için prediktör olduğu da ifade edilmiştir (10). Bununla birlikte, düşük yürüme hızının geriatric sendromlardan ağrı, polifarmasi ve kognitif bozulma ile ilişkili olabileceği çalışmalarla ifade edilmiştir (11-13). Ancak, literatürde düşük yürüme hızının kapsamlı geriatric değerlendirme (KGD) ile ilişkisini ve bu parametrelerin düşük yürüme hızı üzerindeki risklerini inceleyen çalışma bulunmamaktadır.

*Uzm. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatric Bilim Dalı, 35340, Balçova/İzmir/Türkiye. e-posta: suleymanemrekocuyigit@gmail.com

Orcid No: 0000-0003-2025-8263

** Uzm. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatric Bilim Dalı, 35340, Balçova/İzmir/Türkiye. Orcid No: 0000-0002-3748-8156

*** Uzm. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatric Bilim Dalı, 35340, Balçova/İzmir/Türkiye. Orcid No: 0000-0003-0182-2850

Geriatrı pratiğinde ve hemşirelik hizmetleri açısından düşük yürüme hızı olan yaşlı bireylerin tespiti ve hangi geriatrik sendromların riskini artırabileceği önem arz etmektedir. Geriatrı hemşiresinin rol ve sorumlulukları açısından düşük yürüme hızının önemi daha da artmaktadır. Bu açıdan geriatrik sendromların erken tespiti ve gerekli önlemlerin alınması hastaların yaşam kalitesini ve fonksiyonelliğini artırabileceği düşünülmektedir.

Amacı

Bu çalışma, geriatrı kliniğine başvuran düşük yürüme hızı tespit edilen yaşlılar ile normal yürüme hızına sahip olan yaşlıları demografik özellikler, komorbiditeler, laboratuvar verileri ve KGD parametreleri açısından karşılaştırmak ve KGD kapsamında düşük yürüme hızını etkileyen faktörleri tespit etmektir.

Araştırmanın Soruları

- Düşük yürüme hızı olan bireylerde, normal yürüme hızına sahip olanlara göre karşılaştırıldığında hangi geriatrik sendromlar daha sık görülmektedir?
- Düşük yürüme hızı olan yaşlılarda hangi KGD parametreleri daha ön plana çıkmaktadır?
- Düşük yürüme hızı olan bireylerde, yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak bu parametrelerin risk oranı nedir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Prospektif, kesitsel ve gözlemsel bir çalışma olarak planlandı.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatrı Bilim Dalında Ocak 2017 ile Temmuz 2019 tarihlerinde yürütüldü.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Ocak 2017 ile Temmuz 2019 arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Geriatrı Polikliniğine başvuran 368 hastalar arasında 57'si dışlama kriterlerine sahip olup, toplam 311 hasta değerlendirildi. Bütün katılımcılar, başvuru esnasında geriatrı polikliniğinde rutin uygulanan laboratuvar ve KGD testleri uygulanarak verileri toplandı ve kaydedildi. Veri toplama süreci katılımcıların geriatrı polikliniğine başvuru anı olarak kabul edildi. Helsinki Bildirisine göre uygun olup, çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi bünyesinde etik kurul onayı alındı. Çalışmaya başlamadan önce bütün katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam alındı.

Dahil Edilme Kriterleri:

-60 yaş ve üzeri olmak

Dışlama Kriterleri:

-Mobilizasyonu önemli derecede etkileyecek ciddi osteoartrit veya nöromusküler hastalığı olanlar

-İmmobil hastalar

-Genel sağlık durumunu bozacak ciddi hastalığı olanlar (akut serebrovasküler olay, gastrointestinal kanama, ciddi anemi (hemoglobün <10 g/dL), sepsis, akut böbrek yetmezliği, akut koroner sendrom, akut karaciğer yetmezliği, akut solunum yetmezlik, akciğer ödemi, hipotansif şok, muayene esnasında bradikardi ya da taşikardi, dehidratasyon, elektrolit bozukluğu, akut hemoraji, ciddi metabolik asidoz gibi...)

-Alkol ya da madde bağımlılığı olanlar

-Genel sağlık durumu bozacak ciddi hastalığı olanlar

Hastaların Özellikleri:

Öncelikle hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim yılını içeren demografik özellikleri kaydedildi. Kronik vadede gerçekleşen ve eşlik eden komorbid durumlar da değerlendirildi. Hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, periferik arter hastalığı, serebrovasküler olay, hiperlipidemi ve ortostatik hipotansiyon varlığı açısından tüm katılımcılar sorgulandı. İlaç sayısı kaydedildi. Polifarmasi, 5 ve üzeri ilaç kullanımı olarak tanımlandı. Demans ve depresyon tanısı, DSM-5 tanı kriterlerine göre konuldu.

Veri Toplama Araçları

KGD testleri:

Dışlama kriterleri içermeyen ve aydınlatılmış onamları alınan bütün katılımcılara (311 hasta) KGD uygulandı. Nörokognitif değerlendirme açısından eğitim düzeyi baz alınarak Mini-mental Durum Muayenesi (MMSE) uygulandı. Duygudurum değerlendirilmesi 15 soruluk Yesevage Geriatrik Depresyon Skalası (YGDS) ile yapıldı. Fonksiyonellik değerlendirilmesi, Temel ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktivite (GYA) Skalaları ile yapıldı (Barthel ve Lawton-Brody testleri). Nutrisyonel değerlendirme ise Mini-nutrisyonel değerlendirme kısa formu (MNA-KF) ile yapıldı. Yürüme hızı 4 metre testi ile değerlendirildi. Dört metre testini 5 saniyeden daha fazla sürede yürüyenlerin yürüme hızı düşük kabul edildi.

Laboratuvar Testleri:

Bütün katılımcılara geriatrı polikliniğinde rutin olarak bakılan laboratuvar testleri dosya taranarak kaydedildi. Bu kapsamda hemogram, açlık kan glukozu, düşük dansiteli lipoprotein (LDL), trigliserid, Tiroid Uyarıcı Hormon (TSH), B12 vitamini, folat, 25-hidroksi D vitamini içeren laboratuvar testleri uygulandı. Böbrek fonksiyonları açısından Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) formülü ile tahmini glomerüler filtrasyon hızı (GFH) hesaplandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma

Kategorik değişkenler yüzde (%) kullanılarak belirtilirken, sürekli değişkenler ortalama±standart sapma olarak verildi. Öncelikle değişkenler normal dağılım uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Daha sonra hastalar düşük yürüme hızı olanlar ve normal yürüme hızına sahip olanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Ortalama karşılaştırılması için normal dağılıma uyanlar için student t test, normal dağılıma uymayanlar için Mann-Whitney U testi kullanılırken, oran karşılaştırılması için Ki-kare veya Fisher Exact testi kullanıldı. Yürüme hızına göre demans, üriner inkontinans, osteoartrit, ortostatik hipotansiyon, polifarmasi ve yüksek YGDS skoru, GYA ve nutrisyonel değerlendirme risk analizi için lojistik regresyon analizi uygulandı. Yaş, cinsiyet ve eğitim yılına göre odds oranı (OO) hesaplandı. Verilerde p değerinin <.05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Bütün istatistiksel analizler SPSS 22.0 (SPSS Inc.) paket programı uygulanarak yapıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için, Dokuz Eylül Üniversitesi bünyesinde gerekli etik kurul izni alındı (Etik kurul karar tarihi:10.03.2016 ve karar numarası:2016/07-05). Ayrıca katılımcıların her birinden laboratuvar ve KGD testlerinin uygulanması için yazılı onamları alındı.

Bulgular

Çalışmaya toplam 311 hasta dahil edildi. Katılımcıların %71.4'ü kadın ve ortalama yaş 75.37±7.58 idi. Düşük yürüme hızı grubundaki katılımcıların sayısı 129 ve normal yürüme hızı grubunda ise 182 idi. Komorbid durumlara bakıldığında düşük yürüme hızı grubunda üriner inkontinans, konjestif kalp yetmezliği, demans, ortostatik hipotansiyon, polifarmasi ve osteoartritin daha sık olduğu saptandı (p<.05; Tablo 1).

Tablo 1. Yürüme Hızlarına Göre Hastaların Demografik Özellikler ve Komorbiditelerin Karşılaştırılması

	Düşük Yürüme Hızı n=129	Normal Yürüme Hızı n=182	p değeri
Demografik Özellikler			
Yaş (ortalama±SS*)	78.74±6.36	72.98±7.49	<.001
Cinsiyet (kadın) (%)	79.8	65.4	.005
Eğitim Yılı (ortalama±SS)	5.20±4.34	7.48±4.48	<.001
VKİ* (kg/m ²) (ortalama±SS)	28.85±5.84	28.19±5.12	.312
Komorbiditeler (%)			
Üriner İnkontinans	69.8	44.5	<.001
Osteoartrit	56.3	37.4	<.001
Hipertansiyon	72.9	62.6	.059
Koroner Arter Hastalığı	23.3	20.9	.617
Konjestif Kalp Yetmezliği	10.9	3.8	.015
Periferik Arter Hastalığı	7.8	8.8	.744
KOAH	12.4	9.3	.388
Serebrovasküler Hastalık	7.0	5.5	.591
Demans	28.7	16.5	.010
Ortostatik Hipotansiyon	35.7	23.6	.021
Diabetes Mellitus	31.8	29.7	.690
Hiperlipidemi	17.8	19.8	.666
Depresyon	47.3	45.6	.769
Polifarmasi	68.3	53.3	.009
İlaç sayısı (ortalama±SS)	6.46±3.30	5.01±3.28	<.001

* SS: Standart Sapma; VKİ: Vücut Kitle İndeksi

KGD parametrelerine bakıldığında yürüme hızı düşük olan grupta MMSE, Barthel GYA, Lawton-Brody GYA ve MNA ortalama test skorlarının daha düşük olduğu görülmüştür ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p <.001). YGDS puanı yürüme hızı düşük olan grupta daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<.001, Tablo 2).

Laboratuvar sonuçları değerlendirildiğinde hemogloblin, albumin ve GFH değeri yürüme hızı düşük olan grupta daha düşük saptandı ve istatistiksel olarak anlamlıydı (p<.05, Tablo 2).

Tablo 2. Yürüme Hızlarına Göre Hastaların Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Parametreleri ve Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması

	Düşük Yürüme Hızı n=129	Normal Yürüme Hızı n=182	p değeri
Geriatrik Değerlendirme			
MMSE*	20.55±7.14	24.78±5.30	<.001
YGDS*	4.81±3.74	2.98±3.35	<.001
Barthel GYA*	78.57±15.13	93.52±6.74	<.001
Lawton-Brody GYA	12.99±6.90	19.31±4.51	<.001
MNA*	11.53±2.34	12.58±1.82	<.001
Laboratuvar Değerleri(Ortalama±SS*)			
Hemoglobin	12.35±1.33	12.74±1.38	.010
Glukoz	115.88±51.63	111.93±47.82	.371
LDL*	130.21±36.75	135.88±40.80	.294
Trigliserid	137.45±64.90	143.50±78.72	.768
Albumin	3.89±.36	4.08±.34	<.001
Sodyum	139.14±3.56	139.66±2.44	.442
D vitamini	24.48±12.07	24.82±13.70	.643
B12 vitamini	415.83±312.36	408.57±327.93	.319
TSH*	1.92±3.67	1.49±1.08	.587
GFH*	65.39±19.12	76.48±17.06	<.001

GFH:Glomerüler Filtrasyon Hızı, GYA:Günlük Yaşam Aktiviteleri, LDL:Düşük Dansiteli Lipoprotein, MMSE:Mini-mental Durum Muayenesi, MNA:Mini-nütrisyonel Değerlendirme, SS: Standart Sapma, TSH: Tiroid Stimüle Edici Hormon, YGDS:Yesevage Geriatrik Depresyon Skalası

Yaş, cinsiyet ve eğitim yılına göre lojistik regresyon analizi uygulandığında yürüme hızı düşük olan grupta üriner inkontinans, demans, YGDS skoru, Barthel GYA, Lawton-Brody GYA ve MNA skoru istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla OO:2.30 %95 Güven Aralığı (GA) 1.36-3.89 p=.002; O:1.91 % GA:1.02-3.57 p=.043; OO:2.75 %95 GA:1.43-5.29 p=.002; OO:.88 %95 GA:.85-.91 p<.001; OO:.85 %95 GA:.80-.89 p<.001; OO:.79 %95 GA:.69-.90 p<.001) (Tablo 3). Lojistik regresyon analizine göre, düşük yürüme hızı ile ortostatik hipotansiyon, polifarmasi ve osteoartrit arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Tablo 3. Düşük Yürüme Hızı Olan Hastalarda Lojistik Regresyon Analizine Göre Riskler

	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	p değeri
Üriner İnkontinans	2.30	1.36-3.89	.002
Demans	1.91	1.02-3.57	.043
Ortostatik Hipotansiyon	1.30	.74-2.27	.352
Polifarmasi	1.47	.86-2.52	.154
YGDS (≥5)	2.75	1.43-5.29	.002
Osteoartrit	1.68	1.23-3.38	.235
Barthel GYA	.88	.85-.91	<.001
Lawton-Brody GYA	.85	.80-.89	<.001
MNA skoru	.79	.69-.90	<.001

* Yaş, cinsiyet ve eğitim yılına göre düzeltme yapılmıştır.

Tartışma

Kesitsel ve gözlemsel bu çalışmada, düşük yürüme hızının, yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak üriner inkontinans, demans riskini arttırabildiği gözlenmişken, GYA'larda bozulma, YGDS skor artışı, malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin ise düşük yürüme hızı riskini arttırabildiği gösterilmiştir.

Literatürde yaşlılarda düşük yürüme hızının oranı, alınan eşik değerler, yürüme hızını değerlendiren testler ve değerlendirilen hasta gruplarına göre farklılık göstermektedir. Son zamanlarda yapılan bir meta-analizde yaşlılarda düşük yürüme hızı sıklığı %2.7-83.9 arasında seyretmektedir (14). 2016 yılında yapılan ve 4-metre yürüme testini baz alındığı bir çalışmada ise düşük yürüme hızı pre-frail hastalarda %41, kırılğan hastalarda ise %89 olarak tespit edilmiştir(15). Bizim çalışmamızda ise tüm hastalarda düşük yürüme hızı %41.4 olarak gösterilmiş olup, bu açıdan literatürdeki oranlarla benzerlik göstermektedir.

Üriner inkontinans yaşla sıklığı artan önemli geriatrik sendromlardır. Üriner inkontinans, bakım evine başvuru, fonksiyonel gerilik ve ölüm riskinde artışa sebep olabilmektedir (16). Çalışmamızda ise yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak; üriner inkontinansın, düşük yürüme hızı riskini arttırabildiği gösterilmiştir. Literatürde mobilitede azalmanın, üriner inkontinans ile ilişkili olabildiği gösterilmiştir (17). Bu ilişkinin sebepleri arasında yürüme hızını etkileyen ve ön planda denge ve yürüme problemi, üriner inkontinans ve/veya noktürinin eşlik ettiği normal basınçlı hidrosefali, pelvik taban kas gruplarını da

etkileyebilen sarkopeni ve fonksiyonel üriner inkontinans sayılabilir (18, 19).

Malnütrisyon yaşlı bireylerde önemli morbidite ve mortalite nedeni olan bir diğer geriatrik sendromdur. Malnütrisyon veya malnütrisyon riskinin uzamış hastane yatışı, artmış sağlık harcamaları, kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (20). Neoplazmlar, kardiyovasküler ve respiratuvar sistem hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluk nedeniyle ölen yaşlılarda malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin ölüm nedeninden bağımsız olarak mortalite risk artışı ile ilişkili bulunduğu belirtilmiştir (21). Yaşlılar için bu kadar önemli bir geriatrik sendrom olan malnütrisyonun geriatri pratiğinde ve hemşirelik hizmeti açısından sorgulanması, değerlendirilmesi ve malnütrisyonla karşı gerekli önlemlerin alınması önem teşkil etmektedir. Ayrıca malnütrisyonun patofizyolojisinde immün fonksiyon bozukluğu, barsak bütünlüğünde bozulma, yağ kaybına ek olarak kas güçsüzlüğü ve buna ikincil mobilitede azalma dikkati çekmektedir (22). Ayrıca yaşlı bireylerde nütrisyonel değerlendirme için sıklıkla kullanılan mini-nütrisyonel değerlendirmenin kırılabilirlik taramasında faydalı olabileceğinin gösterilmesi, nütrisyonel değişiklikler ile yürüme hızı azalması ilişkisini kısmen açıklamaktadır (23). Yeni bir terim olarak malnütrisyon-sarkopeni sendromu da patofizyolojik birliktelik ve bu ilişkiyle açıklanabilmektedir (24). Bizim çalışmamızda dikkati çeken malnütrisyonun düşük yürüme hızı riskini artırması ve bu bireylerde nütrisyonel taramanın etkin bir şekilde yapılmasının önemini ortaya koymaktadır. Son zamanlarda yapılan bir çalışma ile malnütrisyonun yürüme ve denge problemlerine yol açabilen ortostatik hipotansiyon ile ilişkili olabildiği gösterilmiştir (25).

Osteoartrit, yaşla prevalansı artan ve 65 yaş üstü bireylerin büyük bir kısmını etkileyen kronik bir eklem hastalığıdır (26). Yaşlı bireylerde en sık diz, kalça, el ve omurgayı etkilemekte olup, mobilitede azalmaya ve düşme riskine yol açmaktadır (27). Etiyolojisinde genetik predispozisyon, obezite, geçirilmiş eklem cerrahisi ve eklem hasar hikayesi yer almakta ve patofizyolojisinde çeşitli büyüme faktörleri, sitokinler ve kısmen inflamasyon bulunmaktadır (27). Bununla beraber osteoartritin yürüme hızı üzerine olumsuz etkisi olması şaşırtıcı değildir. Bizim çalışmamızda da düşük yürüme hızı grubunda osteoartrit sıklığı, normal yürüme hızı olan gruba göre anlamlı olarak yüksek oranda olmasına rağmen, yaş ve cinsiyete göre düzenleme yapıldığında düşük yürüme hızı ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Bu sonuç, osteoartritin mekanik etkisi dışında yaşlanma ile ortak olan patofizyolojik mekanizmalarla açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda YGDS skorunun >5 olan hastalarda düşük yürüme hızı riskinin yaklaşık 2.7 kat arttığı gösterilmişken, depresyon tanısı olana göre yürüme hızı açısından bir fark tespit edilememiştir. Çeşitli çalışmalarda depresyon semptomatolojisi ile düşme arasında güçlü ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu ilişkiye yol açan faktörler arasında halsizlik, düşme korkusu, kötü nütrisyon durumu gibi depresif semptomlarının etkisi olabilir, düşmenin etkisi ile depresif semptomatoloji gelişebilir ya da depresyon ile düşme ortak risk faktörlerine (medikal problemler, fiziksel aktivite, sosyal aktivite gibi) sahip olabilir (28). Çalışmamızda depresyon tanısından ziyade depresif semptomların değerlendirildiği YGDS risk skorunun yüksek olmasının düşük yürüme hızı ile ilişkili olması, depresyon tanısı olan hastaların önemli bir kısmının tedavi altında oldukları için depresif semptomlarının olmaması ile ilişkili olabilir. Bu durum düşük yürüme hızı üzerinde depresif semptomların etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamız karıştırıcı faktörlerden bağımsız olarak düşük yürüme hızı ile yüksek depresyon skalası arasındaki ilişkiyi gösteren ilk çalışma olma özelliği de taşımaktadır.

Yaşlı bireyler için önemli morbidite ve mortalite nedeni olan polifarmasi ile yürüme bozukluğu arasında nedensel bir ilişki olabilir (29). Karmaşık bir süreç olan yürümenin gerçekleşmesi için santral ve periferik sinir sistemi, kas-iskelet sistemi, solunum ve kardiyovasküler sistemin koordineli çalışması ve optimal fonksiyonu şarttır (30). Polifarmasi çeşitli aşamalarda organ sistemlerini etkileyebilmektedir. Antikolinergik ilaçların olumsuz kognitif etkilerine veya kardiyovasküler ilaçların postural kan basıncı değişikliği etkisine ikincil yürüme bozuklukları gelişebilir (30). Bizim çalışmamızda ise düşük yürüme hızı olan grupta polifarmasi oranının daha yüksek olduğu ancak yaş, cinsiyet ve eğitim durumunun etkisi dışlanarak incelendiğinde risk artışına yol açmadığı gözlenmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere polifarmasinin yürüme hızına etkisi bu faktörlerin gerisinde kalmaktadır. Yaşla kognitif etkilenme ve yürüme hızı değişikliğinin daha belirgin olması veya eğitim düzeyi ile ilaç uyumunun ilişkili olması bu ilişkisizliği kısmen açıklayabilmektedir.

Yaşlılarda kognitif performans ile yürüme arasında yakından bir ilişki mevcuttur. Kognisyon, yürüme üzerinde aksiyel kas-iskelet sistemi, üst ve alt ekstremitenin kontrolü ile denge ve postürün sağlanması, vestibüler ve vizüel etkileri de kapsayan geniş ve çok yönlü bir etkiye sahiptir (3). Yürütücü işlevlerde gerileme, yürüme bozukluğu ile en sık ilişkili gösterilen kognitif alan olarak karşımıza çıkmaktadır (3). Yürüme ve yürütücü işlevleri anatomik olarak benzer beyin bölgeleri kontrol etmektedir. Subkortikal beyaz cevher, frontal yolaklar, serebellar gri cevher ve hipokampal alanlar hem kognisyon hem de yürüme açısından ortak beyin bölgeleridir (21-33). Dolayısıyla yürümeye ortaya çıkan değişiklikler kognitif etkilenme açısından uyarıcı olabilmektedir. Çalışmamızda demans varlığının düşük yürüme hızı riskini 1.9 kat artırabildiğinin gösterilmesi de bu ilişkiyi açıklayabilmektedir. Demansif süreçlerde gerek temel gerekse enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği bilinen bir durum olup bu durum çalışmamızda gösterilen Barthel ve Lawton-Brody GYA skor düşüklüğünün, düşük yürüme hızı riskini artırmasını kısmen açıklamaktadır.

Geriatrik hastalarda hemşirelik hizmetleri, geriatri pratiğinde riskleri öngörme, hasta yönetimine katkısı ve hekimlere destekleyici olması açısından önemlidir. Düşük yürüme hızının yaşlı bireylerde düşme başta olmak üzere birçok geriatrik sendromla ilişkisi olduğu bilinmekte ve çalışmamızda da bu ilişki gösterilmiştir. Yapılmış bir çalışmada acil servise başvuran yaşlılarda yürüme hızının rutin hemşirelik pratiğine eklenmesinin, hasta değerlendirme ve tedaviye karar vermede etkin olabileceği belirtilmiştir (34). Buradan yola çıkarak, rutin hemşirelik pratiğinde düşük yürüme hızı tespit edilen hastalarda hangi geriatrik sendromların gelişebileceğini önceden tespit etme ve gerekli önlemlerin alınması açısından önem arz etmektedir.

Çalışmamızın güçlü tarafları; örneklem büyüklüğünün geniş olması, tüm hastaların KGD kapsamında değerlendirilmesi, demans, üriner inkontinans, polifarmasi, osteoartrit ve depresyon gibi geriatrik sendromlar açısından da risk oranının hesaplanması olarak sayılabilir. Bununla birlikte çalışmamızın kısıtlılıkları da mevcuttur. Kesitsel bir çalışma olması,

ilaç gruplarının ve üriner inkontinans alt gruplarının değerlendirilmemiş olması da çalışmamın kısıtlılıkları olarak ifade edilebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Yaşlı bireylerde yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak düşük yürüme hızı, demans, üriner inkontinans, GYA'larda bozulma, malnütrisyon ve yüksek depresyon skoru riski ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Bu sonuçlar ışığında geriatri pratiğinde KGD'nin ne kadar önem arz ettiği ve yürüme hızı değerlendirmesinin KGD'nin ayrılmaz bir parçası olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bunun yanında, hemşirelerin hasta bakımında değerlendirmeye aldıkları tanımlayıcı ve öngörücü parametreler dikkate alındığında özellikle yaşlı hastaların risk profillerinin belirlenmesi ve bakım planlarının çizilmesinde yürüme hızının nitelikli bir parametre -belki bir vital bulgu- olarak kabul edilmesi faydalı olabilir. Diğer yandan bu bulgular, ileri çalışmalarla desteklenmelidir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram: SEK; tasarım: SEK, FSDG, AEA; denetleme/danışmanlık SEK, FSDG; veri toplama ve işleme: SEK, AEA; analiz ve yorum SEK, FSDG; kaynak taraması FSDG, AEA; makalenin yazımı SEK, FSDG, AEA; eleştirel düşünme SEK, FSDG.

Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi de bulunmamaktadır.

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için, Dokuz Eylül Üniversitesi bünyesinde gerekli etik kurul izni alındı (Etik kurul karar tarihi: 10.03.2016 ve karar numarası: 2016/07-05). Ayrıca katılımcıların her birinden laboratuvar ve KGD testlerinin uygulanması için yazılı onamları alındı.

Kaynaklar

1. Ronthal M. Gait disorders and falls in the elderly. *Med Clin North Am* 2019;103(2):203-213.
2. Fasano A, Plotnik M, Bove F. The neurobiology of falls. *Neurol Sci* 2012;33:1215-1223.
3. Cohen JA, Verghese J, Zwerling JL. Cognition and gait in older people. *Maturitas* 2016;93:73-77.
4. Cruz-Jimenez M. Normal changes in gait and mobility problems in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2017;28(4):713-725.
5. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA* 2011;305(1):50-58.
6. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T et al. Writing group for the European working group on sarcopenia in older people 2 (EWGSOP2) and the extended group for EWGSOP2 sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019;48(1):16-31.
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Cardiovascular health study collaborative research group frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-M156.
8. Kyrdaalen IL, Thingstad P, Sandvik L, Ormstad H. Associations between gait speed and well-known fall risk factors among community-dwelling older adults. *Physiother Res Int* 2019;21(1):e1743.
9. Koivunen K, Sillanpää E, von Bonsdorff M, Sakari R, Törmäkangas T, Rantanen T. Mortality risk among older people who did vs. did not sustain a fracture: Baseline pre-fracture strength and gait speed as predictors in a 15-year follow-Up. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2019.
10. Kamiya K, Hamazaki N, Matsue Y, Mezzani A, Corrà U, Matsuzawa R et al. Gait speed has comparable prognostic capability to six-minute walk distance in older patients with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol* 2018;25(2):212-219.
11. Taylor JL, Parker LJ, Szanton SL, Thorpe RJ Jr. The association of pain, race and slow gait speed in older adults. *Geriatr Nurs* 2018;39(5):580-583.
12. Umegaki H, Yanagawa M, Komiya H, Matsubara M, Fujisawa C, Suzuki Y et al. Polypharmacy and gait speed in individuals with mild cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int* 2019;19(8):730-735.
13. Hsu CL, Liang CK, Liao MC, Chou MY, Lin YT. Slow gait speed as a predictor of 1-year cognitive decline in a veterans' retirement community in southern Taiwan. *Geriatr Gerontol Int* 2017;17(1):14-19.
14. Binotto MA, Lenardt MH, Rodríguez-Martínez MDC. Physical frailty and gait speed in community elderly: A systematic review. *Rev Esc Enferm USP* 2018;52:e03392.

15. Liu CK, Lyass A, Larson MG, Massaro JM, Wang N, D'Agostino RB Sr et al. Biomarkers of oxidative stress are associated with frailty: The Framingham offspring study. *Age* 2016;38(1):1.
16. Park J, Kim ES, Lee YJ, Lee HS, Seo JT. Sex differences in lower urinary tract symptoms in older Korean adults living in rural areas: Prevalence, quality of life and associated factors. *Int Neurourol J* 2018;22(3):212-219.
17. Jachan DE, Müller-Werdan U, Lahmann NA. Impaired mobility and urinary incontinence in nursing home residents: A multicenter study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2019;46(6):524-529.
18. Krzastek SC, Bruch WM, Robinson SP, Young HF, Klausner AP. Characterization of lower urinary tract symptoms in patients with idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Neurourol Urodyn* 2017;36(4):1167-1173.
19. Suskind AM, Cawthon PM, Nakagawa S, Subak LL, Reinders I, Satterfield S et al. Health ABC Study urinary incontinence in older women: The role of body composition and muscle strength: From the health, aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(1):42-50.
20. Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A et al. Risk factors for malnutrition in older adults: A systematic review of the literature based on longitudinal data. *Adv Nutr* 2016;16;7(3):507-522.
21. Söderström L, Rosenblad A, Thors Adolfsson E, Bergkvist L. Malnutrition is associated with increased mortality in older adults regardless of the cause of death. *Br J Nutr* 2017;117(4):532-540.
22. Agarwal E, Miller M, Yaxley A, Isenring E. Malnutrition in the elderly: A narrative review. *Maturitas* 2013;76(4):296-302.
23. Soysal P, Veronese N, Arik F, Kalan U, Smith L, Isik AT. Mini nutritional assessment scale-short form can be useful for frailty screening in older adults. *Clin Interv Aging* 2019;17(14):693-699.
24. Hu X, Zhang L, Wang H, Hao Q, Dong B, Yang M. Malnutrition-sarcopenia syndrome predicts mortality in hospitalized older patients. *Sci Rep* 2017;7(1):1-9.
25. Kocuyigit SE, Soysal P, Ates Bulut E, Isik AT. Malnutrition and malnutrition risk can be associated with systolic orthostatic hypotension in older adults. *J Nutr Health Aging* 2018;22(8):928-933.
26. Dahaghin S, Bierma-Zeinstra SM, Ginai AZ, Pols HA, Hazes J, Koes BW. Prevalence and pattern of radiographic hand osteoarthritis and association with pain and disability (the Rotterdam study). *Ann Rheum Dis* 2005;64(5):682-687.
27. Xia B, Di Chen, Zhang J, Hu S, Jin H, Tong P. Osteoarthritis pathogenesis: A review of molecular mechanisms. *Calcif Tissue Int* 2014;95(6):495-505.
28. Hoffman GJ, Hays RD, Wallace SP, Shapiro MF, Ettner SL. Depressive symptomatology and fall risk among community-dwelling older adults. *Soc Sci Med* 2017;178:206-213.
29. Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(12):2261-2272.
30. Montero-Odasso M, Sarquis-Adamson Y, Song HY, Bray NW, Pieruccini-Faria F, Speechley M. Polypharmacy, gait performance and falls in community-dwelling older adults. Results from the gait and brain study. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(6):1182-1188.
31. Nadkarni NK, Levine B, McIlroy WE, Black SE. Impact of subcortical hyperintensities on dual-tasking in Alzheimer disease and aging. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2012;26(1):28-35.
32. Nadkarni NK, Nunley KA, Aizenstein H, Harris TB, Yaffe K, Satterfield S et al. Association between cerebellar gray matter volumes, gait speed, and information-processing ability in older adults enrolled in the Health ABC study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014;69(8):996-1003.
33. Ezzati A, Katz MJ, Lipton ML, Lipton RB, Verghese J. The association of brain structure with gait velocity in older adults: A quantitative volumetric analysis of brain MRI. *Neuroradiology* 2015;57(8):851-861.
34. Tucker PW, Ewans DD, Clevenger CK, Ardisson M, Hwang U. Feasibility of nurses measuring gait speed in older community-dwelling emergency department patients. *Geriatr Nurs* 2016;37(6):453-457.