



HEMŞİRELİK **BİLİMİ** Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE





HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Leyla Küçük

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa,
Florence Nightingale Hemşirelik
Fakültesi

Prof. Dr. Sakine BOYRAZ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim
Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi

Editör Yardımcısı

Dr. Öğr. Üyesi Seher SARIKAYA KARABUDAK

Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi

Doç. Dr. Filiz ADANA

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim
Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Öznur KÖRÜKÇÜ

Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği

Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi

Doç. Dr. Rahşan ÇAM

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Ege Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi

Doç. Dr. Şengül CANGÜR

Biyostatik ve Tıbbi Bilişim
Anabilim Dalı

Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim
Dalı

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Elem KOCAÇAL
GÜLER

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER

Yönetim Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi

Yayın Kurulu Sekreterleri

Arş. Gör. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

Yayın Yeri ve Adresi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi, Aydın, Türkiye

Tel: +902562138866

e-posta:journalofnursingscience@gmail.com



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

İçindekiler

31.05.2020

Editörden Önsöz

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Araştırma Makaleleri

Türkiye'nin Batısında Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Araştırma Kullanım Engelleri **1-6**

The Barriers to Research Utilization of the Nurses Who Work in a Training and Research Hospital in Western Turkey

Adile TÜMER, Gülbahar KORKMAZ ASLAN, Asiye KARTAL

Erken Gebelik Döneminde Yaşanan Bulantı Kusmanın Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi **7-11**

The Frequency of Nausea Vomiting During Early Pregnancy and Effect on Quality of Life

Özlem ŞAHAN, Emel EGE

Evaluation of Quality of Life of Patients, Transferred From Hospital Hemodialysis To Home Hemodialysis, In Terms Of Their Own Perceptions **12-18**

Evde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Kendi Algıları Açısından Değerlendirilmesi

Raşan ÇEVİK AKYIL, Ayşegül KAHRAMAN, Hakan AKDAM, Neşe ERDEM, Rüveyda YÜKSEL, Yavuz YENİÇERİOĞLU

Hemşirelik Öğrencilerinin Kullandıkları Bilgi Kaynaklarının İncelenmesi **19-24**

Investigation of The Information Sources Used By Nursing Students

Alev YILDIZ ILIMAN, İsmet EŞER, Gül Güneş AKTAN

Derleme

Total Diz Protezi Ameliyatı Planlanan Bireylere Neden Danışmanlık Verilmeli? **25-30**

Why Should Consultancy Be Offered To The Patients Scheduled For Total Knee Arthroplasty?

Çiğdem KAYA, Özlem BİLİK

Halk sağlığı açısından yaşam döngüsü analizi ve çevresel etki beyanlarında suyun etkileniminin değerlendirilmesi **31-35**

Life cycle assessment with the aspect of public health and assessment of the impact on water in environmental product declarations

Ferhat YILDIZ, Emine Didem EVCİ KIRAZ

Olgu Sunumu

Total Kalça Protezi Operasyonu Uygulanan Hastaya Roy Uyum Modeli Kullanılarak Hemşirelik Bakımının Verilmesi; Bir **36-43**

Olgu Sunumu ve Örnek Bakım Planı

Giving Nursing Care to the Patient who Underwent Total Hip Replacement Surgery Using the Roy Adaptation Model: A Case Report and Sample Care Plan

Rukiye BURUCU, Melike DURMAZ



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Önsöz

31.05.2020

Değerli Okuyucularımız;

Dergimizin 2020 yılının ilk sayısını yayınlarken mesleğimizi çok yakından ilgilendiren olayların yaşandığı diğerlerinden farklı bir yıl yaşıyoruz. Hepimizin bildiği gibi Dünya Sağlık Örgütü modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale'in hemşirelik alanına yaptığı katkılar ve 200. ölüm yıldönümü olmasından dolayı 2020 yılını hemşire ve ebe yılı ilan etmiştir. Bu yıl aynı zamanda dünya genelinde yaşanan Covid 19 pandemisi nedeniyle hemşireliğin değerinin ve vazgeçilmezliğinin en fazla hissedildiği bir yıl olmuştur. Tüm dünyada Covid 19 salgını ile mücadelede hemşireler kendilerinin ve ailelerinin sağlığından önce hastalarının sağlığını ön planda tutarak ve tüm zor koşullara rağmen hastalarının gereksinimlerine bilimsel bakım hizmetleri ile yanıt vererek insan hayatı için vazgeçilmezliğini güçlü bir şekilde ortaya koymuştur.

Hemşirelik Bilimi Dergisi'nin bu sayısında dört araştırma, bir olgu sunumu ve bir derleme makaleyi siz değerli okurlarımızla paylaşıyoruz. Dergimizin bu sayısında; Evde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Kendi Algıları Açısından Değerlendirilmesi, Erken Gebelik Döneminde Yaşanan Bulantı Kusmanın Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Türkiye'nin Batısında Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Araştırma Kullanım Engelleri ile Hemşirelik Öğrencilerinin Kullandıkları Bilgi Kaynaklarının İncelenmesi başlıklı araştırma makaleleri, Total Diz Protezi Ameliyatı Planlanan Bireylere Neden Danışmanlık Verilmeli? ve Halk sağlığı açısından yaşam döngüsü analizi ve çevresel etki beyanlarında suyun etkileniminin değerlendirilmesi başlıklı iki derleme ve Total Kalça Protezi Operasyonu Uygulanan Hastaya Roy Uyum Modeli Kullanılarak Hemşirelik Bakımının Verilmesi başlıklı bir olgu sunumu olmak üzere toplam yedi makale yer almaktadır.

Dergimizin bu sayısında bilimsel çalışmalarını bizlerle paylaşan ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayan yazarlarımıza, dergimize gönderilen makaleleri yoğun programlarına rağmen dikkatle ve özenle değerlendiren değerli hakem kurulu üyelerimize, bu zorlu süreçte yoğun çaba ve titizlikle çalışan dergi yayın kurulumuza çok teşekkür ediyoruz.

Dergimizin 2020 yılı diğer sayılarında literatüre kazandırılacak bilimsel bilginin mesleğimize ve bakımından sorumlu olduğumuz bireylerin sağlığına katkı sağlamasını diliyor, bu küresel salgın sürecinde tüm meslektaşlarımıza ve diğer sağlık personeline şükranlarımızı sunuyoruz.

Daha sağlıklı günlerde görüşmek dileğiyle.

Editör

Prof. Dr. Gülelgün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Orijinal Araştırma

Türkiye'nin Batısında Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Araştırma Kullanım Engelleri

The Barriers to Research Utilization of the Nurses Who Work in a Training and Research Hospital in Western Turkey

Adile TÜMER^a, Gülbahar KORKMAZ ASLAN^b, Asiye KARTAL^{a,*b}

^a Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, MUĞLA, TÜRKİYE

^b Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, DENİZLİ, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin araştırma kullanım engelleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, bir hastanede, 224 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri "Tanımlayıcı Özellikler Formu" ve "Hemşirelik Araştırmalarından Yararlanmada Engeller Ölçeği" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov Smirnov Testi, Kruskal-Wallis Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 37.31±6.71'dir. Bu çalışmada, hemşirelik araştırmalarından yararlanmada engeller ölçeği toplam puan ortalamasının 2.82±0.64 olduğu; ölçek alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasının kurum/çalışma ortamı (3.05±0.75) alt boyutundan alındığı saptanmıştır. Bunu "hemşirelerin araştırma değerleri, becerileri ve farkındalığı" (2.79±0.77), "araştırma özellikleri" (2.69±0.76) ve "araştırma sonuçlarının sunumu" (2.69±0.88) izlemiştir. Araştırma projelerine katılmayı isteyen hemşirelerin engel algısının daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Diğer bağımsız değişkenlere göre, ölçek puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Sonuç: Çalışmada, hemşireler tarafından araştırma sonuçlarının kullanımına yönelik algılanan engelin yüksek ve daha çok kurumsal faktörlerle ilgili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, araştırma sonuçlarının eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulamada kullanımını artırmak için kurumsal düzenlemelerin yapılması gerektiği söylenebilir.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate the barriers to research utilization that nurses who work in a training and research hospital confront and the influencing factors.

Methods: This descriptive and cross-sectional study was carried out on 224 nurses in a hospital. The data were collected with the "Descriptive Characteristics Form" and "The Barriers to Research Utilization Scale". Data were analyzed using descriptive statistics, Kolmogorov Smirnov Test, Kruskal-Wallis Test and Mann-Whitney U Test.

Results: It was determined that the mean age of the nurses who participated to the study was 37.31±6.71. In this study, it was identified that the point average of the Barriers to Research Utilization Scale is 2.82±0.64, the highest mean score was received from the sub-dimension of "institution/working environment" (3.05±0.75), and it was followed by "research values, skills and awareness of nurses" (2.79±0.77), "research characteristics" (2.69±0.76) and "presentation of research results" (2.69±0.88). It was determined that the perception of barriers had higher for the nurses who want to join research projects and this difference is statically significant (p<0.05). According to the other independent variables, it was identified that there is no statistically significant difference in the mean score of the Barriers to Research Utilization Scale (p>0.05).

Conclusion: In the study, it was determined that the perceived obstacle to the use of research results by nurses was high and mostly related to institutional factors. In line with these results, it can be said that institutional arrangements should be made in order to increase the use of research results in practice in training and research hospitals.

Anahtar Kelimeler: Araştırma kullanımı, Engeller, Hemşirelik araştırması

Keywords: Research utilization, Barriers, Nursing research

*Bu çalışma 24th World Nursing and Healthcare Conference (September 13-15, 2018) Copenhagen, Danimarka'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Asiye KARTAL

Adres: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, DENİZLİ, TÜRKİYE

e-posta: akartal@pau.edu.tr

Geliş tarihi: 06.02.2020

Düzeltilme Tarihi: 21.05.2020

Kabul tarihi: 28.05.2020

GİRİŞ

Nüfusun yaşlanması, bilgi ve teknolojiadaki gelişmeler, hastaların sağlık hizmetleri ile ilgili beklentilerinin artması kaliteli ve maliyet etkili sağlık hizmetine olan talebi artırmıştır (Omer, 2012). Sağlık hizmetinin kalitesi ve maliyetini etkileyen önemli faktörlerden biri de bilimsel araştırma sonuçlarının kullanılmasındır (Aljezawi ve ark., 2019). Mevcut bilgiyi geliştiren veya yeni bilgi ortaya koyan bilimsel araştırmalar hemşirelik uygulamalarının ana bileşeni olarak kabul edilir (Sanjari, Baradaran, Aalaa ve Mehrdad, 2015). Yapılan araştırmalar, hemşirelerin uygulamaları kanıta dayandırdığında hasta güvenliği ve bakım kalitesinin arttığı, uygulamalar arası farklılık ve bakım maliyetinin azaldığını göstermiştir (Forsman, Gustavsson, Ehrenberg, Rudman ve Wallin, 2009; Forsman, Wallin, Gustavsson ve Rudman, 2012; Heiwe ve ark., 2011; Melnyk, Gallagher- Ford ve Fineout-Overholt, 2014). Bunun yanında hemşirelik bakımının kanıtlara temellendirilmesi, hemşirelik biliminin gelişmesine, yeni politika ve prosedürlerin kullanılmasına da olanak sağlamaktadır (Johansson, Fogelberg-Dahm ve Wadensten, 2010; Temel ve Ardahan, 2011).

Kanıta dayalı uygulamaların yararlarına rağmen, son yıllarda yapılan çalışmalar, hemşirelerin araştırma sonuçlarını istedik düzeyde kullanmadığını ortaya koymuştur (Cline, Burger, Amankwah, Goldenberg ve Ghazarian, 2017; Hendricks ve Cope, 2017; Melnyk ve ark., 2014). Geleneksel olarak hemşireler, bakım ile ilgili karar verirken, deneyimlerinden yararlanmakta, meslektaşlarına danışmakta, hemşirelik okullarında edindiği bilgiden yararlanmakta ya da sağlık hizmeti alanların tercihlerini temel almaktadırlar (Brown ve ark., 2010; Yoder ve ark., 2014).

Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmalarını engelleyen pek çok faktör bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde olanakların yetersiz olması (Al Khalaileh ve ark., 2016; Buhaid, Lau, ve O'Connor, 2014; Carlson ve Planczynski, 2008; Cidoncha-Moreno, Ruiz de Alegria-Fernandez de Retana, 2017; Mutisya, KagureKarani ve Kigonda, 2015), hemşirelerin araştırma okumak için zamanlarının olmaması (Aljezawi ve ark., 2019; Cline ve ark., 2017; Omer, 2012), doktorlarla işbirliği yapılamaması (Aljezawi ve ark., 2019), hemşirelerin bakım protokollerini değiştirme yetkilerinin olmaması (Atkinson, Turkel ve Cashy, 2008; Guadarrama Ortega, 2016) ve farkındalıklarının olmaması gibi engeller tanımlanmıştır. Bu engellerin yanısıra, hemşireler kanıtları değerlendirme ve kritik etme konusunda yeterli bilgi ve becerilerinin olmadığını (Black, Balneaves, Garossino, Puyat ve Qian, 2015; Guadarrama Ortega, 2016) ve kanıta dayalı uygulamaları desteklemek için örgütsel altyapı eksikliğini de engel olarak bildirmişlerdir (Atkinson ve ark., 2008).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda, hemşireler tarafından araştırma sonuçlarının kullanımına ilişkin algılanan engellerin diğer ülkelerle benzer olduğu görülmektedir. Ülkemizde en önemli engeller arasında; araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde olanakların yetersiz olması (Bahar ve ark., 2015; Kocaman ve ark., 2010; Uysal, Temel, Ardahan ve Özkahraman, 2010; Yava ve ark., 2008), hemşirelerin hasta bakım işlemlerini değiştirme yetkisine yeterince sahip olmadıklarını düşünmeleri, araştırma okuyacak zamanlarının olmaması (Demir ve ark., 2012; Cebeci, Çatal, Dağ, Karazeybek ve Aksoy, 2019; Tan, Şahin

ve Özdemir, 2012) ve İngilizce araştırma makalelerini okuma zorluğu (Kocaman ve ark., 2010) yer almaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek ve maliyetini düşürmek için yapılan çalışmalara karşın hemşirelik bakımında araştırma sonuçlarının kullanımında olumlu gelişme gözlenmemiştir (Cebeci ve ark., 2019; Demir ve ark., 2012; Uysal ve ark., 2010; Yava ve ark., 2008). Oysa sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme ve maliyetini düşürmede hemşirelik araştırmalarının önemi bilinmektedir. Bu nedenle Türkiye’de sağlık sistemindeki olumlu ve olumsuz değişimin hemşirelerin araştırma kullanım engellerini nasıl etkilediğinin belirlenmesi önemlidir. Kalite ve maliyetin daha da önemli olduğu üçüncü basamak sağlık kurumları olan eğitim ve araştırma hastanelerinde hemşirelerin spesifik engellerinin bilinmesi, araştırma sonuçlarının uygulamada kullanılmasının artırılması için gerekli girişimlerin belirlenmesinde yol gösterici olacaktır. Bu araştırmada, bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin araştırma kullanım engelleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin araştırma kullanım engelleri ne düzeydedir?

Tanımlayıcı özelliklere göre, hemşirelerin araştırma kullanım engelleri düzeyinde anlamlı bir farklılık var mıdır?.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma hemşirelerin araştırma kullanım engellerini ve etkileyen faktörleri belirlemek için tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni/ Örnekleme

Araştırmanın evrenini bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan hemşireler (N=400) oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılmaması hedeflenmiştir. Ancak verilerin toplandığı dönemde hastanede olan, ulaşılabilen ve katılmayı kabul eden gönüllü 224 hemşire araştırmaya alınmıştır (katılım oranı: %56). Hemşirelerin %44’üne araştırma verilerinin sadece 8-16 vardiyasında toplanması, izinli, raporlu hemşirelerin olması ve araştırmaya katılmak istemeyenlerin olması nedeniyle ulaşılamamıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, “Tanımlayıcı Özellikler Formu” ve “Hemşirelik Araştırmalarından Yararlanmada Engeller Ölçeği (HAYEÖ)” kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Özellikler Formu: Araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanan form (Bahar ve ark., 2015) katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma yılı, iş yerindeki pozisyonu ve araştırma etkinliklerine ilişkin sorular (15 adet) içermektedir.

Hemşirelik Araştırmalarından Yararlanmada Engeller Ölçeği (HAYEÖ): Funk, Champagne, Wiese ve Tornquist (1991) tarafından geliştirilen HAYEÖ, Temel ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış, 29 maddeli, likert tipi bir ölçektir. Araştırma sonuçlarının sunumu (6 madde), kurum/çalışma ortamı (8 madde), hemşirelerin araştırma değerleri, becerileri ve farkındalıkları (8 madde) ve araştırmanın özellikleri (6 madde) olmak üzere dört alt boyutu vardır.

Ölçekte “Araştırmadan elde edilen aşırı bilginin hemşireleri sıkması” maddesi toplam puanda yer almakta, ancak herhangi bir alt boyuta dahil edilmemektedir. Ölçekteki her bir madde 0-4 puan arasında puanlanmaktadır (0- fikrim yok, 1-hiç engel değil, 2-az engel, 3-orta derecede engel, 4-çok engel). Ölçeğin değerlendirilmesi maddelere verilen yanıtların yüzdeleri ve puan ortalamaları üzerinden yapılmaktadır. Puan ortalamasının yüksek olması, araştırmadan yararlanmada engel derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.92’dir (Temel ve ark., 2010). Bu çalışmada ise 0.90 olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırmacılar tarafından, yüz yüze görüşme yöntemi ile çalışma ortamında, hemşirelik bakımını aksatmayacak uygun zaman dilimlerinde tek tek toplanmıştır. Veriler öz bildirimle dayalıdır ve uygulama ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 20.0 paket programında, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Kolmogorov Smirnov testi, Kruskal-Wallis Testi ve Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri bağımsız değişken, HAYEÖ puan ortalaması ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyleri için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için kurum izni, bir üniversitenin etik kurulundan 17.12.2014 tarihli etik kurul izni, ölçek kullanım izni ve katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı özellikleri (n=224)

Tanımlayıcı Özellikler	n (%)
Yaş	
19-30	34 (15.2)
31-40	112 (50.0)
41-50	73 (32.6)
51-61	5 (2.2)
Yaş ortalaması	37.31 ± 6.71
Cinsiyet	
Kadın	212 (94.6)
Erkek	12 (5.4)
Medeni durum	
Evlü	190 (84.8)
Bekâr	34 (15.2)
Eğitim durumu	
Sağlık Meslek Lisesi	16 (7.1)
Ön lisans	88 (39.3)
Lisans	113 (50.5)
Lisansüstü	7 (3.1)
Çalışma yılı	
On yıl ve altı	57 (25.4)
On bir yıl ve üstü	167 (74.6)
Hemşirelik eğitimi sırasında araştırma dersi alma	
Evet	63 (28.1)
Hayır	161 (71.9)
Hemşirelik ile ilgili bilimsel etkinliğe katılma (sempozyum, kongre vb)	
Evet	84 (37.5)
Hayır	140 (62.5)
Hemşirelik ile ilgili yayımları izleme	
Evet	105 (46.9)
Hayır	119 (53.1)
Araştırma projelerine katılmayı isteme	
Evet	109 (48.7)
Hayır	115 (51.3)
Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarını kullanma	
Evet	42 (18.8)
Hayır	182 (81.2)

Araştırmaya katılan hemşirelerin %50’si 31-40 yaş aralığında ve yaş ortalaması 37.31±6.71’dir. Hemşirelerin %94.6’sının kadın, %84.8’inin evli, %50.5’inin lisans mezunu ve %74.6’sının on bir yılın üstünde çalışma deneyimi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %28.1’inin eğitim sürecinde araştırma dersi aldığı, %37.5’inin hemşirelikle ilgili

bilimsel etkinliğe (sempozyum, kongre vb.) katıldığı, %46.9’unun hemşirelik ile ilgili yayımları takip ettiği, %48.7’sinin araştırma projelerine katılmayı istediği ve %18.8’inin hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarını kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Katılımcıların, hemşirelik araştırmalarından yararlanmada engeller ölçeği toplam puan ortalaması 2.82±0.64’dir. Ölçek alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasının kurum/çalışma ortamı (3.05±0.75) alt boyutundan alındığı, bunu sırasıyla hemşirelerin araştırma değerleri, becerileri ve farkındalıkları (2.79±0.77), araştırmanın özellikleri (2.69±0.76) ve araştırma sonuçlarının sunumu alt boyutlarının (2.69±0.88) izlediği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşireler tarafından bildirilen araştırma kullanım engellerinin yüzde dağılımları incelendiğinde (orta derecede engel ve çok engel); ilk sırada “Araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde olanakların yetersiz olması (81.3)” gelmektedir. Bunu ikinci sırada “Hemşirelerin araştırma sonuçlarını çalışma ortamlarında kullanabileceklerine inanmaması (80.8)” ve üçüncü sırada “Hemşirelerin hasta bakım işlemlerini değiştirme yetkisine yeterince sahip olmadıklarını düşünmesi (79.0)” maddeleri takip etmiştir. En düşük yüzdeye sahip madde “Hemşirelerin yeni görüşleri denemeye isteksiz olması (58.5)”dır. İlk ve son sıradaki maddelerin ölçekte “Hemşirelerin araştırma değerleri, becerileri ve farkındalıkları” alt boyutuna dahil olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Araştırma projelerine katılmayı isteyen hemşirelerin engel algısının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Diğer bağımsız değişkenlere göre hemşirelik araştırmalarından yararlanmada engeller ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hemşirelik Araştırmalarından Yararlanmada Engeller Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Değişkenler	HAYEÖ Madde Puanı X̄ ± SS	İstatistiksel Analiz
Yaş		
19-30	2.75±0.69	$\chi^2 = 2.602$
31-40	2.88±0.63	$p = 0.457$
41 yaş ve üzeri	2.76±0.62	
Cinsiyet		
Kadın	2.83±0.62	$Z = -0.412$
Erkek	2.71±0.88	$p = 0.680$
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	2.88±0.74	$\chi^2 = 4.710$
Ön lisans	2.77±0.60	$p = 0.194$
Lisans	2.85±0.65	
Hemşirelik eğitimi sırasında araştırma dersi alma		
Evet	2.94±0.67	$Z = -1.239$
Hayır	2.79±0.63	$p = 0.216$
Hemşirelik ile ilgili bilimsel etkinliğe katılma (sempozyum, kongre vb.)		
Evet	2.84±0.64	$Z = -0.415$
Hayır	2.81±0.63	$p = 0.678$
Hemşirelik ile ilgili yayımları izleme		
Evet	2.81±0.62	$Z = -0.076$
Hayır	2.82±0.65	$p = 0.939$
Araştırma projelerine katılmayı isteme		
Evet	2.91±0.62	$Z = -2.064$
Hayır	2.74±0.64	$p = 0.039$

Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal Wallis testi

Tablo 2. Hemşireler Tarafından Bildirilen Araştırma Kullanım Engellerinin Yüzde (%) Dağılımı (n=224)

Sıra	Alt boyut	Engeller	"Orta derecede engel" + "çok engel" n (%)
1	K	Araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde olanakların yetersiz olması	182 (81.3)
2	K	Hemşirelerin araştırma sonuçlarını çalışma ortamlarında kullanabileceklerine inanmaması	181 (80.8)
3	K	Hemşirelerin hasta bakım işlemlerini değiştirme yetkisine yeterince sahip olmadıklarını düşünmesi	177 (79.0)
4	K	Hemşirelerin araştırma okuyacak zamanlarının olmaması	168 (75.0)
5	S	Hemşirelik alanına özgü bilgilerin toplandığı merkezi bir birimin bulunmaması	166 (74.1)
6	K	Hekimlerin araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirmesinde hemşirelerle iş birliği yapmaması	163 (72.8)
7	K	Hemşirelerin araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirmelerini diğer çalışanların desteklememesi	162 (72.3)
8	H	Hemşirelik uygulamalarının değiştirilmesinin gereğini ortaya koyan yazılı bir belgenin olmaması	158 (70.5)
9	K	Hemşirelerin çalıştıkları ortamlarda yeni görüşleri uygulamaya geçirecek yeterli zamanlarının olmaması	158 (70.5)
10	S	Hemşirelik araştırmalarıyla hemşirelik uygulamalarının ilgisiz olması	157 (70.1)
11	A	Hemşirelikte araştırma sonuçlarının doğruluğunun kanıtlanmamış olması	157 (70.1)
12	K	Yönetimin araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesine izin vermemesi	156 (69.6)
13	H	Hemşirelerin araştırmaya ilgi duymaması	154 (68.8)
14	A	Hemşirelik araştırmalarının yöntem açısından eksiklikler içermesi	154 (68.8)
15	H	Hemşirelerin araştırma ile ilgili konularda tartışabilecekleri bilgili meslektaşlarından uzak olması	154 (68.8)
16	H	Hemşirelerin araştırmaların kendine yarar sağlayacağına ilişkin inançlarının çok az olması	153 (68.3)
17	A	Hemşirelerin araştırma sonuçlarına güvenmede kararsız kalması	151 (67.4)
18	A	Hemşirelik araştırmalarının farklı gruplar üzerinde tekrarlanmaması	150 (67.0)
19	H	Hemşirelerin hemşirelik uygulamalarının değişmesiyle ortaya çıkacak yararlarına inançlarının çok az olması	149 (66.5)
20	S	Hemşirelik araştırmalarının açık ve anlaşılır bir dille yazılmaması	144 (64.3)
21	H	Hemşirelerin uygulamalarında araştırmayı önemli görmemesi	143 (63.8)
22	A	Hemşirelikte araştırma makalelerinin yayınlanma sürecinin yavaş olması	140 (62.5)
23		"Araştırmadan elde edilen aşırı bilginin hemşireleri sıkması" **	137 (61.2)
24	S	Hemşirelik alanında araştırma makalelerine kolay ulaşılamaması	136 (60.7)
25	S	Hemşirelik makalelerinde hemşirelerin uygulamalarına yönelik önerilerin anlaşılır biçimde yazılmaması	135 (60.3)
26	A	Hemşirelikte araştırma makalelerindeki sonuçlarının birbirleriyle tutarsız olması	135 (60.3)
27	S	Araştırma makalelerinde istatistiklerin analizlerin anlaşılır biçimde yazılmaması	134 (59.8)
28	H	Hemşirelerin kendilerini bir araştırmanın niteliğini değerlendirebilecek kadar yeterli hissetmemesi	132 (58.9)
29	H	Hemşirelerin yeni görüşleri denemeye isteksiz olması	131 (58.5)

*Araştırma sonuçlarının sunumu (S); Kurum çalışma ortamı (K); Hemşirelerin araştırma değerleri, becerileri ve farkındalıkları (H); Araştırmanın özellikleri (A) ile ilgili engeller

**Alt boyuta dâhil edilmeyen madde.

TARTIŞMA

Bu çalışmada Türkiye'nin batısında bir hastanede çalışan hemşirelerin, hemşirelik araştırmalarından yararlanmada engeller ölçüğü toplam puan ortalamasının 2.82 ± 0.64 olduğu belirlenmiştir. Literatürde, 2.5 puanın üzeri yüksek derece engel algısı olarak kabul edilmiştir (Aljezawi ve ark., 2019; Funk ve ark., 1991). Bu sonuç hemşirelerin araştırma sonuçlarını klinik uygulamaya aktarma konusunda yüksek derecede engel algıladıklarını göstermektedir. Araştırmanın bulgusu (2.82 ± 0.64), Bahar ve arkadaşlarının (2015) çalışma bulgusu ile benzerken (2.98 ± 0.62); Demir ve arkadaşlarının (2012), Tan ve arkadaşlarının (2012), Yava ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarında HAYEÖ puan ortalamaları daha düşük ($2.03-2.27$) bulunmuştur. Araştırmaların bulguları, Türkiye'de araştırma sonuçlarının uygulamada kullanılması konusundaki engellerde azalma olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Uluslararası literatür incelendiğinde HAYEÖ puan ortalamasının 2.2 ile 2.98 arasında değiştiği görülmektedir (Aljezawi ve ark., 2019; Al Khalailah ve ark., 2016; Atkinson ve ark., 2008). Bu çalışmalardan Al Khalailah ve arkadaşlarının (2016) Ürdün'de yaptıkları çalışmada HAYEÖ puan ortalaması belirlenen ortalamadan daha yüksek iken, Aljezawi ve arkadaşlarının (2019) Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmada ise daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar sorunun belirli bir

ülke ve sağlık sistemi ile sınırlı olmadığını, evrensel olduğunu göstermektedir. Ancak son yıllarda bu konudaki çalışma bulgularının daha çok gelişmekte olan ülkelere ait olduğu da dikkate alınmalıdır.

Bu çalışmada, hemşirelerin araştırma kullanım engelleri ölçüğü alt boyutları arasında en yüksek puanı (3.05 ± 0.75) kurum/çalışma ortamı alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Bu sonuç, araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde kurumsal faktörlerin etkisinin daha fazla olduğunu göstermiştir. Ayrıca algılanan ilk üç engelin de kurum/çalışma ortamı alt boyutunda yer aldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Türkiye'de daha önce Uysal ve arkadaşları (2010) tarafında yapılan çalışmada ilk beş engelin, Kocaman ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada ise ilk altı engelin kurum/çalışma ortamı ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Uluslararası literatürde de benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (Al Khalailah ve ark., 2016; Buhaid ve ark., 2014; Cidoncha-Moreno, Ruiz de Alegria-Fernandez de Retana, 2017). Araştırmanın yapıldığı eğitim ve araştırma hastanesinde olduğu gibi ülkemizdeki tüm kamu hastanelerinde araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesini güçleştiren birçok kurumsal faktör gözlenmektedir. Hemşireler ve hemşirelik meslek örgütleri tarafından; hemşire iş yükünün fazlalığı ve hemşirelerin karar mekanizmalarında yeterince bulunamamaları gibi kurumsal faktörler sıklıkla dile getirilmektedir.

Bu çalışmada belirlenen en önemli engel “Araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde olanakların yetersiz olması”dır. Türkiye’de daha önce yapılan çalışmalarda da (Cebeci ve ark., 2012; Demir ve ark., 2012; Sari, San Turgay, Genc ve Bozkurt, 2012; Uysal ve ark., 2010; Yava ve ark., 2008) benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu engel diğer araştırmalarda da ilk üç engel arasında yer almıştır (Kocaman ve ark., 2010; Yava ve ark., 2008). Uluslararası literatürde, benzer şekilde “Araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde olanakların yetersiz olması” en önemli engel olarak görülmektedir. Bu engel Buhaid ve arkadaşlarının (2014) Bahrain’de, Boström ve arkadaşlarının (2008) İsveç’te, Mehrdad ve arkadaşlarının (2008) İran’da yaptıkları çalışmalarda da ilk üç engel arasında yer almıştır. Türkiye’de daha önce yapılan çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da olanakların yetersiz olmasının en önemli engel olarak bildirilmesinin nedeni, hastanelerde hemşirelik araştırma sonuçlarının uygulamada kullanımına yönelik politikaların olmaması ve bu konuyu kurumların öncelik olarak görmemeleri olabilir. Bu konuyu öncelik olarak görmedikleri için de gerekli olanaklar sunulmamaktadır. Araştırma kullanımına değer veren ve araştırma faaliyetlerine katılan hemşireleri destekleyen kurumsal bir iklim oluşturmak önemlidir.

Çalışmada belirlenen en önemli ikinci engel “Hemşirelerin araştırma sonuçlarını çalışma ortamlarında kullanabileceklerine inanmaması”dır. Al Khalailah ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında bu madde en önemli engel olarak bildirilmiştir. Ülkemizde konu ile ilgili daha önce yapılan araştırma sonuçlarında (Kocaman ve ark., 2010; Sari ve ark., 2012; Uysal ve ark., 2010; Yava ve ark., 2008) ve diğer ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda (Buhaid ve ark., 2014; El-shaer ve Elhanafy, 2012; Mehrdad, Salsali ve Kazemnejad, 2008) ilk üç engel arasında yer almamıştır. Hemşirelerin araştırma sonuçlarını çalışma ortamlarında kullanabileceklerine inanmamasının nedeni, eğitim ve araştırma hastanelerinde araştırma bulgularının uygulamaya aktarılması için gerekli ekipman ve malzemenin sağlanmasında yaşanan zorluklar olabilir. Bir diğer neden ise Türkiye’de hemşirelik araştırmalarının daha çok akademisyenler tarafından yapılması nedeniyle, araştırmalar çalışma ortamının öncelikli sorunlarını yansıtmıyor olabilir.

Çalışmada belirlenen üçüncü engel “Hemşirelerin hasta bakım işlemlerini değiştirme yetkisine yeterince sahip olmadıklarını düşünmesi”dir. Bu engel, Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda da (Cebeci ve ark., 2019; Demir ve ark., 2012; Tan ve ark., 2012; Yava ve ark., 2008), benzer şekilde ilk üç engel arasında yer almıştır. Yurt dışında yapılan araştırmalar incelendiğinde “Hemşirelerin hasta bakım işlemlerini değiştirme yetkisine yeterince sahip olmadıklarını düşünmesi” en önemli engeller arasında yer almıştır (Al Khalailah ve ark., 2016; Buhaid ve ark., 2014; Omer ve ark., 2012). Türkiye’de bu faktörün en önemli engeller arasında yer almasının nedeni hemşirelerin karar verme mekanizmalarında yeterince bulunmamaları olabilir.

Araştırmada hemşirelerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) ile engel algıları arasında ilişki bulunmamıştır. Daha önce Türkiye’de (Demir ve ark., 2012; Uysal ve ark., 2010; Yava ve ark., 2008) ve diğer ülkelerde (Aljezawi ve ark., 2019; Omer 2012) yapılan çalışmaların bulgusu, araştırmanın bulgusunu desteklemektedir. Farklı olarak hemşirelerin demografik özellikleri ile hemşirelik araştırmalarından yararlanmada engeller ölçeği puan ortalaması arasında

ilişki belirleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Oh, 2008; Uysal ve ark., 2010). Demografik özellikler ile engel algısı arasında ilişki bulunmaması, kurumsal ve mesleki faktörlerin hemşirelerin bireysel özelliklerinden daha önemli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada, araştırma projelerine katılmayı isteyen hemşirelerin engel algısının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulgusundan farklı olarak Aljezawi ve arkadaşlarının (2019) ve Tan ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmalarda araştırma projesi ve bilimsel aktiviteye katılma ile araştırma engel algısı arasında ilişki belirlenmemiştir. Literatürde araştırmanın bulgusunu destekleyen çalışma bulunmasa da araştırma projelerine katılmayı isteyen hemşirelerin engel algısının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Araştırma yapmaya istekli olan hemşireler daha fazla engel algılamaktadırlar.

SONUÇ

Bu araştırmanın sonucunda, hemşirelerin araştırma kullanım engellerinin yüksek ve en fazla yaşanan engelin kurumsal faktörlerle ilgili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, eğitim ve araştırma hastanelerinde araştırma sonuçlarının uygulamada kullanılmasının artırılması için kurumsal düzenlemeler yapılması önerilebilir. Araştırma yapmak isteyen, araştırma projelerinde yer almak isteyen hemşireler desteklenmelidir. Hemşirelerin gereksinimleri doğrultusunda araştırma süreci ile ilgili eğitim almaları kolaylaştırılabilir. Araştırma bütçeleri ile ilgili üniversitelerin desteği sağlanmalıdır. Yönetici hemşirelerin araştırma sonuçlarının bakımda kullanılmasını sağlamak için strateji geliştirmeleri önerilebilir. Ayrıca araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarında kullanımını destekleyecek araştırma merkezlerinin kurulması da önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Al Khalailah, M., Al Qadire, M., Musa, A. S., Al-Khawaldeh, O. A., Al Qudah, H., & Alhababeh, A. (2016). Closing the gap between research evidence and clinical practice: Jordanian nurses' perceived barriers to research utilisation. *Journal of Education and Practice*, 7(8), 52-57.
2. Aljezawi, M., Al Qadire, M., Alhajji, M. H., Tawalbeh, L. I., Alamery, A. H., Aloush, S., & ALBashtawy, M. (2019). Barriers to integrating research into clinical nursing practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(3), 7-11.
3. Atkinson, M., Turkel, M., & Cashy, J. (2008). Overcoming barriers to research in a Magnet community hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 362-368.
4. Bahar, Z., Gözüm, S., Beşer, A., Çapık, C., Kissal, A., Aydoğdu, N. G., & Ersin, F. (2015). İki farklı bölgedeki üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin araştırma kullanım engelleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 232-240.
5. Black, A. T., Balneaves, L. G., Garossino, C., Puyat, J. H., & Qian, H. (2015). Promoting evidence-based practice through a research training program for point-of-care clinicians. *The Journal of Nursing Administration*, 45(1), 14-20.
6. Boström, A. M., Kajermo, K. N., Nordström, G., & Wallin, L. (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: Does the BARRIERS Scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers?. *Implementation Science*, 3(1), 24.
7. Brown, C. E., Ecoff, L., Kim, S. C., Wickline, M. A., Rose, B., Klimpel, K., & Glaser, D. (2010). Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1944-1951.

8. Buhaid, N., Lau, R., & O'Connor, M. (2014). A survey of nurses' perceived barriers to research utilization in Bahrain in comparison to other countries. *Middle East Journal of Nursing*, 101(1150), 1-7.
9. Carlson, C. L., & Plonczynski, D. J. (2008). Has the Barriers Scale changed nursing practice? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 322-333.
10. Cebeci, F., Çatal, E., Sucu Dağ, G., Karakzeybek, E., & Aksoy, N. (2019). Nurses' research utilization barriers, facilitators and determination of affecting factors. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 11(2), 129-39.
11. Cidoncha-Moreno, M. A., & Ruiz de Alegria-Fernandez de Retana, B. (2017). Barriers to the implementation of research perceived by nurses from Osakidetza, *Enfermería Clínica (English Edition)*, 27(5), 286-293.
12. Cline, G. J., Burger, K. J., Amankwah, E. K., Goldenberg, N. A., & Ghazarian, S. R. (2017). Promoting the utilization of science in healthcare (PUSH) project: A description of the perceived barriers and facilitators to research utilization among pediatric nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 33(3), 113-119.
13. Demir, Y., Ak, B., Bilgin, N. Ç., Efe, H., Albayrak, E., Çelikpençe, Z., & Güneri, N. (2012). Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 94-101.
14. El-shaar, A., & Elhanafy, E. (2012). Barriers and facilitators to research utilization as perceived by academic staff and head nurses. *Journal of American Science*, 8(9), 405-416.
15. Forsman, H., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Rudman, A., & Wallin, L. (2009). Research use in clinical practice—extent and patterns among nurses one and three years postgraduation. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1195-1206.
16. Forsman, H., Wallin, L., Gustavsson, P., & Rudman, A. (2012). Nursing students' intentions to use research as a predictor of use one year post graduation: A prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(9), 1155-1164.
17. Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A., & Tornquist, E. M. (1991). Barriers: the barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*, 4(1), 39-45.
18. Guadarrama Ortega, D. (2016). Barriers to the utilisation of research. Descriptive study performed on nurses at a hospital in the southwest of Madrid. *Enfermería Global*, 43, 275-288.
19. Heiwe, S., Kajermo, K. N., Tyni-Lenné, R., Guidetti, S., Samuelsson, M., Andersson, I. L., & Wengström, Y. (2011). Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 198-209.
20. Hendricks, J., & Cope, V. (2017). Research is not a 'scary' word: Registered nurses and the barriers to research utilisation. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(1), 44-50.
21. Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M., & Wadensten, B. (2010). Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 70-77.
22. Kocaman, G., Seren, S., Lash, A. A., Kurt, S., Bengu, N., & Yurumezoglu, H. A. (2010). Barriers to research utilisation by staff nurses in a university hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1908-1918.
23. Mehrdad, N., Salsali, M., & Kazemnejad, A. (2008). Iranian nurses' attitudes toward research utilisation. *Journal of Research in Nursing*, 13(1), 53-65.
24. Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15.
25. Mutisya, A. K., KagureKarani, A., & Kigundu, C. (2015). Research utilization among nurses at a teaching hospital in Kenya. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 95.
26. Oh, E.G. (2008). Research activities and perceptions of barriers to research utilization among critical care nurses in Korea. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 314-22.
27. Omer, T. (2012). Research utilization in a multicultural nursing setting in Saudi Arabia: Barriers and facilitators. *Journal of Nursing Research*, 20(1), 66-73.
28. ISanjari, M., Baradaran, H. R., Aalaa, M., & Mehrdad, N. (2015). Barriers and facilitators of nursing research utilization in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(5), 529.
29. Sari, D., San Turgay, A., Genc, R. E., & Bozkurt, O. D. (2012). Research activities and perceptions of barriers to research utilization among Turkish nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(6), 251-258.
30. Tan, M., Sahin, Z. A., & Özdemir, F. K. (2012). Barriers of research utilization from the perspective of nurses in Eastern Turkey. *Nursing Outlook*, 60(1), 44-50.
31. Temel, A. B., Uysal, A., Ardahan, M., & Ozkahraman, S. (2010). Barriers to Research Utilization Scale: psychometric properties of the Turkish version. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 456-464.
32. Uysal, A., Temel, A. B., Ardahan, M., & Ozkahraman, S. (2010). Barriers to research utilisation among nurses in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3443-3452.
33. Yava, A., Çiçek, H., Tosun, N., Yanmış, N., Koyuncu, A., Güler, A., & Akbayrak, N. (2008). Kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi hemşirelerinin araştırma sonuçlarını kullanmalarını etkileyen faktörler. *Anatolia Journal of Clinical Investigation*, 2(4), 160-166.
34. Yoder, L. H., Kirkley, D., McFall, D. C., Kirksey, K. M., Stalbaum, A. L., & Sellers, D. (2014). CE: Original research staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 114(9), 26-37.



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Orijinal Araştırma

Erken Gebelik Döneminde Yaşanan Bulantı Kusmanın Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi

The Frequency of Nausea Vomiting During Early Pregnancy and Effect on Quality of Life

Özlem ŞAHAN *,^a, Emel EGE ^b

^a İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL, TÜRKİYE

^b Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı., KONYA, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, erken gebelik döneminde yaşanan bulantı kusmanın sıklığı ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Çalışma 15-02-2012- 15-04-2012 tarihleri arasında Karaman Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin kadın doğum polikliniğine müracaat eden ve araştırmaya dâhil edilme ölçütlerine uyan 241 gebe ile yürütüldü. Tüm gebelere 35 sorudan oluşan anket formu ve "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" uygulandı.

Bulgular: Gebelerin %60.6'sında gebelikte bulantı kusma sorunu olduğu saptandı. Gebelerin bulantı kusma yakınmasıyla yaşam kalitesi alt boyutlarının tümü arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gebelerin erken dönemde görülen bulantı kusmadan %56,2'sinin cinsel yaşamının etkilendiği, %74,7'sinin günlük fiziksel aktivitelerinin etkilendiği, %74'ünün günlük işlerinin etkilendiği saptandı.

Sonuç: Erken gebelik döneminde yaşanan bulantı kusma yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, bulantı ve kusma, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Aim: This research was carried out to evaluate the frequency of nausea and vomiting during early pregnancy and the effect on quality of life.

Methods: It is a descriptive type of research. The study was conducted with 241 pregnant women who applied to the obstetrics and gynecology clinic of Karaman maternity and pediatric hospital between 15-02-2012- 15-04-2012 and met the inclusion criteria. A questionnaire consisting of 35 questions and "SF-36 Quality of Life Scale" was applied to all pregnant women.

Results: It was found that 60.6% of the pregnant women had nausea and vomiting problems during pregnancy. A significant difference was found between the complaints of nausea and vomiting of pregnant women and all sub-dimensions of quality of life ($p<0.05$). It was found that 56.2% of the pregnant women were affected by their nausea and vomiting early, their daily physical activities were affected by 74.7%, and their daily work was affected by 74%.

Conclusion: Nausea and vomiting experienced during early pregnancy negatively affect the quality of life.

Keywords: Pregnancy, nausea and vomiting, quality of life

*Sorumlu Yazar: Özlem ŞAHAN

Adres: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL, TÜRKİYE
e-posta: ozlemsahanbilen@gmail.com

GİRİŞ

Gebelik annenin vücut yapısında, hormonal ve ruhsal durumda değişimlerin olduğu her kadın için özel deneyimler içeren bir dönemdir (Ege ve Eryılmaz 2000, Taşkın 2016). Gebelikte meydana gelen etiolojisi tam olarak bilinmeyen sorunlardan biri de erken gebelik döneminde yaşanan bulantı-kusmalardır (Taşkın 2016). Bulantı kusma şikayetinin gebeliğin I. trimestirinde yaklaşık %50-80 oranında yaygınlığını bildiren çalışmalar varken (Woolhouse 2006, Matthews ve ark. 2015) başka bir çalışmada geniş ölçüde değişen oranlarla (%35 ile %91 arasında) ortalama %70'lik bir oran (Einarson ve ark. 2013) belirtilmektedir. Bulantı kusma ilk trimestirde 4-6'ncı gebelik haftalarında başlayıp, 16.haftadan önce azalan bir durum olmasına rağmen gebelerin %10-25'inde bu semptomlar gebelikte 20-22. haftalara kadar sürebilmektedir (Taşkın 2016).

Gebelikte bulantı-kusma oldukça sık rastlanan bir sağlık sorunu olması nedeniyle gebelikte bulantı kusmada erken müdahale oldukça önemlidir. Çünkü hastalığın hafif şekli sadece yaşam konforunu bozarken, hiperemesis gravidarum hem annenin hem de fetüsün sağlığını etkilemektedir. Ayrıca, Lacesse ve arkadaşları (2008) gebelikte şiddetli bulantı kusması olan kadınlarda postpartum depresyon görüldüğünü ve zihinsel yaşam kalitesini düşüklüğü yaşanabildiğini ifade etmişlerdir. Yine Heitmann ve arkadaşları (2017) gebelikte yaşanan bulantı kusma semptomlarının ne kadar şiddetli olursa, kadınlarda depresyon görülme durumunun da o kadar sık olduğunu belirtmişlerdir. Gebelikte bulantı kusmada erken müdahale şüphesiz hem gebenin hem de ailesinin yaşam kalitesini düzeltir. (Davis 2004). Bu nedenle bu çalışma erken gebelik döneminde bulantı kusmanın yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Karaman Devlet Hastanesi Karamanoğlu Mehmet Bey Doğum ve Çocuk Hastahıkları Hastanesi kadın doğum polikliniğinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni/ Örnekleme

Araştırmanın evrenini söz konusu hastanenin polikliniğine başvuran, 18-49 yaş arası, gebeliğin 5-16. haftasında olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, bulantı kusma şikayetine neden olabilecek gastritis, pyelitis ve hipertroidi gibi sistemik hastalığı olmayan, ektopik gebelik, mol hidatiform ve çoğul gebeliği olmayanlar çalışma grubunu oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmini için önerilmiş olan (Lwanga ve Lemeshow 1991) bir tablo kullanıldı. Gebelikte yaşanan bulantı kusma sıklığına (%66.1) ilişkin Özçelik'in (2010) gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi üzerinde yaptığı araştırmanın bulgusundan yararlanılmıştır. Buna göre görülme sıklığı 0,65, %90 güven aralığı, %5 rölatif kesinlik dikkate alınarak örnek büyüklüğü 241 olarak bulunmuştur. Örnekleme seçimi için gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme belirtilen hastanede 18-49 yaş arasındaki gebe kadınlardan 5-16. gebelik haftasında olan polikliniğe başvuran tüm gebelerden seçilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacının literatürden yararlanarak (Köken ve ark 2009, Sucu 2009, Ege ve Eryılmaz 2000, Yılmaz ve Beji 2010, Timur

ve Kızılırmak 2011) oluşturduğu 35 soruluk anket formu ve "SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği" kullanılarak, 15-02-2012- 15-04-2012 tarihleri arasında, gebelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için SSPS paket programı kullanıldı. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizi kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Karaman Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 2012/01 sayılı toplantı ve 2012/33 sayılı kararı ile gerekli izinler alındı. Anket formları doldurulmadan bireylerin sözlü onamları alındı.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması 26,92±5,04 ve kadınların gebelik sayısı ortalaması ise 1,95±0,84'tür. Araştırmaya katılan 241 gebenin %60,6'sının gebelikte bulantı kusma yaşadığı, multigravidaların ise %69,8'inin önceki gebeliğinde de bulantı kusma yaşadığı saptandı. Gebelerin %80,1'i desteğe ihtiyacı olduğunda sosyal destek alabileceğini, %48,6'sının yemek pişirmek, %22,6'sının temizlik yaptırmak, %13'ünün çocuk baktırma ve %15,8'inin bütün

Tablo 1: Bulantı kusmanın gebelerin günlük aktivitelerine etkisinin dağılımı (n=146) *

Günlük Aktiviteler	n	%	
Cinsel Yaşam	Etkiledi	82	56,2
	Etkilemedi	64	43,8
Günlük Fiziksel Aktiviteler	Etkiledi	109	74,7
	Etkilemedi	37	25,3
Günlük İşler	Etkiledi	108	74,0
	Etkilemedi	38	26,0

* Bu sorular sadece bulantı kusma şikayeti olanlara sorulmuştur.

konularda sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu belirlendi.

Çalışmamızda gebelerin erken dönemde görülen bulantı kusmadan %56,2'sinin cinsel yaşamının etkilendiği, %74,7'sinin günlük fiziksel aktivitelerinin etkilendiği, %74'ünün ise günlük işlerinin etkilendiği

Tablo 2: SF 36 yaşam kalitesi ölçeği toplam puanlarının dağılımı (n=241)

SF 36 yaşam kalitesi alt boyutları	Ort±SS
Fiziksel Fonksiyon	65,66±27,19
Fiziksel Rol	46,36±42,26
Emosyonel Rol	44,53±43,02
Mental Sağlık	58,55±19,38
Zindelik/Yorgunluk	57,69±22,72
Ağrı	55,04±22,32
Genel Sağlık Algısı	51,32±14,75
Sağlıktaki değişimler	47,40±37,02
Sosyal Fonksiyon	57,30±20,61

saptandı (Tablo 1).

Araştırmada Tablo 2 incelendiğinde fiziksel fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalamasının 65,66±27,19, fiziksel rol yaşam kalitesi puan ortalamasının 46,36±42,26, ağrı yaşam kalitesi puan ortalamasının 55,04±22,32, zindelik/yorgunluk yaşam kalitesi puan ortalamasının 57,69±22,72, genel sağlık algısı yaşam kalitesi puan ortalamasının 51,32±14,75, sosyal fonksiyon yaşam kalitesi puan

ortalamasının 57,30±20,61, emosyonel rol yaşam kalitesi puan durumunu inceledikleri çalışmalarında %56,1 ve Pepe ve Ege (2019)

Tablo 3. Gebelerin bulantı kusma yaşama durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Bulantı - Kusma Yaşama Durumu	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Zindelik/Yorgunluk	Genel Sağlık Algısı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Sağlıktaki Değişmeler
Bulantı kusma									
Var	59,65±26,95	38,86±40,15	51,36±21,91	54,24±21,85	49,15±14,83	51,14±20,06	36,30±40,85	55,78±19,60	39,89±37,43
Yok	74,89±25,01	57,89±43,03	60,70±21,85	63,00±23,11	54,65±14,07	66,78±17,71	57,19±43,39	62,82±18,34	58,94±33,40
	z: -4,555	z: -3,568	z: -3,111	z: -2,732	z: -3,168	z: -5,831	z: -3,523	z: -2,651	z: 4,174
	p<0,001	p<0,001	p: 0,002	p: 0,006	p: 0,002	p<0,001	p<0,001	p: 0,008	p<0,001
Daha Önceki Gebelikte Bulantı Kusma Durumu									
Evet	60,57±27,60	42,54±40,60	51,17±22,40	55,43±24,41	48,62±15,29	53,63±20,56	39,10±42,17	55,50±18,61	46,87±37,79
Hayır	71,55±26,38	53,88±41,61	58,76±25,58	56,11±20,22	54,15±15,68	56,54±23,18	45,92±42,81	62,22±20,24	47,77±34,46
	z: -2,474	z: -1,601	z: -2,140	z: -0,282	z: -2,401	z: 0,-876	z: -0,934	z: -2,128	z: -0,116
	p: 0,013	p: 0,109	p: 0,032	p: 0,778	p: 0,016	p: 0,381	p: 0,350	p: 0,033	p: 0,908
Sosyal destek kaynaklarının varlığı									
Var	59,10±25,66	35,68±40,24	51,37±21,47	53,58±19,69	50,12±14,98	50,23±20,08	36,18±40,95	55,58±20,01	40,81±37,51
Yok	61,89±32,05	51,72±37,75	51,34±24,01	56,89±29,28	45,24±13,78	54,78±19,90	36,78±41,15	56,55±18,13	36,20±37,56
	z: -0,747	z: -1,872	z: -0,105	z: -0,455	z: -1,577	z: -1,014	z: -0,152	z: -0,312	z: -0,704
	p: 0,455	p: 0,061	p: 0,917	p: 0,649	p: 0,115	p: 0,311	p: 0,879	p: 0,755	p: 0,482

z: Mann Whitney U testi.

ortalamasının 44,53±43,02, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının 58,55± 19,38 ve sağlıktaki değişmeler yaşam kalitesi puan ortalamasının 47,40±37,02 olduğu belirlendi.

Gebelerin bulantı kusma şikayetiyle yaşam kalitesi alt boyut puan ortalaması değerlendirildiğinde, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ve sağlıktaki değişmeler arasında fark olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 3).

Multigravidaların önceki gebeliğinde bulantı kusma yaşama durumu ile yaşam kalitesi alt boyutlarının puan ortalaması değerlendirildiğinde, fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı ve mental sağlık arasında fark olduğu görülürken (p<0,05), fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve sağlıktaki değişmeler arasında fark bulunmadı (p>0,05). Sosyal destek kaynaklarının varlığıyla yaşam kalitesi alt boyut puan ortalaması arasında fark olmadığı tespit edildi (p>0,05) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmamızda gebelikte bulantı kusma şikayeti olan kadınların oranı %60,6 olarak belirlendi. Wodi ve arkadaşları (2014) Nijerya'da yapmış olduğu çalışmada gebelikte bulantı ve kusma yaygınlığını %43,7 olarak bildirmiştir. Heitmann ve arkadaşları (2017) ise Norveç'te yapmış olduğu çalışmada gebelerin bulantı-kusma sıklıklarını hafif düzeyde %8,7, orta düzeyde ise %61,7 olarak belirtirken Gadsby ve arkadaşları (1993) yaptığı çalışmada %63,2 olarak bildirmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise gebelikte bulantı kusma sıklığını Çetin ve arkadaşları (2017) %60,9, Timur ve Kızıllırmak (2011) erken gebelikte bulantı-kusma sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında %60,6, Ege ve Eryılmaz (2000) erken gebelik dönemi bulantı kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme

erken gebelik dönemi bulantı kusmanın anksiyete düzeyine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında ise gebelerde bulantı-kusma sıklığını %70,7 olarak bildirilmiştir. Çalışma bulguları ile benzer olan bu sonuçlar gebelikte bulantı-kusmanın oldukça sık yaşanan bir rahatsızlık olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin %56,2'si bulantı kusma şikayetlerinin cinsel yaşamlarını etkilediğini, büyük bir bölümü (%74,7) bulantı kusmanın günlük fiziksel aktivitelerini etkilediğini, yine büyük bir bölümü de (%74) gebelik döneminde yaşadığı bulantı kusmanın günlük işlerini etkilediğini ifade etti. Ege ve Eryılmaz'ın (2000) çalışmasında ise gebelerin %57,9'u bulantı kusma şikayetlerinin cinsel yaşamlarını etkilediğini, %72,7'si bulantı kusmanın günlük fiziksel aktivitelerini etkilediğini yine gebelerin çoğunun da gebelik döneminde yaşadığı bulantı kusmanın günlük işlerini etkilediği belirtmiştir. Heitmann ve arkadaşlarının (2017) gebelikte bulantı kusmanın günlük yaşamın işleyişi ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında bulantı kusma şikayeti şiddetli olan gebelerin %74,9'unun günlük işlerini olumsuz etkilediğini, hatta gebelerin dörtte birinden fazlasının gebeliği sonlandırmayı düşündüklerini bildirmişler ve oldukça endişe verici olduğunu ifade etmişlerdir. Clark ve arkadaşları da (2013) gebelikte bulantı kusmanın yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında bulantı kusmanın günlük yaşamlarının önemli bir bölümünü etkilediğini belirtmişlerdir. Özçelik'in (2010) gebelikte yaşanan sağlık sorunları ile ilgili yaptığı çalışmada ise gebelik öncesi ve gebelik süresince gebelerin %80,1'inin gebelikte cinsel yaşam değişikliği yaşadığı ifade edilmiştir. Çalışmamız diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Gebelikte cinsel aktivitelerin bireysel farklılıklar gösterebileceği gibi gebelerin ruhsal ve fiziksel durumu, kişiler arası değişen bakış açıları gibi faktörlerde rol almaktadır (Sydow 1999). Sonuç olarak bulantı kusmanın cinsel yaşama olumsuz

etkisinin olduğu genel bir görüş olarak değerlendirilebilir. Ayrıca çalışma bulguları bulantı kusma şikayeti olan gebelerin günlük aktivitelerini sürdürme konusunda güçlük yaşadığını bu nedenle gebelerin sosyal destek ihtiyaçlarının arttığını göstermektedir.

Çalışmamızda bulantı kusma şikayeti yaşamayan gebelerin yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları, bulantı kusma yaşayan gebelere göre yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 3). Çalışmamızda bulantı kusma şikayetlerini 5-8 hafta arasında yaşayan gebeler %74, 9-12 hafta arasında yaşayan gebeler %19.2 iken 13-16 hafta arasında yaşayan gebeler ise %6.8'dir. Lacesse ve arkadaşları da (2008) gebeliğin birinci trimestirinde yaşanan bulantı ve kusmanın yaşam kalitesini etkilediğini bildirmişlerdir. Ayrıca, şiddetli bulantı kusması olan kadınlarda postpartum depresyon görüldüğünü de ifade etmişlerdir. Tan ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada gebelikte bulantı kusması olan ve olmayan gebelerin yaşam kalitesi karşılaştırılmış ve özellikle fiziksel fonksiyonel yönlerinin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ifade edilmiştir. Diğer çalışmalarda bulantı ve kusma şikayetinin gebelikte yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu ya da yaşam kalitesini düşürdüğünü bildirmiştir (Attard ve ark. 2002, Clark ve ark. 2013, Goodwin ve Ramin 2015, Bai ve ark. 2016, Heitmann ve ark. 2017, Kamali ve ark. 2018). Erken gebelik döneminde görülen bulantı kusma gebenin yaşamında önemli sınırlamalar getirmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda dünyanın çok farklı coğrafyalarında da olsa bulantı kusmanın kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Sosyal destek kaynaklarının varlığı ile yaşam kalitesi alt boyut puan ort. arasında fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 3). Gebelikte bulantı kusma ile baş edebilmede ve anne-fetüs sağlığı için sosyal desteğin önemli bir yeri vardır. Sosyal destek genel olarak gebeye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanmaktadır. Gebe için en önemli destek kaynakları ise aile bireyleri, özellikle eşlerdir (Okanlı ve ark 2003). Çalışmamızda da gebelerin genelde sosyal desteği eş ve annelerinden aldıkları görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda ki gebelerin %80,1'i bulantı kusma şikayeti olduğunda sosyal destek alabileceği kişilerin var olduğunu ifade etmişlerdir. Kuo ve arkadaşları (2007) gebelikte bulantı kusma şiddeti ve algılanan stres, sosyal destek ve anneliğe uyum değişkenleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında gebelikte bulantı-kusma şikayeti ile sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Chou ve arkadaşlarının (2008) gebelikte bulantı kusma ile sosyal destek, algılanan stres ve yorgunluk değişkenleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada sosyal destek eksikliğinin gebelerin algıladığı stresi artırdığı, artan algılanan stresinde bulantı kusmayı artırdığı ifade edilmiştir. Karataş ve Mete'nin (2012) gebelikte bulantı kusma ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında gebelikte bulantı kusma ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu nedenle gebelikte bulantı kusma yaşama durumu ile sosyal destek arasında istatistiksel olarak doğrudan bir ilişki olmadığını söyleyebiliriz. Gebelikte bulantı kusmanın multifaktöriyel bir durum olduğu dikkate alındığında gebelikte bulantı kusmada sosyal destek diğer değişkenler ile birlikte ele alınmalıdır.

SONUÇ

Gebelikte bulantı kusma yakınmaları gebelerin yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Gebeler rutin izlemlerde bulantı kusma şikayetlerine yönelik değerlendirilmelidir. Gebelikteki bulantı ve kusmanın etkisinin azaltılmasında, beslenme önerilerinin yararlı olabileceği bu nedenle rutin izlemler sırasında beslenmenin değerlendirilmesi ve şikayetleri azaltmaya yönelik önerilerde bulunularak gebe izleminde aile merkezli bir yaklaşımla, gebelikte bulantı kusmanın yaşam kalitesi üzerine etkilerini ortaya çıkaracak vaka-kontrol türü araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Attard CL, Kohli MA, Coleman S. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:220-7.
2. Bai G, Korfage IJ, Groen EH, Jaddoe VW, Mautner E, Raat H, et al. Associations between nausea, vomiting, fatigue and health-related quality of life of women in early pregnancy: The generation R study. *PLoS One* 2016;11:e0166133.
3. Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationships Between Nausea And Vomiting , Perceived Stres , Social Support , Pregnancy Planning , And Psychosocial Adaptation In A Sample Of Mothers: A Questionnaire Survey. *International Journal Of Nursing Studies .* 2008; 45: 1185-1191
4. Clark S, Hughes B, McDonald SS. The impact of nausea and vomiting of pregnancy on quality of life: Report of a national consumer survey and recommendations for improving care. *Obstet Gynecol Surv* 2013;68:S1-10.
5. Çetin, FC., Demirci, N., Çalık, YK., Akıncı, AÇ. Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2017;48(4): 13-77.
6. Davis M. Nausea and vomiting of pregnancy an evidence based review. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing.* 2004;18(4):312-328.
7. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2013;20(2):e171-83.
8. Ege E, Eryılmaz G. Erken gebelik dönemi bulantı kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *A.Ü HYO Derg.* 2000;3(1):1-8.
9. Gadsby R, Barnie-Adshead AM, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract.* 1993;43:245-48.
10. Goodwin TM, Ramin SM. Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Practice Bulletin summary Lippincott Philadelphia, PA, USA: Williams and Wilkins;* 2015:153
11. Heitmann, K., Nordeng, H., Hownen, GC., Solheimsnes, A., Holst, L. The Burden of Nausea and Vomiting During Pregnancy Severe Impacts on Quality of Life, Daily Life Functioning and Willing Nessto Become Pregnant Again-Results from a Cross-Sectional Study, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017;7: 75
12. Kamali Z, Abedian Z, SaberMohammad A, Dehnavi ZM. The effect of small group teaching on quality of life in pregnant women with nausea and vomiting: A clinical trial. *J Edu Health Promot* 2018;7:112.
13. Karataş T, Mete S. Gebelikte Bulantı Kusma Sorunu Yaşama Durumu İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi *DEUHYO ED* 2012;5(2): 47-52
14. Köken G, Çoşar E, Kır Şahin F, Arıöz DT, Yeşildağ E, Yılmaz M. Erken gebelikte bulantı ve kusmaya etki eden faktörler. *TJOD* 2009;6 (2):92- 6.
15. Kuo SH, Wang RH, Tseng HC, Jian SY, Chou FH. A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stres, social support and maternal adaptation. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52(1): e1-7.
16. Lacesse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, ve Berard A. Validity of a modified pregnancy-unique quantification of emesis and nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2008;198(1):71.e1-71.e7.

17. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, World Health Organization. 1991;25.
18. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;(9): CD007575. doi: 10.1002 / 14651858.CD007575.pub4.
19. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003;4:98-105.
20. Özçelik G. Aydın ilinde gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Aydın, 2010.
21. Pepe M, Ege E. Erken Gebelik Dönemi Bulantı Kusmanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 2019; 5 (1): 22-40.
22. Sucu M. Gebelikte bulantı kusması olan kadınların hastaneye yatış endikasyonunun belirlenmesinde puqe (pregnancy-unıqe quantification of emesis and nausea) skorlaması ile fizik muayene bulguları ve laboratuvar sonuçlarının karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2009.
23. Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta content analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research. 1999;47:27-49.
24. Tan A, Lowe S, Henry A. Nausea and vomiting of pregnancy: Effects on quality of life and day-to-day function. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2018;58:278-90.
25. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13.Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2016:49-68.
26. Timur, S., Kızılırmak, A. Erken gebelikte bulantı-kusma sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, TAF Prev Med Bull. 2011;10(3), 281-286.
27. Yılmaz DS, Beji KN. Gebelikte öz bakım gücü. Genel Tıp Derg. 2010;20(4):137-142.
28. Wodi C, Danbomo B, Adebisi S.S, Eze UA. Incidence of nausea and vomiting in pregnancy among Nigerian women. Sch.J.App Med Sc. 2014; 2(10): 413-421
29. Woolhouse M. Complementary medicine for pregnancy complications.Australian Family Physician 2007;35(9):695.



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Orijinal Araştırma

Evaluation of Quality of Life of Patients, Transferred From Hospital Hemodialysis To Home Hemodialysis, In Terms Of Their Own Perceptions

Evde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Kendi Algıları Açısından Değerlendirilmesi

Rahşan ÇEVİK AKYIL^a, Ayşegül KAHRAMAN^{a*,b}, Hakan AKDAM^c, Neşe ERDEM^a,
Rüveyda YÜKSEL^d, Yavuz YENİÇERİOĞLU^c

^a Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN

^b Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, AYDIN

^c Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı, AYDIN

^d Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, evde hemodiyaliz tedavisi uygulayan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, kalitatif bir çalışma olup, fenomenolojik araştırma biçiminde desenlendirilmiş; Şubat-Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmada, katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örneklemeden yararlanılmıştır. Araştırma örneklemini altısı kadın, üçü erkek toplam dokuz hasta oluşturmuştur. Verilerin analizi sonucu altı alt tema, üç ana tema oluşturulmuştur.

Bulgular: Yapılan görüşmeler sonucunda araştırmacılar tarafından "ev hemodiyalizine ilişkin ilk deneyimler", "ev hemodiyalizine ilişkin olumlu deneyimler" ve "ev hemodiyalizine ilişkin olumsuz deneyimler" olmak üzere üç ana tema belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada, son dönem böbrek hastalarının evde hemodiyaliz tedavisine geçiş sürecinde korku ve kaygı yaşadıkları, ancak tedavi sürecinde kendilerini fiziksel ve emosyonel olarak daha iyi hissettikleri, daha fazla sosyal ve çalışma hayatına katıldıkları sonuçları elde edilmiştir. Yine bu çalışmada, hastaların evde diyaliz makinesini görmeyi "hastalıkla yüzleşmek" olarak algılamalarına rağmen, "özgürlük ve umut" kavramlarını ön plana çıkardıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Deneyimler, ev hemodiyalizi, kalitatif araştırma

ABSTRACT

Background: This study was conducted to determine the experience of patients who are undergoing home hemodialysis treatment.

Methods: The study was a qualitative study and was patterned in the phenomenological research. It was conducted between February and May 2018. In-depth interview technique was used as data collection method. For the determination of the participants in the study, criterion sampling is used as one of the purposive sampling methods. The study sample consisted of nine patients (six female, three male). Data analysis was performed manually using the content analysis method. As a result of data analysis, six sub-themes and three main themes were formed.

Results: As a result of the interviews, three main themes were identified by the researchers as 'first experiences of home hemodialyses', 'positive experiences related to home hemodialyses' and 'negative experiences related to home hemodialyses'.

Conclusion: In this study, it was concluded that patients with end-stage renal disease experience fear and anxiety during the transition to hemodialysis treatment, but they felt better physically and emotionally during the treatment process, and they participate more in social and working life. Moreover, in this study, it was observed that even though patients perceived seeing the dialysis machine in the home as "facing the disease", they also emphasized the concepts of "freedom and hope"

Keywords: University student, Violence, Violence experience.

*Sorumlu Yazar: Ayşegül KAHRAMAN

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, AYDIN
Adnan Menderes Üniversitesi, ADÜ Merkez Kampüsü (Kepez Mevkii) 09010 EFELER / AYDIN
e-posta: kahramanaysegul@yahoo.com

Geliş tarihi: 05.03.2020

Düzeltilme Tarihi: 15.04.2020

Kabul tarihi: 28.05.2020

INTRODUCTION

End-stage renal disease (ESRD) is an important public health problem. According to United States National Renal Database (USRD) 2015 report, there were 2,217,350 ESRD patients by the end of 2013. Prevalence of ESRD in Turkey is ranked 31st worldwide (Saran et al., 2017). Not only prevalence of ESRD is increasing by time but also individuals with ESRD have lower life expectancy and impaired quality of life (Atasoy, Çolak, Akdeniz, Tanrısev and Özyurt, 2013; Kalantar-Zadeh, Kopple, Block and Humphreys, 2001; Mcfarlane, Bayoumi, Pierratos and Redelmeier, 2003; Vestman, Hasselroth and Berglund, 2014). For this reason, the selection of renal replacement therapy methods in ESRD is becoming increasingly important to enable patients to continue their lives at optimal levels (Atasoy et al., 2013). Center hemodialysis (HD) is one of the most frequently used treatment methods in about ¾ of the countries (Saran et al., 2017). Center hemodialysis reduces the severity of the symptoms and prolongs survival of patients, on the other hand causes physical, emotional, psychological and socio-economic problems. These patients have to face many difficulties and also have to make many compromises in their daily lives at work, school and home due to loss in health, strength, sexual functions, income, independence, life expectancy and opportunities (Duran and Güngör, 2015; Vestman et al., 2014). It is necessary to refer these patients to renal replacement therapies (RRTs) that will increase their quality of life (Atasoy et al., 2013). One of these alternative treatments is home hemodialysis which has been in use since the 1960s and has gained popularity in the last 5 years.

This application can be done 3 times a week in the patient's own home for 8 hours in a day or night (Karkar, Hegbrant and Strippoli, 2015; Trinh and Chan, 2017; Walker, Howard and Morton, 2017; Vestman et al., 2014). USRD reports that home hemodialysis treatment is used in 21 out of 50 countries. The rate of home hemodialysis is 18.3% in New Zealand, 9.4% in Australia, 3.0% in Canada and 6.0% in Western European countries (Saran et al., 2017). In our country, the rate of 0.71% (n = 414/77.311 patients) is relatively low compared to other countries (Süleymanlar, Ateş and Seyahi, 2018).

Home hemodialysis treatment offers advantages to improve patients' autonomy, comfort and quality of life (Karkar et al., 2015; Trinh and Chan, 2017). It is reported that patients who have at least 8 hours of dialysis treatment at home, apply less to the hospital, follow a free diet, have an active working life and a better quality of life in comparison with center hemodialysis (Watanabe et al., 2014).

When the literature is reviewed, there are quantitative studies showing that patients who undergoing centre hemodialysis experience more difficulties in social, physical and economic terms than those who perform hemodialysis at home (Nesrallah et al., 2012; Ok et al., 2011; Watanabe et al., 2014; Xi, Singh, Harwood et al., 2013).

All this information shows that; the social, physical and economic difficulties of patients undergoing central hemodialysis are higher than those performing hemodialysis at home. In the literature; the majority of the studies that demonstrate this comparison are quantitative research. The lack of descriptive qualitative research, in which patients who undergo hemodialysis treatment at home as expressed in their own words is remarkable, especially when the domestic literature is reviewed.

Based on these shortcomings; this qualitative research of home hemodialysis patients in Turkey aims to present the perceptions and experiences of the patients in a way that reflects our culture.

It is an important issue in terms of revealing the details of patients' lives, defining how they manage the process and which area they need support, maintaining the functionality of both the patient and the family, trying to reduce the effects of the negativities they experience and increasing their quality of life.

Therefore, this study is important in terms of guiding dialysis nurses who manage the education processes of patients admitted to hemodialysis treatment at home.

Purpose of the Study

The aim of this study was to determine the experiences of patients undergoing home hemodialysis treatment.

Study Questions

Study questions; (1) What are the experiences of the patients in the beginning of the home hemodialysis treatment? (2) What are the experiences of the patients during home hemodialysis treatment?

METHODS

Study Model

This study was carried out with a phenomenological research design. Phenomenology is a qualitative research method in which individuals describe their experiences about a case. The essence of the experiences of individuals with various experiences similar to the cases examined with these descriptions is reached (Van Manen, 1990). In this study, The COREQ-Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research, a guide to reporting qualitative research, was used.

Place of the Research Study

This study was carried out with patients who were undergoing home hemodialysis treatment in Aydın Adnan Menderes University Hospital Nephrology Clinic between February-May 2018 at Aydın.

The Universe and Sample of the Study

In the study, criterion-sampling method is used as one of the purposive sampling methods for the determination of participants (Yıldırım and Şimşek, 2008). Patients who undergoing hemodialysis treatment at home 3 times a week for 8 hours long for at least 3 months were included in this study.

The study sample consisted of 9 patients who undergoing hemodialysis treatment at home for at least one year after central hemodialysis treatment. In the literature, it is reported that the sample volume of qualitative researches can be determined according to the data saturation of the samples that can provide detailed data that meet the objectives of the research rather than large groups (Aksayan and Emiroğlu, 2002; Coyne, 1997). Participants, aged 24 to 69, 3 were female and 6 were male, have been undergoing hemodialysis treatment at home for 3 years. The features of the participants of the research are given in Table 1.

Table 1. Features of the Participants (n:9)

Age	
48.88±13.74 age (min:24-max:69)	
Sex	
Female	3
Male	6
Marital status	
Single	2
Married	6
Divorced	1
Education	
Primary school	4
High school	2
University	3
Profession	
Student	1
Engineer	1
Freelancer	1
Housewife	2
Retired	2
Farmer	1
Officer	1
Hemodialysis duration	
4.44±3.08 age (min:1-max:8)	
Home hemodialysis duration	
3 year	

Data Collection Form

In this study, semi-structured interview form which is developed by the researchers was used to collect data. The interview form consists of two parts. First part of the form included 7 questions about socio-demographic characteristics, disease and treatment data; and second part of the form had 9 open-ended questions about the experiences of patients in the treatment of home hemodialysis. During the interview, additional/explanatory questions were needed in addition to existing questions. In order to ensure the internal validity of the interview form, expert opinion was obtained from a faculty member who is teaching a qualitative research course at master's and doctorate level and the interview form was finalized. After that, the comprehensibility and applicability of the form has been improved and the interview has been standardized by piloting with two people. Pilot study was excluded from the research.

Data Collection Method

For the interviews, prior permission and appointments were made with the patients. Data were collected by "in-depth individual interview" method. Interviews were conducted by researchers who were trained in qualitative research during the Ph.D (second and fifth researcher). The second researcher, who was familiar with the patients and involved in the care of the patients, conducted the interviews; the fifth researcher completed the missing data by making the registration. The interviews were conducted at home to make the individuals feel more comfortable. Interview questions were directed by the researcher to the participants and recorded with a voice recorder with their permission. The duration of the interview and the order of the topics were different according to the patient. The average duration of the interview was 40-60 minutes.

Validity and Reliability of This Study

The validity and reliability of research are the most important criterias for the credibility or quality of the results obtained (Daymon

and Holloway, 2003). The following measures were taken for internal and external validity and reliability of this study;

- In order to ensure the internal validity of the research, semi-structured interview questions were examined with expert opinions. The fact that the researchers and participants have known each other for a while strengthened the internal validity of the research.
- In order to ensure the external validity of the study, the research environment, the characteristics of the participants and the data collection processes were presented in detail to the other researchers for designing a different research pattern by following these paths.
- For the internal reliability of the study, the answers of the patients to open-ended questions were examined separately by both a researcher conducting the study and another unbiased researcher.
- In the light of the data obtained, main themes and sub-themes were discussed in terms of 'agreement and disagreement' and the decisions regarding the first and second questions were gathered and necessary arrangements were made under common themes and sub-themes.
- For the reliability calculation of the study, the reliability formula proposed by Miles and Huberman (1994) was used. The reliability of the study was calculated to be 80% as a result of $\text{Reliability} = \frac{\text{Number of agreements}}{\text{Total number of agreement and disagreement}}$. Miles and Huberman (1994) report that over 70% of the reliability calculations are sufficient for the reliability of the study. The results obtained based on this information show that the results of the study are reliable.
- In order to ensure the internal reliability of the research, direct quotation from the participants were used in the data findings.
- In order to ensure the external reliability of the research, the interviews were recorded with the voice recording device, transferred and stored digitally. In addition, the data collection and analysis processes were carefully reported in detail.

Evaluation of Data

The voice recordings obtained in the research were transferred to text by the research team and a 64-page raw data document was created in Microsoft Word. Before starting the coding of the data, each interview text was read and a holistic view of patients' opinions was tried to be revealed. Data analysis was done manually by inductive content analysis method. The inductive analysis approach involves categorizing the data by coding, revealing the relationships between categories and reaching an integrated picture from categories and subcategories accordingly (Yıldırım and Şimşek, 2008). In order to create the basic idea, similar codes from the data are combined and reported as certain number of categories. At first, 50 codes were created; later 26 codes were obtained by combining these codes. 6 sub-themes and 3 main themes were created with these codes (Table 2).

Table 2. Experiences of Patients Receiving Home Hemodialysis Treatment (n:9)

Themes	Sub-Themes	Start Codes
First Experiences	Adaptation Period	Fear (n= 7), Easy learning (n= 6),
	Physical Changes	Decrease in fatigue (n= 5), decrease in lassitude (n= 3), decrease in cramps (n= 2) and decrease in drug usage (n= 2), increase energy (n= 3), more effectiand dialysis (n= 2), quality of sleep (n= 4), increase sexual desire (n= 4), increase in appetite (n= 3) more productivity at work (n= 4),
Positiand Experiences	Emotional Changes	Self-confidence (n= 5), treatment management (n= 4), home comfort (n= 2), freedom (n= 9), long life expectancy (n= 3), make plans for the future (hope) (n= 9), happiness with the lack of service cart (n= 1), escape from social pressure (n= 2)

The Ethical Dimension of the Study

This study was carried out in accordance with the principles of the 2013 Helsinki Declaration. Required ethical approval was obtained from Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (date 18.01.2018 and protocol number 2018/1301). In addition, written and verbal consent was obtained from the patients.

RESULTS

The data obtained from the study were collected under three main themes: first experiences with home hemodialysis, positive experiences with home hemodialysis, and negative experiences with home hemodialysis. Due to ethical sensitivities, the quotations of the participants are presented together with their code numbers. (Patient 1, Patient 2, ..., Patient 9).

The patients who participated in the study evaluated the first experiences of home hemodialysis in terms of adaptation to treatment. Some of the statements of the participants on this subject are as follows;

"Before I started I was afraid how I could do it, if I could achieve itbut I think I adapted very quickly" (Patient 2)

"I have learns in two-three weeks" (Patient 1)

"I have learned everything in for weeks because I wanted it so much" (Patient 5)

It was determined that the participants experienced positive physical, emotional, social and economic changes after they started home hemodialysis.

In the period after starting home hemodialysis, patients stated that they experienced positiaand physical changes such as decrease in fatigue, lassitude, cramping and drug use and increase in energetic, sleep quality, sexual desire, appetite as well as more effective dialysis and productivity in business life. Below are examples of patients' explanations.

"There is a lot of difference between home dialysis and hospital dialysis. If the cleaning of the blood in the body is 30-40% in the hospital hemodialysis, it can reach up to 80% at home hemodialysis. I am more focused on sexuality because I do not feel tiredness in home hemodialysis." (Patient 5)

"I am the same before and after the machine. There are no more fatigue, tiredness and low blood pressure. I feel more energetic..... Our sexual life has been in incredible order" (Patient 1)

"My fatigue, my weakness has decreased very much after I changed into home hemodialysis. Sexuality is also increased." (Patient 2)

"Since I am in dialysis for 8 hours at home hemodialysis, my blood is cleaning better so I use less medication." (Patient 3)

"The advantages of home hemodialysis cannot be compared with dialysis in the hospital. After starting home hemodialysis, I have no complaints about fatigue, tiredness and cramps anymore " (Patient 9)

"Since I started hemodialysis treatment at home, I can eat everything. Protein restriction is no longer needed...." (Patient 6)

Some of the codes experienced by patients after the onset of home hemodialysis in the sub-category of emotional changes were self-esteem, managing treatment, home comfort, freedom, long life expectancy, making plans for the future, happiness about the lack of arrival of the service cart, and getting rid of social pressure. Some of the statements of the patients about these experiences are as follows;

"...Because, life is getting a little more normal with home hemodialysis. You don't haand to go to the hospital for 3 days a week. Yay! Freedom!..." (Patient 7)

".....Even my medications have fallen. Do you know what this means? It means freedom..... I don't have to be drug dependent to be better..." (Patient 1)

"Working, getting married and having kids were dream for me but now they are my purpose.." (Patient 2)

"If I wasn't doing home hemodialysis today, I couldn't work and trust myself." (Patient 5)

"I think of my own health. I'm the doctor now." (Patient 1)

"It has more advantages than dialysis in hospital. I decide when to go into dialysis. Whether day or night....." (Patient 8)

"It's hard to explain with words. It was hard that everybody knows I am sick, I couldn't bear when people were looking at me. Now my treatment is at home. I don't have to go to the hospital. Nobody knows I am sick." (Patient 4)

"I used to couldn't work in the days of dialysis because of tiredness. It seemed to me that I was getting an unfair profit, but now I work full-time, I'm more peaceful, I'm happier; my workplace efficiency has increased" (Patient 3)

After the beginning of home hemodialysis, patients stated that there were changes in their social situations such as social activities, daily life activities, family and households. Below are examples of patients' explanations.

"Doing hemodialysis at home is like recovering the time you lost in the hospital " I do not lost time in home hemodialysis, I am able to travel, do my work myself." (Patient 3)

"I'm not hospital dependent I'm in dialysis at night; but during the day I travel and go shopping with my friends." (Patient 5)

"I can spend quality time with my child and my wife/husband. Because of that we are very happy." (Patient 1)

After the beginning of home hemodialysis, the patients stated their economical relaxation as earning money and paying their debts. Below are examples of patients' explanations.

"I've been working since I started home hemodialysis. I earn my money, and I can stand on my own feet If I have depts., I pay it." (Patient 2)

"I was worried about whether the workers at the workplace were doing the work right while I was at hospital for dialysis. Ever since I started home hemodialysis, I have never fell behind at work. I take care of everything. Company earns so much more." (Patient 6)

In the study, it was found that the participants perceived emotional negativity in the home hemodialysis treatment.

Emotionally negative aspects of home hemodialysis treatment perceived and expressed by patients as anxiety from continuous seeing the machine at home facing, the disease, living dependent on the machine. Some of the participants expressed these disadvantages as follows:

"Dialysis machine is always at home, Of course it's a concern to see the dialysis machine constantly A little bit like a facing the disease." (Patient 4)

"You're depended to the machine. It is our destiny to live dependent on the machine." (Patient 9)

DISCUSSION

In the study, firstly, it was revealed that patients experienced fear and anxiety about home hemodialysis treatment as fear against the unknown in the decision and learning phase, but they were able to adapt in a short time after starting the treatment. In the literature, patients' descriptions about home hemodialysis are generally reported as difficult to learn and beyond their abilities (Walker et al., 2017). It is also stated that patients experience anxiety in many subjects, especially the placement of needles to themselves, and that their anxiety decreases after about five weeks (Hanson and ark 2017; Trinh and Chan 2017; Vestman and ark 2014; Walker and ark 2015). These results indicate that patients experience more anxiety during the period of transition to home hemodialysis. Initiatives such as providing comprehensive and appropriate training for home hemodialysis, providing easy-to-use machinery, supporting independence and self-care can reduce the fears of patients by increasing self-efficacy/competence.

In the study, it was detected that the participants experienced positive physical changes in adaptation period shortly after they started home hemodialysis. As the participants emphasized, in the related literature, the incidence of intradialytic hypotension in the eight-hour home hemodialysis is reported to decrease by 60-70% compared to the four-hour central hemodialysis (Nesrallah et al., 2012; Ok et al., 2011). In another study, it is reported that more than 50% of patients with four-hour hemodialysis treatment experience fatigue and in order to cope with fatigue symptoms patients needed about five hours of sleep or rest after dialysis (Sklar, Riesenber, Silber, Ahmed and Ali, 1996; Zengin and Yıldırım, 2017). In a qualitative study, a hemodialysis patient defined this situation as 'I do nothing on the days I take dialysis, I spend all day resting at home, I have no strenght left to do anything' in the interview (Krespi, Bone, Ahmad, Worthington and Salmon, 2008). Consistent with our study, the literature also reports lesser rates of muscle cramps, weakness, and hypotension in patients due to slower blood flow rate and long-term administration (Vestman et al., 2014; Xi et al., 2013). With the eight-hour hemodialysis treatment, the effective removal of the toxins in the deeper parts of the body and the lack of aggressive fluid and solute changes provide a number of advantages for the patients. This situation causes an increase in the physical performance of the patients.

In the study, the patients stated that beside positive physical changes they also had a significant decrease in their medication use with home hemodialysis and that they were able to get rid of addiction and as a result had more freedom. Similarly, in the studies conducted on this subject, it has been reported that the amount and frequency of use of erythropoietin, phosphate-binding and antihypertensive drugs decreased in patients undergoing home hemodialysis treatment (Ok et al., 2011; Xi et al., 2013). These results are important in terms of patients' decreased dependence on hospital, health care personelles and drugs as well as increased feelings of freedom with home hemodialysis treatment.

In the study, it was determined that patients spent more time on their social life and felt more satisfied with the home hemodialysis. Zengin and Yıldırım (2017) also emphasized that end-stage renal disease may cause significant problems in the relationship of individuals with their social environment. In some other studies, it is stated that due to the time spent in dialysis, physical complaints and mental problems caused reduced participation in work efficiency and social activities as well as social isolation is experienced (De Nour, 1982; Duran and Güngör, 2015). However, patients who perform hemodialysis at home have the freedom to make dialysis treatments whenever they want (day or night) and able to spend more time on family members and friends (Walker et al., 2015; Wise et al., 2010). Therefore, these results are valuable in terms of demonstrating that home hemodialysis is an effective method for improving the social lives of patients.

In this study, the patients stated that they did not have to take breaks or take the day-off from their work in dialysis day because they did not have symptoms such as hypotension, fatigue, etc. after hemodialysis treatment at home and they were working more efficiently in their business life. It is stated that working in any job benefits not only economically but also psychologically, unemployed individuals can have decreasing self-esteem, increasing anxiety and depression (Hergenrather, Zeglin, McGuire-Kuletz and Rhodes, 2015). Many patients undergoing hemodialysis treatment cannot continue their work (Zengin and Yıldırım, 2017). Therefore, it can be said that the work life of individuals in working age at home hemodialysis is not affected too much and they do not have any concern about business life because they do not feel different from healthy population in terms of productivity.

It was determined that home hemodialysis patients were more hopeful about their life and future and therefore they did not postpone their future plans according to findings in this study. In contrast, it is reported that the patients experienced more symptoms such as anxiety, depression, pain, sexual dysfunction, fatigue, and change in the concept of self due to process and side effects of center hemodialysis (Sert et al., 2015). Based on these results, it can be said that home hemodialysis treatment allows patients to realize their hopes and future plans due to their long life expectancy.

In addition to positive results, the patients reported that they perceived emotional negativity related to home hemodialysis treatment. There are a number of drawbacks in implementation and maintenance of treatment such as patient safety, complex procedures, caregivers' and family members' complaints in addition to the numerous benefits of home hemodialysis (NICE 2002; Tong et al., 2013; Vestman et al., 2014; Walker et al., 2017; Wong et al., 2014). In fact, instead of complications, concerns perceived as negativity in the study. The

patients stated that they experienced anxiety due to the transformation of their home into a hospital environment, the dialysis machine's presence as constant reminder of the disease at home and the disruption of the normalization of daily life due to the burden of treatment. Considering the study in its entirety, it is determined that patients feel more free with hemodialysis treatment at home in many areas from social and economic life to less drug use even with all their concerns about difficulty and reality of the treatment and disease. Managing patients' treatments (hour, time, blood flow rate, ultrafiltration rate etc.) by themselves removes them from patient role and helps them to gain autonomy (Vestman et al., 2014; Xi et al., 2013). Similarly, in a qualitative systemic review evaluating the perceptions of hemodialysis patients and caregivers done by Walker et al. (2015) found that home hemodialysis was an opportunity to strengthen freedom, flexibility, well-being and relationships (Walker et al., 2015). All these make it easier for patients to adapt more easily to daily life (NICE 2002). Based on these results, hemodialysis treatment at home allows the patients to adjust individual and physiological treatment according to their lifestyle, thus making patients independent physically, emotionally, socially and economically.

Based on these results, qualified training should be given to both health personnel and patients in order to spread the application of home hemodialysis which is new in Turkey and to direct appropriate patients to this treatment. In order to increase awareness about home hemodialysis treatment, trainings and application facilities should be provided to health personnel. Qualitative research is needed for comparison of home hemodialysis not only with the center hemodialysis treatment but also with all other renal replacement treatment methods.

Acknowledgement

We would like to express our deepest appreciation to all those who provided the possibility to complete this report. A special gratitude we giand to Dr Karaçam, whose contribution in stimulating suggestions and encouragement, helped me to coordinate our project especially in writing this report.

REFERENCES

- Aksayan, S., Emiroğlu, O.N. (2002). Araştırma tasarımı. Erefe, İ. (Ed.). Hemşirelikte araştırma: ilke süreç ve yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset
- Atasoy, İ., Çolak, H., Akdeniz, Y., Tanrısev, M., Özyurt B. (2013). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi. *Tepecik Eğit Hast Derg*, 23(3),133-141. doi: 10.5222/terh.2013.47715
- Coyne, I.T. (1997). Sampling in qualitative research: purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x>
- Daymon, C., Holloway, I. (2003). *Qualitative research methods in public relations and marketing communications*. London: Rout ledge.
- De Nour, A.K. (1982). Psychological adjustment to illness scale (PAIS): A study of chronic hemodialysis patients. *J Psychosom Res*,26,11-22. doi: .15419/bmrat.v4i12.392
- Duran, S., Güngör, E. (2015). Diyaliz hastalarının duygusal ve sosyal sorunlarının belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 41(2),59-63. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/421364>
- Guidance on home compared with hospital haemodialysis for patients with end-stage renal failure (TA48), NICE 2002. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta48>.
- Hanson, C.S., Chapman, JR., Craig, JC., Harris, D.C., Kairaitis, L.K., Nicdao, M., et al. (2017). Patient experiences of training and transition to home haemodialysis: a mixed methods study. *Nephrology*, 22(8),631-641. doi: 10.1111/nep.12827.
- Hergenrather, K.C., Zeglin, R.J., McGuire-Kuletz, M., Rhodes, S.D. (2015). Employment as a social determinant of health: a review of longitudinal studies exploring the relationship between employment status and mental health. *Rehab Res Policy Educ*, 29(3), 261-290. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1076009>
- Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J.D., Block, G., Humphreys, M.H. (2001). Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 12,2797-2806. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11729250>
- Karkar, A., Hegbrant, J., Strippoli, G.F.M. (2015). Benefits and implementation of home hemodialysis: a narratiand review. *Saudi J Kidney Dis Transplant*, 26(6),1095-1107. doi: 10.4103/1319-2442.168556
- Krespi, M.R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B., Salmon, P. (2008). Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını değerlendirmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4),365-372. Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/C19S4/365-372.pdf>
- Mcfarlane, P.A., Bayoumi, A.M., Pierratos, A., Redelmeier, D.A. (2003). The quality of life and cost utility of home nocturnal and conventional in-center hemodialysis. *Kidney International*, 64,1004-1011. doi:10.1046/j.1523-1755.2003.00157.x
- Miles, MB., Huberman, MA. (1994). *An expanded sourcebook qualitaianand data analysis*. London: Sage.
- Nesrallah, G.E., Lindsay, R.M., Cuerden, M.S., et al. (2012). Intensiand hemodialysis associates with improved survival compared with conventional hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 23(4),696-705. doi: 10.1681/ASN.2011070676.
- Ok, E., Duman, S., Asci, G., Tumuklu, M., Onen, S.O., Kayikcioglu, M., et al.(2011). Comparison of 4- and 8-h dialysis sessions in thrice-weekly in-centre haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 26,1287-1296. doi: 10.1093/ndt/gfq724.
- Saran, R., Robinson, B., Abbott, K.C., Agodoa, L.Y., Albertus, P., Ayanian, J., et al. (2017). US renal data system 2016 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*, 69(3),1-688. doi: 10.1053/j.ajkd
- Sert, F., Demir, A.B., Bora, İ., Yıldız, A., Ocakoğlu, G., Ersoy, A. (2015). Kronik renal yetmezlikli ve böbrek nakilli hastalarda uyku bozukluğunun araştırılması ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türk Uyu Tıbbi Dergisi*, 1,15-19. doi: 10.4274/jtsm.02.004
- Sklar, A.H., Riesenber, L.A., Silber, A.K., Ahmed, W., Ali, A. (1996). Postdialysis fatigue. *American Journal of Kdney Disease*, 28(5),732-736. doi:10.1053/AJKD03400464
- Süleymanlar, G., Utaş, C., Arınsoy, T., Ateş, K., Altun, B., Altıparmak, M.R., et al. (2011). A population-based survey of chronic renal disease in Turkey—the credit study. *Nephrol Dial Transplant*, 26,1862-1871. doi: 10.1093/ndt/gfq656.
- Süleymanlar, G., Ateş, K., Seyahi, N. (2018). *Türkiye'de nefroloji, diyaliz and transplantasyon - registry 2017*. Ankara: Türk Nefroloji Derneği. Available from: http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/Faaliyet_%20Raporu_2014-2017.pdf
- Trinh, E., Chan, C.T. (2017). The rise, fall, and resurgence of home hemodialysis. *Seminars In Dialysis*. doi: 10.1111/Sdi.12572
- Tong, A., Palmer, S., Manns, B., Craig, J.C., Ruosko, M., Gargano, L., Johnson, DW., Hegbrant, J., Olsson, M., Fishbane, S., Strippoli, GF. (2013). The beliefs and expectations of patients and caregivers about home haemodialysis: An interview study. *BMJ Open*, 3, e002148. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002148.
- Van, M.M. (1990). *Lived experience*. New York: State University of New York Press.
- Vestman, C., Hasselroth, M., Berglund, M. (2014). Freedom and confinement: patients' experiences of life with home haemodialysis. *Nurs Res Pract*, 1-7. doi: 10.1155/2014/252643.
- Walker, R.C., Hanson, C.S., Palmer, S.C., Howard, K., Morton, R.L., Marshall, M.R., Tong, A. (2015). Patient and caregiver perspectives on home hemodialysis: a systematic review. *Am J Kidney Dis*, 65(3),451-463. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.10.020.

27. Walker, R.C., Howard, K., Morton, R.L. (2017). Home hemodialysis: a comprehensive review of patient centered and economic considerations. *Clinicoeconomics and Outcomes Research*, 9, 149-161. doi: 10.2147/CEOR.S69340.
28. Watanabe, Y., Ohno, Y., Inoue, T., Takane, H., Okada, H., Suzuki, H. (2014). Home hemodialysis and conventional in-center hemodialysis in Japan: a comparison of health-related quality of life. *Hemodialysis International*, 18, 32-38. doi: 10.1111/hdi.12221.
29. Wise, M., Schatell D., Klicko, K., Burdan, A., Showers, M. (2010). Successful daily home hemodialysis patient-care partner dyads: benefits outweigh burdens. *Hemodialysis International*, 14(3), 278–288. doi: 10.1111/j.1542-4758.2010.00443.x
30. Wong, B., Zimmerman, D., Reintjes, F., Courtney, M., Klarenbach, S., Dowling, G., et al. (2014). Procedure related serious adverse events among home hemodialysis patients: a quality assurance perspective. *Am J Kidney Dis*, 63, 251-8. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.07.009.
31. Xi, W., Singh, P.M., Harwood, L., Lindsay, R., Suri, R., Brown, J.B., Moist, L.M. (2013). Patient experiences and preferences on short daily and nocturnal home hemodialysis. *Hemodial Int*, 17(2), 201–207. doi: 10.1111/j.1542-4758.2012.00731.x
32. Yıldırım, A., Şimşek, H. (2008). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Tıpkı Basım.
33. Zengin, O., Yıldırım, B. (2017). Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. *Turk Neph Dial Transpl*, 26 (1), 67-73. doi: 10.5262/tndt.2017.1001.11



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Orijinal Araştırma

Hemşirelik Öğrencilerinin Kullandıkları Bilgi Kaynaklarının İncelenmesi

Investigation of The Information Sources Used By Nursing Students

Alev YILDIZ ILIMAN ^{ID}*, İsmet EŞER ^{ID}, Gül Güneş AKTAN ^{ID}

^a Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE

ÖZET

Giriş: Araştırma hemşirelik öğrencilerin lisans eğitimleri süresince kullandıkları bilgi kaynaklarını incelemektedir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışma bir hemşirelik lisans programında 1., 2., 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören 575 öğrenci ile Mart-Nisan 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen “bilgi formu” ile toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin; %84,9'u kadın, %30,1'i 1. sınıf, %16,7'si 2. sınıf, %11,7'si 3. sınıf, %31,5'i 4. sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %31'i ders içeriklerini anlamak için bilgiye ihtiyaç duymakta ve öğrencilerin %79,8'i kütüphaneyi ders çalışmak için kullanmaktadır. Öğrencilerin %43,3'ü bilgi kaynağı olarak internet arama motorlarını kullanmaktadır. Öğrencilerin %39,7'si bilgi kaynaklarına erişim ile ilgili yetersiz eğitim aldıklarını, %35,8'i ise bilgi kaynaklarına erişimde isteksiz olduklarını belirtmiştir. Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin bilimsel dergilerden yararlanma oranı diğer sınıflara göre daha yüksek bulunmuştur. Dördüncü sınıf öğrencilerinin bilimsel veri tabanlarını kullanma oranları diğer sınıflara göre yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Çalışma lisans öğrenimi gören hemşirelik öğrencilerinin kullandıkları bilgi kaynakları ve engelleri hakkında veriler sunmaktadır. Elde edilen sonuçların, hemşirelik öğrencileri tarafından kullanılan bilgi kaynaklarının geliştirilmesine yönelik çalışmalara yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcük: Bilgi kaynakları, Hemşirelik, Öğrenci

ABSTRACT

Background: The research aims to determine the sources of information used by nursing students during their undergraduate education.

Methods: This descriptive study was conducted between March-April 2018 with 575 students in 1st, 2nd, 3rd and 4th grades studying in a nursing undergraduate program. The research data were collected with the “information form” developed by the researcher.

Results: The students who participated in the study; 84.9% were female, 30.1% were 1st grade, 16.7% were 2nd grade, 11.7% were 3rd grade, 31.5% were 4th grade students. 31% of the students need information in order to understand the course contents and 79.8% of the students use the library to study. 43.3% of the students use internet search engines as a source of information. 39.7% of the students stated that they received inadequate training on access to information sources and 35.8% stated that they were reluctant to access information sources. Third and fourth year students were found to be more likely to benefit from scientific journals than other classes. The rate of fourth grade students using scientific databases was higher than the other grades.

Conclusions: The study provides information about the sources of information and barriers used by nursing students studying at undergraduate level. It is thought that the results obtained will be useful for studies aimed at developing the information sources used by nursing students.

Key Words: Information resources, Nursing, Student.

*Sorumlu Yazar: Alev YILDIZ ILIMAN
Adres: Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE
e-posta: alav_yildiz@hotmail.com

GİRİŞ

Bilgi Çağı olarak adlandırılan günümüzde, bilginin değeri giderek artmakta ve gereksinim duyulan bilgiye kısa sürede ulaşmak büyük önem kazanmaktadır (Altay ve ark., 2012). Bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler ile bilgi kaynaklarının türlerinde ve sayısında yoğun bir artış yaşanmış, “nitelikli insan gücü”, “sürekli eğitim” ve “yaşam boyu öğrenme” kavramları ön plana çıkmıştır. Bireylerin bu yeni koşullara uyum sağlaması, bilgiyi ve bilgi kaynaklarını yaşantılarının her döneminde etkin bir biçimde yönetebilmeleri ve kullanabilmelerinin önemi artmıştır. Bilgi toplumunda nitelikli insan gücünü temsil etmek üzere "bilgi okuryazarlığı" kavramı ortaya çıkmıştır (Kurbanoglu, 2010). Bilgi okuryazarlığı kavramı, ilk kez 1974 yılında Amerika Birleşik Devletleri Bilgi Endüstrisi Derneği Başkanı Paul Zurkowski tarafından dile getirilmiştir. Zurkowski (1974), Kütüphaneler ve Bilgi Bilim Ulusal Komisyonu'na (National Commission on Libraries and Information Science-NCLIS) sunduğu bir öneride, iş yaşamlarında karşılaşılan sorunları bilgiye dayalı olarak çözmek için bilgi kaynaklarını ve çeşitli bilgi araçlarını kullanma teknik ve becerilerine sahip olan bireyleri “bilgi okuryazarı” olarak adlandırmıştır.

Modern sağlık hizmetlerinde bilgi kaynakları sürekli bir artış ve değişim yaşamaktadır. Bu gelişmeler sonucu oluşan bilgi kaynaklarına erişim ve en doğru bilgiyi kullanma zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti sunulan yerlerde, geleneksel uygulamaların kullanılması güncel bilgilerin uygulamaya aktarılmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle hemşirelik, tıp ve diğer sağlık disiplinleri kanıt temelli uygulamaları takip etmek durumundadır (Kocaman, 2003; Yılmaz, 2005). Sağlık hizmetlerinde kanıt dayalı uygulamaya dikkat çekmek için Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2012 temasını “Boşluğu Doldurmak - Kanıttan Eyleme” olarak belirlemiş ve bu temanın gerçekleşmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar yüklemiştir. Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen “Binyıl Kalkınma Hedefleri” nin başarılması dünya çapında bir hedeftir ve hemşireleri de eyleme davet etmektedir. Bu hedeflerin gerçekleşmesi için sağlık politikalarının düzenlenmesine aktif katılan, ulusal ve uluslararası alanda sağlık eylem planları hazırlayan ve bakımda kanıtları kullanan bir hemşire modeli önerilmektedir.

Hemşirelik alanında en önemli kaynaklardan biri olan CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)'da 1955 yılında sadece 13 dergi indekslenirken, günümüzde de 3000'den fazla dergi indekslenmektedir. Sürekli ve hızlı bir şekilde artan bilgi karşısında hemşirelerin kişisel veya profesyonel ilgi alanlarında sürekli öğrenme sorumluluğu almaları beklenmektedir. Ancak bu becerilerin hemşireler tarafından kazanılması bilgi okuryazarlığı eğitimlerinin hemşirelik eğitiminde verilmesi ile sağlanabilir (Faydalıgöl, 2015).

Güvenli ve etkili hemşirelik bakımı sağlamak için hemşirelerin uygulamalarını en iyi kanıtlara temellendirmesi gerekir (Younger, 2010; Wallace, 2000). Kanıt dayalı uygulamalar diğer mesleklerde olduğu gibi hemşirelik için de mesleki bir standart olduğundan bilgi gereksiniminin belirlenmesi, bilginin bulunması, elde edilmesi, değerlendirilmesi, etik kullanımı ve en iyi uygulamada amaç olarak görülmesi hemşirelik eğitimi ve uygulamasının temelini oluşturmaktadır (Faydalıgöl, 2015; Miller ve ark., 2010). McNeill ve arkadaşları (2003), sağlık hizmeti sunumunda etkili karar vermenin zamanında ve doğru

bilgiye dayandığını belirtir. Hemşireler özellikle sürekli artan bilgi kaynaklarından doğru bilgiye ulaşabilmeli ve karar almayı başarabilmelidir. Dolayısıyla hemşirelerin kullandıkları bilgi kaynaklarının güvenilirliği verilen hizmetin etkinliğini etkilemektedir. Hemşireler bu becerileri en iyi lisans öğrenimleri sürecinde edinebileceği ve eğitimleri süresince geliştirilebileceği özellikle vurgulanmaktadır (Barnard ve ark., 2005; Hallila ve ark., 2014).

Hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin güvenilir bilgi kaynaklarını, hemşirelik uygulamalarında, eğitiminde ve yönetiminde kullanımına nasıl teşvik edileceği günümüzün en yaygın problemlerindedir (Spath ve Buttlar, 1996). Diğer sağlık profesyonellerinde olduğu gibi hemşirelikte de zamanın sınırlı olması, hemşireleri kullanıma uygun ve erişimi kolay olan bilgi kaynaklarına yöneltmiştir (Dee ve Stanley, 2005). Yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin bilgi gereksinimlerini daha çok meslektaşlarından ve diğer sağlık çalışanlarından yararlanmaktadır. Bunun yanında son zamanlarda telefon ve bilgisayar kullandıklarını belirtmektedir (Doran ve ark., 2007). Hemşireler informal bilgi kaynaklarını formal bilgi kaynaklarına tercih ettikleri belirtilmiştir (Hashempour, 2016). Fakat kullanılan bu kaynaklardan elde edilen tüm bilgilerin güvenilir ve kanıt değeri taşımadığı göz ardı edilmektedir (Spath ve Buttlar, 1996).

Hemşirelik lisans programlarından mezun olan meslek üyelerinin sağlık bakım hizmetlerine hem teorik hem de uygulama becerisi yönüyle önemli bir iş gücü unsuru olarak katılmaktadırlar. Bu temel unsur ise öğrencilerin sağlıklı ve yeterli bilgi arama davranışı sergilemelerine bağlıdır. Hemşirelik mesleğinin teknolojik ilerlemelere paralel bir gelişim gösterebilmesi için hemşirelerin güncel bilimsel bilgileri takip etmede bilişim teknolojilerinden yararlanma düzeylerini arttırmaları ve bu teknolojileri kullanma becerilerini geliştirmeleri büyük önem taşımaktadır (Miller ve ark., 2010; Tatlı ve ark., 2018).

Bu çalışmada özellikle hemşirelik öğrencilerinin teorik ve uygulama boyunca en çok hangi süreçte bilgiye gereksinim duydukları, bu gereksinimi karşılamak için öncelikli olarak hangi kaynaklara başvurdukları ve bu kaynaklara ulaşırken yaşadıkları engellerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda çalışmamızda hemşirelik lisans programlarında öğrencilerin kullandıkları kaynakların eğitim süresince değişip değişmediği, değişti ise bunun hangi yönde olduğunu incelenmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte araştırmadır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini bir hemşirelik fakültesinde öğrenim gören tüm lisan öğrencileri oluşturmuştur. Örnekleme, evreni bilinen örnekleme formülü kullanılarak, %95 güven aralığının da %5 hata ile tabakalı orantılı dağıtım örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Buna göre, 1. sınıf 172, 2. sınıf 159, 3. sınıf 164, 4. sınıf 212 olarak belirlenmiştir.

Veri toplama araçları

Çalışmada veri toplamak için araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. İlgili literatür incelenerek oluşturulan formda öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve kaynakları kullanma sıklığı, amacı, kullanılan kaynaklar, yaşanan engeller olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin analizi

Verilerin analizi, Statistical Package For Social Science (SPSS) 21.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

Araştırmanın etik yönü

Araştırma verileri, etik ve kurum izinleri alındıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden anket yöntemi ile toplanmıştır. Etik kurul onayı Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Ve Yayın Etiği Kurulundan 39-2018 protokollü, 02/18 sayılı karar ile 22.02.2018 tarihinde alınmıştır

BULGULAR**Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyo-demografik Özellikleri ve Bilgi Kaynaklarına Erişimi**

Değişkenler	N	%
Yaş Ortalama ±Standart sapma	21.52±1.72	
Cinsiyet		
Kadın	488	84.9
Erkek	87	15.1
Sınıf		
1.sınıf	173	30.1
2.sınıf	96	16.7
3.sınıf	125	11.7
4.sınıf	181	31.5
Mezun olunan lise türü		
Anadolu Lisesi	433	75.0
Düz Lise	69	12.0
Öğretmen Lisesi	58	10.1
Diğer Liseler	15	2.5
Kişisel bilgisayar varlığı		
Evet	463	80.5
Hayır	112	19.5
Akademik başarı algısı		
İyi	147	25.6
Orta	389	67.7
Kötü	39	6.8
İnternete 24 saat ulaşım		
1. Evet	435	75.7
2. Kısıtlı olarak	112	19.5
3. Hayır	28	4.9
**Kütüphaneyi kullanım amacı		
1. Ders çalışmak	459	79.8
2. Basılı kaynaklara ulaşmak	146	25.4
3. Veri tabanları, kütüphane dizinlerinden yararlanma	99	17.2
4. Grup çalışmaları yapmak	95	16.5
5. Bilgisayar ve internetten yararlanmak	65	11.3
*En çok bilgiye ihtiyaç duyulan durumlar		
1. Ders içeriğini anlamak	178	31.0
2. Proje ödevlerini yapmak	113	19.7
3. Sınavlara hazırlanmak	105	18.3
4. Hemşirelik sürecini hazırlamak	70	12.1
5. Hastalık bilgisine ulaşmak	68	11.8
6. Hastalara eğitim vermek	41	7.1
**Kullandıkları öncelikli bilgi kaynakları		
1. İnternet (Google/Yandex)	249	43.3
2. Bilimsel dergiler	224	39.0
3. Ders kitapları/kaynakları/kaynakları	165	28.7
4. Öğretim elemanları	152	26.4
5. Akranlar	117	20.3
6. Kütüphane	54	20.0
Bilgiye ulaşmada güçlük yaşama nedeni		
1. Yetersiz eğitimi (bilgi kaynaklarına ulaşmada)	228	39.7
2. İsteksizlik	206	35.8
3. Kütüphanenin konumu	96	16.7
4. Bilgisayar olmaması	45	7.8
Tek başına online veri tarama yapabilme		
1. Evet	462	80.3
2. Hayır	113	19.7
*Kullanılan internet arama motorları/veri tabanları		
1. Google Akademik	534	58.8
2. Pubmed	115	17.3
3. Science Direct	102	11.2
4. Diğer		
*Online kaynaklara ulaşma engelleri		
1. Eğitim yetersizliği	274	47.7
2. Zaman yetersizliği	223	38.8
3. Bilgisayar/internete ulaşma	182	31.7
**Klinik uygulamada kullandıkları kaynaklar		
1. İnternet(Google/Yandex)	197	34.3
2. Ders kitapları/kaynakları	146	23.7
3. Akranlar	100	17.4
4. Deneme yoluyla	73	12.7
5. Gözlem yoluyla	67	11.7
6. Hemşireler	64	11.1
7. Öğretim elemanları	52	9.0

(* birden fazla seçenek **seçeneklerin sıralanması)

Tablo 1'de öğrencilerin yaş ortalaması 21,52±1,72 yıl olup %84,9'u kadın, %31,5'i 4. sınıf öğrencisi, % 75'i Anadolu Lisesi mezunudur ve %67,7'si akademik başarı düzeyini orta düzey olarak tanımlamaktadır. Katılımcıların %80,5'inin kişisel bilgisayarı bulunmaktadır. Öğrencilerin bilgi kaynaklarına erişimine ilişkin veriler sunulmuştur. Öğrencilerin %75 internete 24 saat ulaşabilmekte ve %79'u kütüphaneyi ders çalışmak amacıyla kullanmaktadır. Bilgiye en çok ihtiyaç duydukları durumlar sıralandığında; ders içeriğini anlamak (%31), proje ödevlerini yapmak (%19,7) ve sınavlara hazırlanmak (%18,3). Öğrencilerin bu gereksinimi karşılamak için kullandıkları kaynakları sıralaması ise sırasıyla; internet (%43), bilimsel dergiler (%39), ders kitapları/kaynakları (%28,7), öğretim elemanları (%26,4), akranlar (%20,3) ve kütüphane (%20) olmuştur. Kaynaklara erişimde yaşanan güçlük nedenleri arasında ilk sırada bilgiye ulaşmakla ilgili yetersiz eğitim (%39,7), isteksizlik (%35,8) ve kütüphanenin konumu (%16,7)'dur. Ayrıca öğrencilerin %19'u online veri taramayı tek başına yapamadıklarını belirtmiştir. Online veri tararken kullanılan arama motorları sırasıyla; Google Akademik (%58,8), Pubmed (%17,3), Science Direct (%12,7) ve diğerleri (%11,2)'dir. Öğrencilerin online kaynaklara ulaşmada yaşadıkları engeller sırasıyla; eğitim yetersizliği (%47,7), zaman yetersizliği (%38,8) ve kaynak yetersizliği (%31,7)'dir. Klinik uygulama sırasında kullandıkları kaynakları sıraladıklarında ilk üç sırada; internet (%34,3), ders kitapları/kaynakları (%23,7) ve akranlar (%17,4) oluşturmuştur.

Tablo 2. Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi Kaynaklarını Kullanım Sıklığı

Bilgi kaynakları	1'den az/haftada		1-3 kez/haftada		4-6 kez/haftada		6 ve üzeri/haftada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kütüphane	349	60.7	158	27.5	44	7.7	24	4.2
İnternet (Google/Yandex)	9	1.6	73	12.7	178	31.0	315	54.8
Öğretim elemanı	316	55.0	178	31.0	61	10.6	20	3.5
Ders kitap-kaynakları	28	4.9	166	28.9	224	39.0	157	27.3
Akranlar	85	14.8	217	37.7	161	28.0	112	19.5

Tablo 2'de öğrencilerin % 60,7'si haftada birden az kütüphaneyi, %54,8'i haftada altı ve üzeri interneti, %39'u haftada dört-altı arasında ders kitapları/kaynakları, %37,7'si haftada bir-üç arasında akranlarına, %55'i haftada birden az öğretim elemanına başvurduklarını belirtmiştir.

Tablo 3. Hemşirelik öğrencilerinin çeşitli değişkenlere göre online arama motorlarını kullandıkları durumları

Değişkenler	Kullanılan arama motorları							
	Google akademik		Pubmed		Science direct		EBSCO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet								
Kadın	465	95.3	133	27.3	94	19.3	47	9.6
Erkek	76	87.4	21	24.1	20	23	13	14.9
Sınıf								
1.sınıf	160	92.5	9	5.2	11	6.4	4	2.3
2.sınıf	93	96.9	6	6.3	6	6.3	1	1
3.sınıf	122	97.6	30	24	15	12	2	1.6
4.sınıf	166	91.7	109	60.2	82	45.3	53	29.3
Lise								
Anadolu Lisesi	413	95.4	125	28.9	92	21.2	42	9.7
Öğretmen Lisesi	53	91.4	10	17.2	7	12.1	4	6.9
Düz Lise	65	94.2	17	24.6	14	21.2	14	20.2

Tablo 3'te kadın öğrencilerin bilgiye ulaşmak için kullandıkları ilk dört arama motoru Google Akademik (%95,3); erkek öğrencilerin ise Google Akademik (%87,4); sınıf değişkenine göre birinci sınıf öğrencilerin başvurdukları arama motoru Google Akademik (%92,5); ikinci sınıf öğrencileri Google Akademik (%96,9); üçüncü sınıf öğrencileri Google Akademik (%97,6); dördüncü sınıf öğrencileri Google Akademik (%91,7)'dir. Öğrencilerin çoğunluğu Anadolu Lisesi mezunu ve öğrencilerin çoğunluğunun (%95,4) başvurduğu arama motoru Google Akademiktir.

Tablo 4. Sınıf değişkenine göre öğrencilerin tercih ettikleri bilgi kaynaklarının sıralanması

Tercih sırası	1.sınıf		Tercih sırası	2. sınıf	
	n	%		n	%
1. İnternet (Google/Yandex)	80	46.2	1. Ders kitapları/kaynakları	43	44.8
2. Ders kitapları/kaynakları	54	31.2	2. İnternet (Google/Yandex)	39	40.6
3. Öğretim elemanları	38	22	3. Akranlar	26	27.1
Tercih sırası	3.sınıf		Tercih sırası	4. sınıf	
	n	%		n	%
1. Ders kitapları/kaynakları	60	48	1.İnternet (Google/Yandex)	90	49.7
2. İnternet (Google/Yandex)	56	44.8	2. Ders kitapları/kaynakları	54	29.8
3. Bilimsel dergiler	29	23.2	3.Bilimsel dergiler	40	22.1

Tablo 4'te hemşirelik öğrencilerinin sınıf değişkenine göre ilk üç sırada tercih ettikleri bilgi kaynaklarına ilişkin veriler sunulmuştur. Birinci sınıf öğrencileri bilgi kaynağı olarak başvurdukları kaynaklar sırasıyla internet (%46,2), ders kitapları/kaynakları (%31,2), öğretim elemanları (%22); ikinci sınıf öğrencileri sırasıyla ders kitapları/kaynakları (%44,8), internet (%40,6), akranlar (%27,1); üçüncü sınıf öğrencileri sırasıyla ders kitapları/kaynakları (%48), internet-elektronik kaynaklar (%44,8), bilimsel dergiler (%23,2); dördüncü sınıf öğrencileri sırasıyla internet-elektronik kaynaklar (%49,7), ders kitapları/kaynakları (%29,8), bilimsel dergiler (%22,1)'dir.

Tablo 5. Sınıf değişkenine göre klinik uygulamada öğrencilerin tercih ettikleri bilgi kaynaklarının sıralanması

Tercih sırası	2.sınıf		Tercih sırası	3.sınıf		Tercih sırası	4. sınıf	
	n	%		n	%		n	%
1.İnternet (Google/Yandex)	29	30.2	1.Ders kitapları/kaynakları	57	45.6	1. Ders kitapları/kaynakları	43	44.8
2.Öğretim elemanları	23	24	2. İnternet (Google/Yandex)	44	35.2	2. İnternet (Google/Yandex)	39	40.6
3.Ders kitapları/kaynakları	13	13.5	3.Akranlar	27	21.	3. Akranlar	26	27.1

Tablo 5'te hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaları sırasında tercih ettikleri kaynakların sınıf değişkenine ilişkin verileri sunulmuştur.

İkinci sınıf öğrencileri sırasıyla internet (%30,2), öğretim elemanları (%24), ders kitapları/kaynakları (%13,5); üçüncü sınıf öğrencileri sırasıyla ders kitapları/kaynakları (%45,6), internet (%35,2), akranlar (%21,6); dördüncü sınıf öğrencileri sırasıyla ders kitapları/kaynakları (%44,8), internet-elektronik kaynaklar (%40,6) ve akranlar (27,1)'dir.

TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bu çalışmada öğrencilerin bilgiye gereksinim duydukları durumların çoğunluğunu sırasıyla; ders içeriklerini anlama, proje ödevlerini yapma, sınavlara hazırlanma, hastalık hakkında bilgiye ulaşma süreçlerinin oluşturduğu görülmüştür. Hemşirelik öğrencilerinin bilgiye gereksinim duydukları durumlarda ise çoğunlukla başvurdukları kaynaklar sırasıyla; internet, ders kitapları/kaynakları, akranlar, kütüphane, öğretim elemanları ve bilimsel dergilerdir. Sınıf değişkenine göre ise birinci sınıf öğrencilerin ilk sırada interneti tercih etmiş, bunun nedenleri arasında tıbbi literatüre yabancı olmalarıdır. İkinci sınıf öğrencileri ilk sırada ders kitapları/kaynaklarını tercih etmeleri, klinik uygulamaya başlamaları nedeniyle uygulama sırasında bilgi gereksinimlerini karşılamak için çoğunlukla ders kitapları/kaynakları ve ders notlarına başvurmalarıdır. Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin bilgi kaynağı olarak internet ve ders kitapları/kaynaklarından sonra bilimsel dergileri kaynak olarak kullandıkları belirlenmiştir (Culley, 2014;Olajide ve Otunla, 2015). Bu değişimin, sınıf düzeyi arttıkça öğrencilerin araştırma dersi alması, araştırma ödevi ve bitirme projeleri yapmaları ile geliştiği belirtilmektedir (McCleary ve Brown, 2003;Karadaş ve Özdemir, 2015). Yapılan bir çok çalışmada sınıf düzeyi ile hemşirelik öğrencilerinin bilimsel bilgiye ulaşma davranışları arasında pozitif korelasyon olduğu ancak geliştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Kurt ve ark., 2011; Polat ve ark., 2014).

Öğrencilerin klinik uygulamaları sırasında başvurdukları öncelikli kaynaklar; sırasıyla internet, ders kitapları/kaynakları ve akranlar oluşturmuştur. Sınıf düzeyine göre ise bu değişim göstermiştir. Bu değişim ilk yıllarda sıklıkla internet ve öğretim elemanları iken sınıf düzeyi yükseldikçe ders kitapları/kaynakları, elektronik kaynaklar, akranlar olmuştur. Öğrencilerin bilgi ve deneyimlerinin artması ile profesyonel davranışlar sergilemelerinin yanında bilgiye ulaşmada da bağımlılıklarının azaldığı söylenebilir (Karadaş ve ark., 2015;Lui ve ark., 2008). Yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulama sırasında başvurdukları kaynaklar; sağlık çalışanları, dergiler ve ders kitapları/kaynaklarıdır. Bunun nedenleri arasında ise hızlı, güvenilir ve özlü bilgi olması gerekçe gösterilmiştir (Dee ve Stanley, 2005;Doran ve ark., 2007; Hashempour, 2016). Bu konuda yapılan benzer çalışmalar hemşirelik öğrencilerinin bilimsel bilgiye ulaşma ve takip etmede yeterli düzeyde olmadığı belirtilmiştir(Karadaş ve özdemir, 2015;Arslan ve Çelen, 2018).

Öğrenciler kütüphaneyi çoğunlukla ders çalışmak için tercih etmektedir. Öğrencilerin yarısından çok daha azı kitaplar, grup çalışması ve elektronik veri tabanlarından kullanmak amacıyla kütüphanelerden yararlanmaktadır. Sınıf düzeyine göre kütüphaneden yararlanma amaçları arasında farklılık görülmemiştir. Yapılan çalışmalar da hemşirelik öğrencilerinin bilgi kaynaklarını kullanma amaçları arasında çoğunlukla ders çalışmak ve ödünç kitaplardan yararlanmak yer almaktadır bu da çalışmamızın bulgularıyla örtüşmektedir. Öğrencilerin araştırma yapmak için kütüphanenin bilgisayar ve internet

kaynaklarından yararlandıklarını fakat veri tabanlarını çoğunlukla kullanmadıkları belirtilmiştir (Faydalıgöl, 2015). Bununla birlikte literatürde yer alan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin elektronik kütüphane kataloglarını kullanmakta “yetersiz” olduğu belirtilmiştir (Cole ve Kelsey, 2004). Ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin süreli bilimsel yayınlardan çok edebi eser okudukları (Akçakaya ve ark., 2012; Kartal ve ark., 2012; Karabulut ve ark., 2015), kütüphaneyi veri tabanlarına ulaşmaktan çok ders çalışmak için kullandıkları diğer kaynaklar tarafından da desteklenmiştir (Yılmaz, 2010; Maden, 2011).

Hemşirelik öğrencilerinin en sık kullandıkları veri tabanları sırasıyla; Google Akademik, Pubmed, Science Direct'tir. Sınıf düzeyine göre ise; birinci ve ikinci sınıf öğrencilerin büyük çoğunluğunun sadece Google Akademik iken, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerin ise çoğunluğu Google Akademik kullanmanın yanında Pubmed ve Science Direct'i de kullanmaktadır, bu kullanım oranı son sınıf öğrencilerinde daha yüksektir. Ülkemizde yapılan çalışmaya göre ise birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin çok azı interneti bilimsel veri tabanlarını kullanmak için tercih etmektedir (Faydalıgöl, 2015). Veri tabanlarını kullanmaya yönelik verilen eğitimin öğrencilerin online dergileri kullanma oranlarını arttırdığını göstermektedir (Karadaş ve Özdemir, 2015). Yapılan yurtdışı yayınlarda hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğu CINAHL'i kullanmakta Pubmed ve MEDLINEplus'ta diğer en yaygın kullanılan veri tabanları arasındadır (Culley ve ark., 2014; Dee ve Stanley, 2015). Öğrencilerin büyük çoğunluğunun kişisel bilgisayarını ve yirmi dört saat internet erişimi bulunmasına rağmen veri tabanları ve diğer bilgi kaynaklarına ulaşmaları ile ilgili çoğunlukla yaşadıkları güçlük; bilgiye ulaşmada yetersiz eğitim ve isteksizlik olduğunu belirtmişlerdir. Diğer çalışma bulgularına göre ise; eğitim yetersizliği, zaman yetersizliği, yeterli İngilizce bilme ve kaynak yetersizliğidir (Lathey ve Hodge, 2001; Verhey, 1999; Wallace ve ark., 2000).

Öğrencilerin bilgi kaynaklarını kullanma sıklıklarına bakıldığında ise; öğrencilerin çoğunlukla kütüphaneye ve öğretim elemanlarına haftada birden az başvurdukları, ders kitapları/kaynaklarına haftada 4-6 kez başvurdukları ve internet (Google/Yandeks) arama motorlarına ise haftada 6 ve üstünde başvurdukları belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin internet kaynaklarını kullanmaları ile ilgili yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (Dee ve Stanley, 2005; Faydalıgöl, 2015; Olajide ve Otunla, 2015).

Araştırmalar, 1990'ların ortasından bu yana, sağlık bilimlerinde profesyonellerin online bilgileri kullandıklarını ve bunun katlanarak arttığını (Olajide ve Otunla, 2015). Bu değişim hemşirelik öğrencilerinde de görülmüştür. 2000'li yılların başlarında yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencileri basılı kaynakları kolay ulaşım, kullanışlı olması ve güvenilir olmaları nedeniyle elektronik kaynaklara göre daha fazla tercih etmiştir (Bartha, 1995; Grefshein ve Rankin, 2007; Urquhart ve Davies, 2015). Yakın zaman içinde yapılan çalışmalarda ise özellikle klinik öğretim sırasında öğrencilerin internet ve elektronik kaynakları kullanmaya yönelik eğilimlerinde artış gözlenmektedir (Culley ve ark., 2014; Hallila ve ark., 2014; Karadaş ve Özdemir, 2015). Kanıt dayalı uygulamaların gerekliliği bu süreçte daha da önem kazanmış lisans mezunu hemşirelerden beklenen özellikler arasında yer almıştır. Ancak yapılan çalışmalarda lisans öğrencilerinin kanıt dayalı uygulama becerilerinin gelişmesindeki en önemli eksikliğin araştırma becerileri ile ilgili olduğu yönündedir (Ryan, 2016).

Teknolojinin yaşamın her alanında kullanımının yaygınlaşması hızlı ve kolay erişim sağlaması sağlık uygulamalarında kullanımın yaygınlaşma nedenleri arasındadır.

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçlarına göre hemşirelik öğrencilerinin lisans eğitiminin ilk yıllarında bilgi kaynağı olarak çoğunlukla ders kitapları ve öğretim elemanlarından yararlandıklarını, son sınıfa doğru bu kaynakların dışında bilimsel dergiler ve veri tabanlarına başvurdukları belirlenmiştir. Klinik uygulamada ise bu değişimin yönü elektronik kaynakların yanı sıra ekranlar olmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin kanıt dayalı uygulama yapma becerileri gelişmesi için bilgi kaynaklarına ulaşabilme ve kullanabilme becerilerin geliştirilmesi ve desteklenmesi ile sağlanabileceği belirtilmektedir. Bu becerilerin ise hemşirelik eğitimi süresince kazanılması ve mesleki uygulamalarda sürdürülmesi gerekmektedir. Öğrenci hemşirelerin bilimsel bilgi kaynaklarına ulaşma ve kullanabilme düzeylerinin düşük olduğu bu alanlara özgü gelişmelerinin desteklenmeye ihtiyacı olduğu yapılan birçok çalışmada önerilmektedir. Çalışmalar araştırma bilgi ve becerileri gelişen öğrencilerin klinik uygulamada da daha güvenilir bilgiye kullanmaya yönelik tutumlarının geliştiğini göstermektedir. Ayrıca araştırmalar bilgi becerileri gelişen öğrencilerin mezun olduktan sonrada bilimsel araştırma yapmaya istekli olduğu yönündedir. Hemşirelik öğrencilerinin online bilgi kaynaklarına ulaşma ve bu kaynakları kullanabilmeleri için gerekli eğitim ve olanakların sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akçakaya, M., Demir T., Gündoğan, S. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Kitap Okuma Alışkanlığına İlişkin Tutumları: Bir Sağlık Yüksekokulu Örneği. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2012; 20(2): 120-128.
2. Altay, A., Akin, GS., Yılmaz, A. (2012). Meslek yüksekokul öğrencilerinin bilgi arama davranışı özellikleri üzerine bir araştırma: kırklareli üniversitesi pınarhisar meslek yüksekokulu örneği. *Bilgi Eksenli Kuram ve Uygulamalar Sorgulayıcı ve Çözümleyici Yaklaşımlar Sempozyumu*. Erişim Tarihi: 11.04.2019, <http://acikerisim.kirklareli.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.11857/198/14.html.pdf?sequence=1>
3. Arslan FT, Çelen R. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 27(2),99-106.
4. Bang, K.S., Kang, JH., Jun, MH., Kim, HS., Son, HM., Yu, SJ., et al. (2011). Professional values in Korean undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 31(1),72-75.
5. Barnard, A., Nash, R., O'Brien, M. (2005). Information literacy: developing lifelong skills through nursing education. *Journal of Nursing Education*, 44(11), 505-510.
6. Bartha, KM. (1995). Information seeking, research utilisation and barriers to research utilisation of pediatric nurse educators. *Journal of Professional Nurses*, 11(1), 9-57.
7. Cogdil, K. (2003). Information needs and information seeking in primary care: A study of nurse practitioners. *Journal of Medical Library Association*, 91(2), 203-215.
8. Cole, L. ve Kelsey, A. (2004). Computer and information literacy in post-qualifying education. *Nurse Education in Practice*, 4, 190-199.
9. Çevik, K., Khorshid, L. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel davranışları uygulayabilme durumlarının belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(2), 23-30
10. Dee, C. ve Stanley, E. (2005). Information-seeking behavior of nursing students and clinical nurses: Implications for health sciences librarians. *Journal Medical Library Association*, 93(2), 12-20.

11. Yılmaz, EY.(2010). Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve kitap okuma alışkanlığına ilişkin tutumları. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,36-40.
12. Doran, DM., Mylopoulos, J., Kushniruk, A., Nagle, Laurie-Shaw., Sidani S. (2007). Evidence in the palm of your hand: Development of an outcomes-focused knowledge translation intervention. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4, 1–9.
13. Faydalıgül, ÖD. (2015). Hemşirelik öğrencilerinde bilgi okuryazarlığı eğitimi.25-27 Kasım 2015 tarihinde gerçekleşen 6th International Symposium on Information Management in an Changing World'de sunulmuştur. (Erişim tarihi: 12.04.2019), <https://ab.org.tr/ab16/bildiri/137.pdf>
14. Grefshein, SF. ve Rankin, J.A. (2007). Information needs and information seeking in a biomedical research setting: A study of scientist and science administrators. *Journal of Medical Library Association*, 95(4), 426-434.
15. Hashempour, L. (2016). Hemşirelerin bilgi gereksinimleri ve bilgi arama davranışları. 1. Uluslararası Öğrenciler Sosyal Bilimler Kongresi, Erişim tarihi: 18.9.2019, https://www.academia.edu/37487837/Uluslars%C4%B1_%C3%96%C4%9Fenciler_Sosyal_Bilimler_Kongresi_bildiler_kitab%C4%B1_Vol_2.pdf
16. ICN (2012). Erişim tarihi: 21 Mayıs 2020. <http://www.icn.ch/publications/2012-closing-the-gap-from-evidence-to-action/>
17. Hallila, LE., Zubaidi, RA., Ghamdi, NA., Alexander, G. (2014). Nursing students' use of internet and computer for their education in the college of nursing. *Int J Nurs Clin Pract*, 1:108.
18. Karadag, A., Hisar, F., Gocmen, Baykara., Z, Caliskan., N, Karabulut., H, Ozturk, D. (2015). A longitudinal study on the effect of tailored training and counseling on the professional attitude of nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 31(3), 262-270.
19. Karadaş, C. ve Özdemir, L. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin araştırmaya yönelik farkındalık ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30-39.
20. Kartal, A., Özen, İÇ., Ağgön, B. (2012). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin boş zamanlarını değerlendirme alışkanlıkları. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(1): 1-9.
21. Karabulut N, Gürçeyir D, Kavuran E. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine öğrenmeye hazır oluş düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1): 114.
22. Kocaman, G (2003). Hemşirelikte kanıt dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, (2), 61-69
23. Kurt AA, İzmirli ÖŞ, Fırat M, İzmirli S.(2011). Bilimsel araştırma yöntemleri dersine ilişkin bilgisayar ve öğretim teknolojileri eğitimi bölümü öğrencilerinin görüşlerinin incelenmesi. *Dumlupınar Üniv Sosyal Bil Derg*; 30,19-28.
24. Kurbanoğlu, SS. (2010). Bilgi Okuryazarlığı: kavramsal bir analiz. *Türk Kütüphaneciliği* 24, 4 (2010), 723-747
25. Lathey, JW. ve Hodge, B. (2001). Information seeking behavior of occupational health nurses: how nurses keep current with health information. *AAOHN Journal*, 49(2), 87–95.
26. Lui, MH., Lam, LW., Lee, IF., Chien, WT., Chau, JP., Ip, WY. (2008). Professional nursing values among baccalaureate nursing students in Hong Kong. *Nurse Educ Today*, 28(1), 108-114.
27. Maden S. (2011). Hemşire adaylarının okuma alışkanlıklarının çeşitli değişkenlere göre değerlendirilmesi. *Erzurum Kültür Eğitim Vakfı Akademik Dergisi*,47(15): 443-460.
28. McCulley, C. ve Jones, M. (2014). Fostering RN-to-BSN students' confidence in searching online for scholarly information on evidence-based practice. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(1), 22–27.
29. Miller, LC., Graves, RS., Jones, BB., Sievert, JM. (2010). Beyond Google:finding and evaluating web-based information for community-based nursing practice. *International Journal of Nursing Education Dcholarship*, 7(1),1-16.
30. Nayda, R. ve Rankin, E. (2008). Information literacy skill development and life long learning: exploring nursing students' and academics' understandings. *Australian Journal Of Advanced Nursing Volume* 26(2),27-33.
31. Olajide, AA. ve Otunla, AO. (2015). Use of information resources by student nurses. *Library Philosophy and Practice Journal*,1255
32. Pravikoff, D. (2000). On the information highway; or sitting on the curb. *Journal of Nursing Educator*, 39(3), 99-100.
33. Polat M. Eğitim Fakültesi öğrencilerinin bilimsel araştırmaya yönelik tutumları. *PAUSBED* 2014;18:73-86.
34. Ryan JE.(2016). Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence-based practice—an integrative literature review. *J Clin Nurs* 2016;25:1548–56
35. Spath, M. ve Buttlar, L. (1996). Information and research needs of acute-care clinical nurses. *Bull Med Libr Assoc*, 84(1),113-116.
36. Tatlı, Z., Aydın, A., Şimşek, P., Özdemir, M., Gölbaşı, S., Karacan, S., Gürsoy, A., Gündüz, A. (2018). Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin bilişim teknolojilerini kullanma durumları. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 18-2.
37. Verhey, MP. (1999). Information literacy in an undergraduate nursing curriculum: development, implementation, and evaluation. *Journal Nursing Education*, 38(6), 252–9.
38. Younger, P. (2010). Internet-based information-seeking behaviour amongst doctors and nurses: A short review of the literature. *Health Information and Libraries Journal*, 27(1), 2-10.
39. Wallace, M., Shorten, A., Crookes, P. (2000). Teaching information literacy skills: an evaluation. *Nurse Education Today*, 20(6), 485-489.
40. Yılmaz, M. (2005). Hemşirelik bakım kalitesini geliştirme yolu olarak kanıt dayalı uygulama. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,9 (1), 41-48.
41. Zurkowski, P. G. (1974). The information service environment: Relationships and priorities. (Report ED 100391). Washington DC: National Commission on Libraries and Information Science.



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Derleme

Total Diz Protezi Ameliyatı Planlanan Bireylere Neden Danışmanlık Verilmeli? Why Should Consultancy Be Offered To The Patients Scheduled For Total Knee Arthroplasty?

Çiğdem KAYA *,^a Özlem BİLİK  ^b

^a Uşak Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, UŞAK, TÜRKİYE

^b Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE

ÖZET

Total diz protezi ameliyatı hastaları fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen önemli bir cerrahi girişimdir. Ameliyattan sonra iyileşme sürecinin uzun olması, hastaların özellikle enfeksiyon riski nedeniyle erken taburcu edilmeleri; hasta ve ailelerin çeşitli sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu süreçte hasta ve aile üyelerine profesyonel bir desteğin sürdürülmesinde ortopedi hemşirelerinin danışmanlık rolü ön plana çıkmaktadır. Danışmanlık ile hem hastanın hem de ailenin sürece ilişkin bilgilendirilmeleri ve ameliyata eksiksiz hazırlanmaları sağlanmakta; özellikle taburculuktan sonra verilen desteğin sürdürülmesi bir yandan hastanın proteze uyumunu ve memnuniyetini arttırırken diğer yandan ailelerin karşılaştıkları sorunları çözmelerinde yardımcı olmaktadır.

AnahtarKelimeler: Danışmanlık, Hemşirelik, Total Diz Protezi

ABSTRACT

Total knee arthroplasty is a significant surgical intervention which affects patients physiologically, psychologically and socially. Long recovery period following the operation and early discharge especially due to infection risk lead to various problems for patients and their families. In this process, the consultant role of orthopedic nurses stands out in maintaining professional support to patients and their family members. Through consultancy it is provided that both the patient and the family are informed about the process and they are fully prepared for surgery and maintenance of the support especially after the discharge, on one hand, increases patient compliance and satisfaction with the prosthesis, on the other hand, help families solve the problems they experience.

Key words: Counseling, Nursing, Total Knee Replacement

*Sorumlu Yazar: Çiğdem KAYA
Adres: Uşak Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, 1 Eylül Kampüsü, UŞAK, TÜRKİYE
e-posta: ciğdem.kaya@usak.edu.tr

GİRİŞ

Total diz protezi (TDP) ameliyatı hastaların ağrılarının giderilmesinde ve eklem hareketlerinin yeniden kazandırılmasında oldukça başarılı bir cerrahi girişimdir ve son yıllarda yaygın olarak uygulanmaktadır (Skou ve ark, 2015; Wylde, Penfold, Rose ve Blom, 2019). Ameliyat sonuçlarının başarılı olmasında; cerrahi başarının yanı sıra, hastaların tedavi ve bakımlarının etkili bir şekilde sürdürülmesi, rehabilitasyon sürecine uyumlarının artırılması, ek hastalıklarının iyi yönetilmesi, psikolojik ve sosyal desteklerinin yeterli olması gereklidir (Akyol, Karayurt ve Salmond 2009; Savcı ve Bilik, 2015). Günümüzde gelişmiş cerrahi teknikler, ağrı kontrolünün sağlanmasındaki yenilikler ve enfeksiyon riski gibi nedenler ile hastaların erken taburcu edilmesi; hasta ve ailelerin bakım konusunda daha fazla sorumluluk almalarını gerektirmektedir. Bakım yükü ve sorumlulukları artan hasta ve aile üyeleri uzun süren bu iyileşme sürecinde çeşitli problemler ile karşılaşmaktadırlar (Billon ve ark, 2017; Mears, Edwards ve Barnes, 2016). Bu nedenle, hastalara ve ailelere verilen bakım ve desteğin özellikle taburcu olduktan sonra da devam ettirilmesi gerekmektedir. Bu bakımın ve desteğin sürdürülmesinde ortopedi hemşirelerinin danışmanlık rolü önem kazanmaktadır. Ortopedi hemşiresi danışmanlık rolü ile hasta ve ailenin ameliyat sürecine eksiksiz hazırlanmasını, ameliyattan sonraki dönemde iyileşmenin sürdürülmesini ve komplikasyonların önlenmesini sağlamakta; özellikle taburcu olduktan sonraki dönemde karşılaşılan sorunların çözülmesinde yardımcı olmaktadır. Ameliyat öncesi dönemden hastanın taburculuk sonrası dönemine kadar olan danışmanlık sürecinde hemşireler hastaların bireysel özelliklerine göre planlama yapmalıdır. Ülkemizde ameliyat öncesi hazırlık programlarının bulunmaması nedeniyle çoğunluğunu yaşlı hastaların oluşturduğu TDP ameliyatı planlanan hasta grubunun hemşirelerin danışmanlığına duyduğu gereksinim büyüktür (Turhan Damar ve Bilik, 2015). Hastaların ve aile üyelerinin desteklenmesi önemli olup, Loft, McWilliam, Ward-Griffin'nin (2003) de belirttiği gibi hemşireler bu desteği sağlayabilecek en uygun sağlık profesyonelleridir. Bu derlemede hemşirenin önemli rollerinden biri olan danışmanlığın TDP ameliyatı uygulanan hastalar üzerine etkilerinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Total Diz Protezi Ameliyatı ve Danışmanlık

TDP ameliyatı büyük bir ortopedik cerrahi girişimdir. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hastalar fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sorunlar yaşamaktadırlar (Lucas, 2013). Hastaların ameliyat öncesi yaşadıkları sorunların (osteoartrite bağlı diz ağrısı, hareket kısıtlılığı, yürüme zorluğu, günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklar vb.) yanı sıra, ameliyata ve ameliyattan sonraki sürece ilişkin yaşadıkları korku ve belirsizlik ameliyat kararını vermelerini zorlaştırmaktadır (Bardgett, Lally, Malviya, Kleim ve Deehan, 2016; Damar ve Bilik, 2017; Engstrom, Bostrom ve Karlsson 2017; Goldsmith ve ark, 2017; Kleim, Malviya, Rushton, Bardgett ve Deehan, 2015; Krauss ve ark, 2017; Leov, Barrett, Gallagher ve Swain, 2017; Szots, Konradsen, Solgaard ve Ostergaard, 2016). Literatürde konu ile ilgili yapılmış bir çalışmada hastaların ameliyat kararı vermelerinde sürece ilişkin olumlu ve olumsuz bilgi ve deneyimlerinin etkili olduğu belirtilmiştir. Bu bilgi ve deneyimlerinin kaynağını çevre (televizyon, internet ve yakın çevrede ameliyat olan bireyler),

ameliyata ilişkin beklentileri (ağrılarının geçeceğini düşünmeleri, ağrısız yürüyebilme ve yaşam kalitesinin artması) ve korkuları oluşturmaktadır (Suarez-Almazor, Richardson, Kroll ve Sharf, 2010).

TDP ameliyatı hastaların osteoartrit nedeniyle yaşadıkları sorunları gidermede başarılı bir cerrahi girişimdir (Skou ve ark, 2015; Wylde, Penfold, Rose ve Blom, 2019). Literatürde birçok çalışmada hastaların ağrısını azalttığı, dizin fonksiyonelliğini geliştirdiği, hastanın bağımsızlığını ve yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir (Bryan ve ark, 2018; Mandzuk, McMillan ve Bohm, 2015; Shan, Shan, Suzuki, Nouh ve Saxena 2015; Thiam, Teh, Bin Abd Razak ve Tan, 2016). Hastalara sağlamış olduğu yararların yanı sıra hastalar için ciddi bir cerrahi travmadır. Uzun süren iyileşme dönemi, venöz tromboembolizm, pulmoner emboli, postoperatif enfeksiyon, patellafemoral problemler, erken aseptik gevşeme ve periprotetik kırık gibi riskleri de mevcuttur (Gustafsson, Ekman, Ponzer ve Heikkila, 2010; Lewis ve ark, 2016; Szots, Konradsen, Solgaard ve Ostergaard, 2016). Ayrıca günümüzde gelişmiş cerrahi tekniklerin, çeşitli ağrı kontrol yöntemlerinin, bütüncül hemşirelik bakımının uygulanması ve hastaların erken mobilize edilmesi ile iyileşme sürecinin hızlandırılmasının yanı sıra enfeksiyon riski ve maliyet açısından hastalar erken taburcu edilmektedir. İyileşme sürecinin büyük bir kısmını hastane dışında tamamlanmaları hasta ve ailelerin bakım konusunda daha fazla sorumluluk almalarına neden olmaktadır (Mears, Edwards ve Barnes, 2016). Bu durum hasta ve ailelerin özellikle taburcu olduktan sonraki dönemde bakım yükü ile baş edemediklerinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Billon ve ark, 2017). Bu durum hasta bakımının olumsuz etkilenmesine, iyileşme sürecinin uzamasına ve komplikasyon gelişme riskinin artmasına neden olmaktadır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda TDP ameliyatı uygulanan bireylerin ameliyattan sonra postoperatif ağrı kontrolü, fiziksel aktiviteye dönme, iyileşmeyi yönetme, rehabilite edici uygulamalar, yara bakımı ve ilaç kullanımına ilişkin sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (Akyol, Karayurt ve Salmond 2009; Engstrom, Bostrom ve Karlsson 2017; Goldsmith ve ark, 2017). Yaşanan sorunlar genellikle hasta ve ailelerin sürece ilişkin bilgi ve beceri eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Billon ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada diz ve kalça cerrahisi uygulanan hastaların süreç hakkındaki bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu; hastaların poliklinikte ve hastanede kaldıkları süre içerisinde cerrahi işlem, rehabilitasyon programı ve protez hakkında bilgilendirilmek istedikleri; hastaların %41.3'ünün bilgilendirilmeyi yazılı bilgilendirme olarak almak istedikleri belirtilmiştir.

Hastaların ameliyat öncesi osteoartrit nedeniyle yaşadıkları sorunlar, cerrahiye karar verme süreçleri, ameliyata ilişkin düşünceleri, ameliyat sonrası erken taburcu olmaları, ortopedik ameliyatların diğer cerrahi işlemlere göre daha fazla ağrıya neden olması, komplikasyon gelişme riskinin yüksek ve iyileşme sürecinin uzun olması gibi pek çok faktör TDP ameliyatı uygulanan bireylerin uzun süreli profesyonel destek almalarını gerektirmektedir. Bazı ülkelerde ameliyata hazırlık süreçlerinin yönetildiği ameliyat öncesi kabul klinikleri yer almaktadır. Bu kliniklerin temel amacı hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan gereksinimleri belirlemek ve ameliyata hazırlamaktır. Planlanan cerrahi işleme, hastanede kalma süresine ve rehabilitasyon sürecine ilişkin

verilen eğitimlerin yanı sıra değerlendirme, hemşire hasta etkileşimi ve girişimler ön plana çıkmaktadır (Damar ve Bilik, 2014). Ameliyat öncesi hazırlık programına katılan hastaların anksiyete seviyelerinin, ağrıların ve analjezik kullanımlarının azaldığı, hasta memnuniyetinin, özetkilik ve öz bakım yeteneklerinin arttığı, ameliyattan sonra günlük yaşam aktivitelerini daha iyi yerine getirdikleri ve hastanede kalış sürelerinin azaldığı gösterilmiştir (Blitz ve Mabry, 2018; Goh ve Chua, 2015; Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto ve Salantera, 2005; McDonald, Hetrick ve Green, 2008; McIsaac ve ark, 2017). TDP ameliyatı geçiren bireylerin uzun süreli bakım gereksinimine ek olarak ameliyat öncesi kabul kliniklerinin ülkemizde olmaması ortopedi hemşiresinin önemini daha da arttırmaktadır (Turhan Damar ve Bilik, 2015). Diz protezi ameliyatı uygulanacak hastalarda hemşirelik bakımının temel amaçları; gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, diz fonksiyonu ve mobilizasyonun korunmasını içermektedir (Walker, 2012). Bu amacın yerine getirilmesinde ortopedi hemşiresinin danışmanlık rolü ön plana çıkmaktadır (Taylan, Alan ve Kadioğlu, 2012).

Danışmanlık herhangi bir konuda başvuran kişiye, güvenilir bilgisi olan ve konu hakkında uzmanlaşmış kişiler tarafından bilgi verilmesi, beceri kazandırılması ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturabilmesine yardım edilmesidir (Taylan, Alan ve Kadioğlu, 2012). Hemşirelik mesleğinin danışmanlık rolünden; toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, hastalığa bağlı sorunlarla baş etme ile ilgili toplumun kendi olanaklarını, kaynaklarını tanımaları ve kullanmaları, hastaların bilimsel bilgiye ulaşmalarının sağlanması beklenmektedir (Aydemir Gedük, 2018; Taylan ve ark, 2012). Hemşirenin danışmanlık rolü eğitici ve iletişim-koordinatörlük rolü ile bütünleşmektedir. Danışman hemşire, bütüncül bir bakış açısı ile bireyin ve ailenin en üst düzeyde iyiliğini sağlamak amacıyla yaptığı uygulamalarda veri toplama, hemşirelik tanısı koyma, planlama, girişimleri uygulama ve sonuçları değerlendirmeyi kapsayan hemşirelik süreci aşamalarına göre hizmet vermeli, kişilerin davranış değişikliğine yardımcı olmalıdır (Aydemir Gedük, 2018). Bütüncül hemşirelik bakımının özellikle hasta taburcu olduktan sonra da devam ettirilmesi önemlidir. Hastaların sürece ilişkin bilgilendirilmeleri, bakımları konusunda daha fazla sorumluluk almalarını ve sorunlar ile daha kolay baş etmelerini sağlamaktadır. Hasta ailesinin de mutlaka eğitim ve danışmanlık sürecine dahil edilmesi gerekmektedir.

Ortopedi hastalarına verilecek danışmanlık içeriğinin oluşturulmasında, literatürde konu ile ilgili yapılmış çalışma sonuçları dikkate alınmalıdır (Akyol, Karayurt ve Salmond, 2009; Bardgett, Lally, Malviya, Kleim ve Deehan, 2016; Engstrom, Bostrom ve Karlsson 2017; Damar ve Bilik, 2017; Goldsmith ve ark, 2017; Kleim, Malviya, Rushton, Bardgett ve Deehan, 2015; Krauss ve ark, 2017; Leov, Barrett, Gallagher ve Swain, 2017; Szots, Konradsen, Solgaard ve Ostergaard, 2016). Bu çalışma sonuçlarına göre danışmanlık kapsamında öncelikle TDP ameliyatına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır. Diz eklemine yapıları anlatılarak, TDP ameliyatının uygulanma gerekçesi, ameliyata hazırlık işlemlerinin neler olduğu, hangi anestezi işleminin hasta için uygun olacağına anesteziistin karar vereceği konuşulmalıdır. Ameliyattan sonra yaşanan en önemli

problem hem kemik hem de yumuşak dokunun etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkan şiddetli postoperatif ağrıdır. Etkili bir ağrı kontrolü, erken mobilizasyon ve rehabilitasyon hareketlerinin yapılmasını sağlayarak cerrahiye bağlı komplikasyonların gelişme riskini azaltır, hasta iyileşmesini olumlu etkiler ve erken taburculuğu sağlayarak maliyeti düşürür (Chen, Stewart, Heyl ve Klatt, 2012; Chua ve ark, 2017; Epstein, 2014; Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli ve Eti Aslan, 2017; Xu ve ark, 2017). Uygulanabilecek ağrı kontrol yöntemleri, erken mobilizasyonun önemi, günlük aktivitelere dönme, gelişebilecek komplikasyonların erken tanınması ve önlenmesi konusunda hasta ve ailesine düşen sorumluluklar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (Ben-Morderchai, Herman, Kerzman ve Irony, 2010; Hoch, 2014; Bilik, 2007; Turhan Damar ve Bilik, 2015). Bu konuda yapılan bir çalışmada TDP uygulanan hastaların %90'ı taburculukla ilgili olarak bilgi almak istedikleri konuların egzersizler, hastalık ve tedavinin seyri, yürümeye yardımcı araç kullanımı, olası komplikasyonlar ve günlük yaşam ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir (Montin, Johansson, Kettunen, Katajisto, Leino-Kilpi, 2010). Şendir ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların TDP ameliyatından sonra tedavi ve komplikasyonlar, günlük yaşam aktiviteleri ve ilaçlarla ilgili taburculuk eğitimi almak istedikleri saptanmıştır (Şendir, Büyükyılmaz ve Muşovi, 2013). Başka bir araştırmada ise hastaların TDP ameliyatından sonra en önemli ihtiyaçlarının ağrı kontrolünün sağlanması, ameliyat yaralarının bakımı ve izlenmesi, rehabilitasyon süreci ve egzersizlerin öğretilmesi olduğu gösterilmiştir. Hastalar taburcu olduktan sonraki dönemde ise kontrol zamanlarının belirlenmesi, komplikasyonların tanınması, önlenmesi, dikkat etmesi gereken hareket ve pozisyonlar hakkında bilgi verilmesini istemişlerdir Su, Tsa, Chen ve Chen, 2009). Hasta karşılıklı görüşme ve yazılı eğitim materyali kullanılarak ameliyata hazırlandığında ve hemşirelik izlemi yapıldığında komplikasyonların azaldığı, revizyon ameliyatlarının neden olduğu stresin ve başarısızlık duygusunun önlenildiği vurgulanmıştır (Best, 2005). Hastalar taburcu edilirken ağrı yönetimi, ağrı kesicilerin ve antikoagülan ilaçların olası yan etkileri, yara bakımı, TDP ameliyatına bağlı gelişebilecek komplikasyonların belirtileri, yürümeye yardımcı araç ve gereçlerin kullanımı, kendisine zarar verebilecek hareketler, hangi belirtilerde hekime başvurması gerektiği gibi birçok konuda bilgilendirilmelidir (Bilik, 2017; Ben-Morderchai, Herman, Kerzman ve Irony, 2010; Hoch, 2014; Bilik, 2007; Turhan Damar ve Bilik, 2015). Düzenli ve dengeli beslenmenin kemik iyileşmesini hızlandırıcı etkisi açıklanarak konstipasyonun önlenmesi için lifli gıdaları ve suyu daha fazla alması önerilebilir. Diğer bir önemli konu da hastanın başlangıçta trabzanlardan destek alarak merdiven inip çıkmasıdır. Merdivenleri çıkarken ilk önce sağlam bacağıyla, inerken ise ilk önce ameliyatlı bacağı ile adım atması öğretilmelidir. İlk birkaç hafta yürüteç kullanabileceği, gerekirse birkaç hafta boyunca denge ve kas gücünü tam sağlayana kadar baston veya koltuk değneği kullanabileceği açıklanmalıdır. Yürümeye yardımcı araçları yaklaşık olarak altı hafta kullanabileceği söylenir. Evde uygulaması gereken egzersizler (ayak bileği pompası egzersizleri, ayak bileği döndürme, yatak destekli diz bükme, düz bacak kaldırma, kuadrisep egzersizleri vb.) öğretilir (Turhan Damar ve Bilik, 2015; Ben-Morderchai, Herman, Kerzman ve Irony, 2010). Düşmeleri önleyici ev içi düzenlemelerin

neler olduğu anlatılır (Cook, Warren, Ganley, Prefontaine ve Wylie, 2008; Ben-Morderchai, Herman, Kerzman ve Irony, 2010). Eğer arabayla seyahat ediyorsa bir ya da iki saatte bir mola vermesi ve yürüyüş yapması önerilmelidir (Bilik, 2017).

Tablo 1. Total Diz Protezi Ameliyatı Planlanan Bireylere Verilen Danışmanlık İçeriği

BÖLÜM	İÇERİK
1. Diz Eklemi Anatomisi	<ul style="list-style-type: none"> Diz ekleminin anatomik yapısı
2. Osteoartrit	<ul style="list-style-type: none"> Osteoartrit nedir?
3. Total Diz Protezi Ameliyatı	<ul style="list-style-type: none"> TDP ameliyatı nedir? Kimlere uygulanır? Ameliyatın aşamaları Ameliyat süresi Hastanede kalma süresi
4. Ameliyat Öncesi Dönem	<ul style="list-style-type: none"> Ameliyata nasıl karar verilir? Ameliyat tarihi Ameliyattan önce yapılması gereken işlemler Hastaneye gelirken neler getirmeliyim? Hastaneye yatış Hastaneye yatış anında yapılan işlemler <ul style="list-style-type: none"> Sağlık öyküsü Yapılması gereken muayeneler Yapılması gereken tetkikler Kan bağıışı Anestezi işlemleri Refakatçi seçimi Hasta eğitimi <ul style="list-style-type: none"> Derin solunum ve öksürük egzersizleri, spirometre kullanımı vb. Ameliyattan bir gün önce yapılması gerekenler Ameliyat günü hazırlıkları
5. Ameliyat Sonrası Dönem	<ul style="list-style-type: none"> Ağrı kontrolü Egzersizler Derin ven trombozunun önlenmesi Yara bakımı Yardımcı araç gereçler ile yürüme Ameliyat sonrası beslenme Ameliyattan sonra olası komplikasyonlar nelerdir? Nasıl önlenir? Enfeksiyon Damar tıkanıklığı Akciğer sorunları Dizde hareket kısıtlılığı (Dizde sertlik olması) Sinir yaralanmaları Geçmeyen ağrı
6. Taburcu Olduktan Sonraki Dönem	<ul style="list-style-type: none"> Taburcu olduktan sonra dikkat edilmesi gerekenler <ul style="list-style-type: none"> Günlük işler Yara bakımı Kilo alma Diyet Araba kullanma Cinsel aktivite Egzersizler Taburcu olduktan sonra hangi durumlarda doktora başvurmalıyım? Evde komplikasyonların önlenmesi <ul style="list-style-type: none"> Damar tıkanıklığının önlenmesi Enfeksiyonun önlenmesi Düşme riski Ameliyattan sonra yürüyüş Ameliyattan sonra merdiven inme ve çıkma Ameliyattan sonra yapılması istenen ve yapılmaması gereken sporlar Ameliyattan sonra eğer çalışıyorsa işe başlama

Diz eklemi tam fleksiyona getiren hareketlerden kaçınması ve bu amaçla yükseltilmiş tuvalet kullanması gerektiği belirtilir. Hastaya namaz kılma gibi aktivitelerde diz çökmemesi, dizlerinin üzerine oturmaması ve sandalyede namaz kılabilmesi gerektiği açıklanır. Yürümenin en yararlı egzersiz olduğu belirtilir. Diğer bir önemli konu da cinsel aktivite olup, ameliyat sonrası 4-6 hafta boyunca cinsel ilişkiye girmemesi gerektiğine dikkat çekilir. Yaklaşık altı hafta sonra araba kullanabileceği söylenir. Hasta hekim önerilerine göre çalışma yaşamına geri dönebilir, bu süre iki ya da üç ayı bulabilir (Turhan Damar ve Bilik, 2015; Ben-Morderchai, Herman, Kerzman ve Irony, 2010). Bilgilendirmeler yazılı ve görsel (resim, video) materyaller ile zenginleştirilmelidir. Hastalar özellikle taburcu olduktan sonra ihtiyaç duydukları konularda kolay ve hızlı bir şekilde (telefon, mesaj gibi iletişim yolları ile) danışmanlık alabilmelidir (Best, 2005; Turhan

Damar ve Bilik, 2015; Bilik, 2017). TDP ameliyatı planlanan hastaya verilecek danışmanlık içeriği Tablo 1’de özetlenmiştir.

Ortopedik ameliyatlara öncesinde uygulanan hasta eğitim programına katılan bireylerin deneyimlerinin incelendiği kalitatif bir çalışmada hastalar eğitim programının kendi durumları ve tedavileri konusundaki bilgi düzeylerini arttırdığını, eğitim sayesinde ameliyata ve ameliyat sonrası duruma psikolojik olarak kendilerini hazır hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca sözel bilgilendirmeyi unuttuklarını, bu yüzden yazılı bilgilendirmenin yapılmasını talep etmişlerdir (Conradsen, Gjersteth ve Kvangarsnes, 2016). Literatürde farklı eğitim yöntemlerinin TDP ameliyatı uygulanan bireyler üzerine etkisinin incelendiği birçok çalışma yer almaktadır. Park ve Song (2017) tarafından yapılan çalışmada TDP ameliyatı uygulanan bireylerde telefon ile verilen danışmanlık (1, 3, 5, 7, 9 ve 11. haftalarda altı kez aranmış, beşer dakikalık görüşmeler) ile kısa mesaj şeklinde (1, 3, 5, 7, 9 ve 11. haftalarda 6 kez kısa mesaj gönderilmiş) verilen hizmet karşılaştırılmış; her iki girişimin de hastaların diz fonksiyonunu geliştirdiği, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlıklarını ve hasta memnuniyetini arttırdığı gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; TDP ameliyatı uygulanan bireylere verilen danışmanlığın hastaların ağrı düzeyini azaltmada etkili olduğu ve hastaların danışmanlık almaktan oldukça memnun oldukları belirtilmiştir (Ünal Taşkın, 2011). Hasta eğitimlerinin, hastanede kalış süresi, postoperatif ağrı ve maliyeti azalttığı, ameliyat sonuçlarını olumlu etkilediği gösterilmiştir (Majid, Lee ve Plummer, 2015; McDonald, Page, Beringer, Wasiak ve Sprowson, 2014; Wong, Chair, Leung ve Chan, 2014).

SONUÇ

Sonuç olarak; hastaların ameliyat öncesi osteoartrit nedeniyle yaşadıkları sorunlar, cerrahiye karar verme süreçleri, ameliyata ilişkin düşünceleri, ameliyat sonrası erken taburcu olmaları, ortopedik ameliyatlara diğer cerrahi işlemlere göre daha fazla ağrıya neden olması, komplikasyon gelişme riskinin yüksek ve iyileşme sürecinin uzun olması gibi pek çok faktör TDP ameliyatı uygulanan bireylerin uzun süreli profesyonel destek almalarını gerektirmektedir. Hasta ve ailelerin ameliyat öncesi, sırası ve sonrası süreci yönetmelerinde, yaşadıkları sorunları çözmelerinde ve protez ile yaşama uyum sağlamlarında ortopedi hemşirelerine önemli görevler düşmektedir ve ortopedi hemşiresinin danışmanlık rolü önem kazanmaktadır. Hastalara uygulanacak danışmanlık süreci ameliyat kararı verildiği anda başlamalıdır. Ameliyat öncesi dönemde ameliyata hazırlık ve ameliyat sonrası erken döneme ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır. Taburcu olmadan önce evde yara bakımı, ağrı kontrolünün sağlanması, yapılması gereken egzersizler, beslenme, ilaç kullanımı, komplikasyonların tanınması ve önlenmesi, günlük aktivitelerde dikkat edilmesi gereken konulara ilişkin eğitim verilmelidir. Hastalar taburcu olduktan sonra belli aralıklar ile aranarak ve ameliyat sonrası kontrollerine geldiği zamanlarda önemli noktalar pekiştirilmeli ve hastanın iyileşme süreci sorgulanmalıdır. Hastalarda özellikle taburcu olduktan sonra ihtiyaç duydukları konularda kolay ve hızlı bir şekilde (telefon, mesaj gibi iletişim yolları ile) danışmanlık alabilmelidir. Bilgilendirmeler yazılı ve görsel (resim, video) materyaller ile zenginleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Akyol, Ö., Karayurt, Ö., & Salmund, S. (2009). Experiences of pain and satisfaction with pain management in patients undergoing total knee replacement. *Orthopaedic Nursing*, 28(2), 79-85.
2. Aydemir Gedük, E. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2): 253-258. <https://doi.org/10.17681/hsp.358458>
3. Bardgett, M., J. Lally, A. Malviya, B. Kleim and D. Deehan (2016). "Patient-reported factors influencing return to work after joint replacement." *Occup Med (Lond)*, 66(3): 215-221. doi: 10.1093/occmed/kqv187.
4. Ben-Morderchai B, Herman A, Kerzman H, Irony A. (2010). Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International Journal of Orthopaedic Nursing*, 14:66-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijoon.2009.02.001>
5. Best TJ. Revision total hip and total knee arthroplasty. (2005). *Orthop Nurs*, 24(3):174-9.
6. Bilik, Ö. (2017). Total Diz Protezi Ameliyatı Uygulanan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics*, 3(1), 54-64.
7. Bilik Ö. Total Eklem Replasmanı. Akbayrak N, İlhan S, Ançel G, Albayrak A, editörler. *Hemşirelik Bakım Planları.1.Baskı*. Ankara: Birlik Matbaası; 2007.s.1007-16.
8. Billon, L., Décaudin, B., Pasquier, G., Lons, A., Deken-Delannoy, V., Germe, A. F., ... Migaud, H. (2017). Prospective assessment of patients' knowledge and informational needs and of surgeon-to-patient information transfer before and after knee or hip arthroplasty. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research*. 103(8): 1161-1167. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.08.012>
9. Blitz, J. D., & Mabry, C. (2018). Designing and Running a Preoperative Clinic. *Anesthesiology clinics*, 36(4), 479-491. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.07.001>
10. Bryan, S., Goldsmith, L. J., Davis, J. C., Hejazi, S., MacDonald, V., McAllister, P., ... Sawatzky, R. (2018). Revisiting patient satisfaction following total knee arthroplasty: A longitudinal observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2340-z>
11. Chen, A. F., Stewart, M. K., Heyl, A. E., & Klatt, B. A. (2012). Effect of Immediate Postoperative Physical Therapy on Length of Stay for Total Joint Arthroplasty Patients. *Journal of Arthroplasty*, 27(6): 851-856. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2012.01.011>
12. Chua, M. J., Hart, A. J., Mittal, R., Harris, I. A., Xuan, W., & Naylor, J. M. (2017). Early mobilisation after total hip or knee arthroplasty: A multicentre prospective observational study. *PLoS ONE*, 12(6): e0179820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179820>
13. Conradsen, S., Gjersteth, M. M., & Kvangarsnes, M. (2016). Patients' experiences from an education programme ahead of orthopaedic surgery - a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2798-2806. <https://doi.org/10.1111/jocn.13281>
14. Cook JR, Warren M, Ganley KJ, Prefontaine P, Wylie JW. (2008). A comprehensive joint replacement program for total knee arthroplasty: A descriptive study. *BMC Musculoskeletal Disord*, 9:154-64. doi:10.1186/1471-2474-9-154
15. Damar, H. T., & Bilik, Ö. (2014). Roy Uyum Modeli'ne Temellendirilmiş Total Diz Protezi Ameliyatına Hazırlık Programı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(4): 321-329.
16. Damar, H. T. and O. Bilik (2017). "The patient's experience in total knee arthroplasty: past-now-future." *MedSurg Nursing*, 26(2): 132-137.
17. Engstrom, A., J. Bostrom and A. C. Karlsson (2017). Women's Experiences of Undergoing Total Knee Joint Replacement Surgery. *J Perianesth Nurs*, 32(2): 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.11.009>
18. Epstein, N. E. (2014). A review article on the benefits of early mobilization following spinal surgery and other medical/surgical procedures. *Surgical Neurology International*, 16(5): 66-73. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.130674>.
19. Goh, M. L., J. Y. Chua and L. Lim (2015). Total knee replacement pre-operative education in a Singapore tertiary hospital: A best practice implementation project. *Int J Orthop Trauma Nurs* 19(1): 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.12.006>
20. Goldsmith, L. J., Suryaprakash, N., Randall, E., Shum, J., MacDonald, V., Sawatzky, R., ... & Bryan, S. (2017). The importance of informational, clinical and personal support in patient experience with total knee replacement: a qualitative investigation. *BMC musculoskeletal disorders*, 18(1), 127. DOI 10.1186/s12891-017-1474-8
21. Gustafsson, B. A., S. L. Ekman, S. Ponzer and K. Heikkilä (2010). The hip and knee replacement operation: an extensive life event. *Scand J Caring Sci*, 24(4): 663-670. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00759.x>
22. Hoch C. Postoperative Care. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM, eds. *Medical Surgical Nursing Assessment of Clinical Problems*. 9th ed. Canada: Elsevier Mosby; 2014. p.349-366.
23. Jeffery, A. E., Wylde, V., Blom, A. W., & Horwood, J. P. (2011). It's there and I'm stuck with it': Patients' experiences of chronic pain following total knee replacement surgery. *Arthritis Care and Research*, 63(2): 286-292. <https://doi.org/10.1002/acr.20360>
24. Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., & Salantera, S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 212-223. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03381.x>
25. Kleim, B. D., A. Malviya, S. Rushton, M. Bardgett and D. J. Deehan (2015). Understanding the patient-reported factors determining time taken to return to work after hip and knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 23(12): 3646-3652. DOI 10.1007/s00167-014-3265-1
26. Krauss, I. G. Muller, B. Steinhilber, G. Haupt, P. Janssen and P. Martus (2017). Effectiveness and efficiency of different weight machine-based strength training programmes for patients with hip or knee osteoarthritis: a protocol for a quasi-experimental controlled study in the context of health services research. *BMJ Open Sport Exerc Med*, 3(1): e000291. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2017-000291>
27. Leov, J., E. Barrett, S. Gallagher and N. Swain (2017). A qualitative study of pain experiences in patients requiring hip and knee arthroplasty. *J Health Psychol*, 22(2): 186-196. <https://doi.org/10.1177/1359105315597054>
28. Lewis, S. L., L. Bucher, M. M. Heitkemper, M. M. Harding, J. Kwong and D. Roberts (2016). *Medical-Surgical Nursing-E-Book: Assessment and Management of Clinical Problems*, Single Volume, Elsevier Health Sciences.
29. Loft M, McWilliam M, Ward Griffin C. (2003). Patient empowerment after total hip and knee replacement. *Orthop Nurs*, 22(1):42-7.
30. Lucas, B. (2013). Preparing patients for hip and knee replacement surgery. *Nursing Standard*, 22(2): 50. <https://doi.org/10.7748/ns2007.09.22.2.50.c4618>
31. Majid, N., Lee, S., & Plummer, V. (2015). The effectiveness of orthopedic patient education in improving patient outcomes: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1): 122-133. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1950>
32. Mandzuk, L. L., McMillan, D. E., & Bohm, E. R. (2015). A longitudinal study of quality of life and functional status in total hip and total knee replacement patients. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 97(2), 358-365. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2014.07.001>
33. McDonald S, Hetrick SE, Green S. Pre-operative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 4: 1-31
34. McDonald, S., M. J. Page, K. Beringer, J. Wasiak and A. Sprowson (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst Rev*, (5): CD003526. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003526.pub3>
35. McIsaac, D. I., Huang, A., Wong, C. A., Wijesundera, D. N., ve ark. (2017). Effect of Preoperative Geriatric Evaluation on Outcomes After Elective Surgery: A Population-Based Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(12): 2665-2672. <https://doi.org/10.1111/jgs.15100>
36. Mears, S. C., Edwards, P. K., & Bames, C. L. (2016). How to Decrease Length of Hospital Stay After Total Knee Replacement. *Journal of Surgical Orthopaedic Advances*, 25(1): 2-7.
37. Montin L, Johansson K, Kettunen J, Katajisto J, Leino-Kilpi H. (2010). Total Joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthop Nurs*, 29(4):246-53. doi: 10.1097/NOR.0b013e3181e51868

38. Park, K. H., & Song, M. R. (2017). The effects of postdischarge telephone counseling and short message service on the knee function, activities of daily living, and life satisfaction of patients undergoing total knee replacement. *Orthopaedic Nursing*, 36(3): 229. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000332>
39. Savcı, A., & Bilik, Ö. (2015). Hemşirelik Bakımı İle Modelin Buluşması: Total Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Roy Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Sürekli Bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2).
40. Shan, L., Shan, B., Suzuki, A., Nouh, F., & Saxena, A. (2015). Intermediate and long-term quality of life after total knee replacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*, 97(2): 156-168. <https://doi.org/10.2106/JBJS.M.00372>.
41. Skou, S. T., Roos, E. M., Laursen, M. B., Rathleff, M. S., Arendt-Nielsen, L., Simonsen, O., & Rasmussen, S. (2015). A randomized, controlled trial of total knee replacement. *New England Journal of Medicine*, 373(17): 1597-1606. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1505467>
42. Szots, K., H. Konradsen, S. Solgaard and B. Ostergaard (2016). Telephone Follow-Up by Nurse After Total Knee Arthroplasty: Results of a Randomized Clinical Trial. *Orthop Nurs* 35(6): 411-420. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000298>
43. Su H, Tsa YF, Chen WJ, Chen MC. (2009). Health care needs of patient during early recovery after total knee-replacement surgery. *J Clin Nurs*, 19(5-6):673-81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03107.x>
44. Suarez-Almazor, M. E., M. Richardson, T. L. Kroll and B. F. Sharf (2010). A qualitative analysis of decision-making for total knee replacement in patients with osteoarthritis. *J Clin Rheumatol*, 16(4): 158-163. doi: 10.1097/RHU.0b013e3181df4de4
45. Şendir M, Büyükyılmaz F, Muşovi D. (2013). Patients Discharge information needs after total hip and arthroplasty: A quasi-qualitative pilot study. *Association of Rehabilitation Nurses Rehabilitation Nursing*, 38:264-71.
46. Taylan, S., Alan, S., & Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(3): 66-74.
47. Thiam, W. D., Teh, J. W. D., Bin Abd Razak, H. R., & Tan, H. C. A. (2016). Correlations Between Functional Knee Outcomes and Health-Related Quality of Life After Total Knee Arthroplasty in an Asian Population. *Journal of Arthroplasty*. 31(5): 989-993. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2015.11.004>
48. Turhan Damar H., Bilik Ö. (2015). Total Diz Protezi Planlanan Hastalarda Hemşirelerin Eğitici Rolü. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, 22(5): 28-30
49. Uğurlu, A. K., Kula Şahin, S., Seçginli, S., & Eti Aslan, F. (2017). Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(4): 280–288.
50. Ünal Taşkın, E. Total diz protezi uygulanan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlığın özbakım gücü, fonksiyonel durum ve ağrıya etkisi. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye (2011).*
51. Walker, J. (2012). Care of patients undergoing joint replacement. *Nursing Older People*, 24(1): 14-20. <https://doi.org/10.7748/nop2012.02.24.1.14.c8898>
52. Wong, E. M., S. Y. Chair, D. Y. Leung and S. W. Chan (2014). Can a brief educational intervention improve sleep and anxiety outcomes for emergency orthopaedic surgical patients? *Contemp Nurse*, 47(1-2): 132-143.
53. Wylde, V., Penfold, C., Rose, A., & Blom, A. W. (2019). Variability in long-term pain and function trajectories after total knee replacement: A cohort study. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 105(7), 1345-1350. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.08.014>
54. Xu, J., Zhang, J., Wang, X. Q., Wang, X. L., ve ark. (2017). Effect of joint mobilization techniques for primary total knee arthroplasty: Study protocol for a randomized controlled trial. *Medicine (United States)*, 96(49): e8827. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000827>



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science



<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Derleme

Halk sağlığı açısından yaşam döngüsü analizi ve çevresel etki beyanlarında suyun etkileniminin değerlendirilmesi

Life cycle assessment with the aspect of public health and assessment of the impact on water in environmental product declarations

Ferhat YILDIZ ^{*,a}, Emine Didem EVCİ KİRAZ ^a

^a Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

ÖZET

Su stresi altında olan ülkemizde, suyun uygun kullanımı hayati öneme sahiptir. Bu araştırmanın amacı, halk sağlığı açısından yaşam döngüsü analizinde önemli bir öge olan suyun etkilenimini değerlendirmektir.

Endüstride, belirli bir ürünün (çıktının) hammaddesinin çıkarılmasından, işlenmesi, nakliyesi, kullanımı ve ömrünü tamamlayan ürünün bertarafına kadar geçen süreç boyunca (beşikten mezara) çevresel etkileri değerlendirme yöntemi, Yaşam Döngüsü Analizi olarak ifade edilmektedir. Çevresel etki beyanları ise; bir yaşam döngüsü analizidir ve suyu, suyun tüketilmesi ve suyun kirletilmesi şeklinde değerlendirmektedir. Çevresel etki beyanlarında, yapı ve kimya sektöründe su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli karşılaştırıldığında; kimya sektöründeki ürünlerin, yapı sektöründeki ürünlere göre su tüketimi daha fazla ancak ötrofikasyon potansiyeli daha azdır. Yapı ve tekstil sektöründe su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli karşılaştırıldığında; tekstil sektöründeki ürünlerin, yapı sektöründeki ürünlere göre hem su tüketimi hem de ötrofikasyon potansiyeli daha fazladır. Ancak, bu karşılaştırmalar sadece aynı beyan birimlerine göre yapılabilir. Çevresel etki beyanları, suyun etkileniminin karşılaştırılmasında kullanılabilir. Beyanların standardizasyonunun yeterli olmaması sebebiyle ulusal veya uluslararası karşılaştırma yapmak kısıtlı bir şekilde yapılabilir. Daha kaliteli bir değerlendirme yapabilmek için, çevresel etki beyanlarının standardizasyon açısından düzenlenmesi gereklidir.

AnahtarKelimeler: Çevresel etki beyanı, Endüstri, Su, Yaşam döngüsü analizi

ABSTRACT

Our country (Turkey) is threatened by the water stress; therefore, the proper use of water is vital. The purpose of this study was to assess the impact on water, which was important in life cycle assessment, in terms of public health. In the industry, the method of evaluating the environmental effects of a product (output) from the extraction of the raw material through to its processing, transportation, usage and disposal that completes its life (from cradle to grave) is expressed as Life Cycle Assessment. Environmental product declarations are used for life cycle assessment and they assess water in the concept of water consumption and water pollution. Water consumption and eutrophication potential (water pollution) were compared according to the environmental product declarations, products in the chemical industry had higher water consumption but less eutrophication potential than products in the construction industry. Both water consumption and the eutrophication potential of the products in the textile industry were higher than those in the construction industry. However, these comparisons could only be made for same units.

Environmental product declarations could be used to compare the impact of products on water. Due to the inadequate standardization of declarations, national or international comparisons could be stated in a limited way. In order to state a better assessment, environmental product declarations need to be utilized in terms of standardization.

Key words: Environmental product declaration, Industry, Life cycle assessment, Water

*12-15 Kasım 2019 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen 3. Uluslararası Su ve Sağlık Kongresi'nde Sözlü Bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Ferhat YILDIZ

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

e-posta: ferhat.yildiz@adu.edu.tr

GİRİŞ

Yaşamsal faaliyetlerin sürdürülebilmesi için geçen bütün süreçlerde, başta insanlar olmak üzere bütün canlılar suya ihtiyaç duymaktadır. Su, canlılığın yani hareketliliğin kaynağıdır. 2016 sektörel su ve atıksu istatistiklerine göre ülkemizde; suyun %35,9'u belediye ve köylere, %13,1'i sanayiye, %49,7'si termik santrallere, %1,3'ü ise maden işletmelerine dağıtılmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2016). Belediye ve köylere dağıtılan su, çoğunlukla tarımda ve evlerde kullanılmaktadır. İnsanlar evlerde hem bedenlerinin biyolojik ihtiyaçlarını karşılamak (içmek) için hem de günlük yaşamlarında birtakım aktiviteleri gerçekleştirmek (yüz yıkamak, diş fırçalamak, bulaşık yıkamak, çamaşır yıkamak gibi) için su kullanmaktadır.

Dünya'da, suyun sadece %3'ü temiz su olarak kullanılabilir. Son yıllarda; başta küresel ısınma ve su kaynaklarının uygun şekilde değerlendirilememesinden dolayı içme ve kullanma suyu kaynaklarında azalma olmaktadır. Günümüzdeki su kullanım hızı bu şekilde devam ederse 2025 yılında, dünyada her üç kişiden ikisinin su kıtlığı ile karşı karşıya kalacağı tahmin edilmektedir (World Wildlife Fund [WWF], 2019). Birleşmiş Milletler (BM), bu tehlikeyi önlemek adına; başta hedef 6 (Temiz Su, Hijyen ve Halk Sağlığı) ve hedef 14 (Sudaki Yaşam) olmak üzere 17 maddelik Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin içerisinde su ile ilgili hedefler belirlemiştir (Birleşmiş Milletler [BM], 2015).

Yaşam döngüsü düşüncesi, endüstride çevresel etkilerin oluştuğu üretim aşamasındaki kirliliği azaltma ilkelerine dayanmaktadır. Bazı kurum ve kuruluşlar bu ilkeleri benimsemiş ve uzun zamandır bu ilkelere bağlı olarak üretim yapmaktadırlar. Yaşam döngüsü düşüncesi, ürünün üretiminden bertarafına ya da geri dönüşümüne kadar geçen süre boyunca oluşan çevresel kirliliğin azaltılmasını kapsamaktadır. Bu düşüncenin yapı taşlarını 6 RE felsefesi oluşturmaktadır (Birleşmiş Milletler Çevre Programı [UNEP], 2006):

Re-think, ürünün üretimi ve fonksiyonları konusunda daha az enerji ve doğal kaynak kullanımı konusunda tekrar düşünmek,

Re-duce, ürünün yaşam döngüsü boyunca enerji ve malzeme kullanımını azaltmak,

Re-place, zararlı malzemeleri daha çevre dostu alternatifler ile değiştirmek,

Re-cycle, geri dönüştürülebilir, geri dönüşüm aşamasında daha çevre dostu ve kolay olan malzemeleri seçmek,

Re-use, parçaları tekrar kullanmaya elverişli ürünler tasarlamak,

Re-pair, tamiri mümkün ve kolay olan ürünler kullanmak, böylece yenisine ihtiyaç duymamak.

Endüstride, belirli bir ürünün (çıktının) hammaddesinin çıkarılmasından, işlenmesi, nakliyesi ve ömrünü tamamlayan ürünün bertarafına kadar geçen süreç boyunca (beşikten mezara) çevresel etkileri değerlendirme yöntemine Yaşam Döngüsü Analizi (YDA – LCA, Life Cycle Assessment) denilmektedir (Mammadov ve Cılız, 2017). İklim değişikliği, ozon tüketimi, iyonizan radyasyon üretimi, fotokimyasal ozon gazı üretimi, partiküler madde üretimi, asitleşme, temiz su ve deniz suyu ötrofikasyonu, toksisite, alan kullanımı, su

kullanımı, mineral kaynaklarının kıtlığı alanlarında yaşam döngüsü analizi yapılmaktadır (Błażejowska ve Palekhov, 2018).

Dünya nüfusunun artması, teknolojinin gelişmesi gibi sebepler doğal kaynakların bilinçsiz kullanılmasına ve tüketilmesine sebep olmaktadır. Günümüzde, dünya nüfusunun artışını engelleyen herhangi bir mevzuat olmadığından dolayı endüstriyel olarak inşa edilen yapıların, üretilen malzemelerin doğaya uyumlu, zararsız olması konusunda politikalar geliştirilmeye başlanmıştır. Canlı ve cansız varlıkların durumunu etkileyebilecek potansiyeldeki yapıların asgari zararlar kurulmasını sağlamak amacıyla düzenlenen Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) ve Sağlık Etki Değerlendirmesi (SED) ile devlet tarafından kontrolü sağlanabilmektedir. ÇED, Yaşam Döngüsü Analizinin kullanım alanlarından birisidir (Błażejowska ve Palekhov, 2018). Dünya'da ÇED ilk kez Amerika Birleşik Devletlerinde 1970 yılında zorunlu kılınmıştır (Morgan, 2012). Ülkemizde ise 11 Ağustos 1983 tarih ve 18132 sayılı Resmi Gazete'de Çevre Kanunu'nun 10. maddesinde ismen tanımlanmış, ilk ÇED Yönetmeliği ise 7 Şubat 1993 tarih ve 21489 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır (Resmi Gazete, 1983; Resmi Gazete, 1993).

Dünya'nın yaklaşık dörtte üçü sularla kaplıdır ve su, canlılığı sağlayan temel maddelerden birisidir ancak suyun dikkatsiz kullanımından dolayı su kıtlığı riski artırmaktadır. Bu araştırmanın amacı, halk sağlığı açısından yaşam döngüsü analizinde önemli bir öge olan suyun etkilenimini değerlendirmektir.

Yaşam döngüsü analizi ve suyun rolü

Yaşam döngüsü analizi ihtiyacı 1960'larda ve 1970'lerde kaynak ve emisyon değerlerinin kötü olması ile başlamıştır (Hunt, Franklin, Welch, Cross ve Woodall 1974). 1980'lerde özellikle paketleme sektöründe bu analize ihtiyaç artmış ve kullanımı yaygınlaşmıştır (Bundesamt für Umweltschutz [BUS], 1984; Franke, 1984; Lundholm ve Sunström, 1985). 1990'larda ise yaşam döngüsü analizi konusunda çalışan bazı bilimsel çalışma grupları Çevre Toksikoloji ve Kimya Topluluğu (SETAC) bünyesinde bir araya gelip çalışmalara başlamıştır (Klöpper, 2006). SETAC ve Birleşmiş Milletler, birlikte UNEP / SETAC Yaşam Döngüsü Girişimi (Life Cycle Initiative) ortaklığını kurmuştur.

Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı (ISO), 1993 yılında ilk YDA standardizasyon sürecini (ISO 14000) başlatmış ve bu sürecin sonunda Yaşam Döngüsü Etki Analizinin prensipler ve çerçeve kısmı olan ISO 14040:1997 ortaya çıkmıştır. ISO 14041:1998 standardında amaç, kapsam ve envanter analizi; ISO 14042:2000 standardında yaşam döngüsü etki incelemesi; ISO 14043:2000 standardında yaşam döngüsü yorumu; ISO 14044:2006 standardında gerekler ve kılavuzu bulunmaktadır. ISO 14040:2006 ve ISO 14044:2006 standartları 2016 yılında revize edilerek kullanılmaya devam edilmekte olup, diğer standartlar geçerliliğini yitirmiştir. 2017 yılında ISO 14044:2006/Amd 1:2017 standart düzeltmesi eklenmiş, ISO 14040:2006/CD Amd 1 ve ISO 14044:2006/CD Amd 2 standart düzeltmeleri günümüzde geliştirilme aşamasındadır (International Organization for Standardization [ISO] 14040:2006). ISO 14040:2006'ya göre YDA çalışması dört aşamadan oluşmaktadır (Mammadov ve Cılız, 2017):

- Amaç ve kapsam tanımlama
- Yaşam döngüsü envanter analizi
- Yaşam döngüsü etki analizi (YDEA)
- Sonuçların yorumlanması

YDA içerisinde suyun etkilenimi, suyun tüketilmesi ve suyun kirletilmesi olarak iki bakış açısıyla değerlendirilmektedir (Hauschil ve Huijbregts, 2015).

Ötrofikasyon, çeşitli nedenlerden dolayı suyun içerisindeki besin ortamının (azot, fosfor, organik bileşimler gibi) zenginleşmesinden dolayı büyük su kaynakları içerisinde yaşayan plankton ve alglerin çoğalmasındır. Bu nedenle, uzun vadede su kaynaklarındaki oksijen miktarı azalarak, suda yaşayan (balık gibi) canlılar ölmektedir (Hauschil ve Huijbregts, 2015). Ayrıca, su kullanımının değerlendirilmesinde, "Water Scarcity Index" başlığı altında birçok gösterge mevcuttur (Basic Human Needs Index, Social Water Stress Index, Water Poverty Index gibi) (Nepomilueva, 2017).

YDA düşüncesi, fabrikasyon üretimin içerisinde zaman içerisinde yerini almış ve çevreye daha az zarar veren, günümüzdeki tanımıyla "Çevreci", ürünler üretilmeye başlanmıştır. Bir ürünün hammaddesinin çıkartılmasından, bertarafına kadar geçen süreçteki çevreye verdiği zararı değerlendirmek için Çevresel Ürün Beyanı (Environmental Product Declaration) kavramı oluşmuş, ISO 14025:2000 ise bunun ilk standardizasyon aşamasını oluşturmuştur. Günümüzde bu standart güncelliğini yitirmiştir, 2015 yılından beri ISO 14025:2006 (Tip 3 Çevre Beyanları, Prensipler ve prosedürler) kullanılmaktadır (ISO 14025:2006). Bununla birlikte, ISO 14024:2018 (Tip 1 Çevre Etiketleri, Prensipler ve yöntemler) ve ISO 14021:2017 (Tip 2 Çevre Etiketleri, Çevre ile ilgili iddiaların öz beyanı) standartları da ISO 14020:2000 "Çevre etiketleri ve beyanları" başlığı altında yer almaktadır (ISO 14020:2000).

Belirli bir eylemin ve üretimin gerçekleştirilmesi sürecinde bu aktivitenin çevreye verdiği zararı değerlendirmek için çeşitli araçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlar; karbon ayak izi, karbon hesaplayıcısı, su ayak izi, eko verimlilik göstergesi, kara liste ve gri liste, EPD ve iklim beyanları gibi araçlardır (Molse ve Rüter, 2010). Bu araçların kullanımı, YDA açısından önemlidir.

Çevresel ürün beyanı (EPD - environmental product declarations)

EPD belgesi, bağımsız kuruluşlar tarafından şeffaf ve objektif bir şekilde, bir ürünün yaşam döngüsü çevre etkisini gösteren, standart olduğu için de bu belgeye sahip diğer ürünler ile karşılaştırılabilir olanağı sunan bir belgedir. Bir ürünün EPD belgesine sahip olması gönüllülük esasına dayalıdır ve o ürünün çevresel olarak diğer ürünlere daha üstün olduğunu göstermemektedir (The International EPD System). Bu belgelerin geçerlilik süresi ise 5 (beş) yıldır. EPD belgesinin standartları günümüzde EN 15804+A1'e göre belirlenmektedir (TS EN 15804+A1).

EPD uygulama alanları; çevresel değerlendirme şemaları oluşturmak (LEED, BREEAM, GreenStar ve HQE gibi), Yeşil Satın

Alma (GPP - Green Public Procurement), iş hayatında hem satıcı hem de müşteri için çevresel beyanda kolaylık sağlama, çevre yönetim sistemleri (ISO 14001 ve EMAS gibi), ekotasarımdır (The International EPD System).

Uluslararası EPD Sistemi, küresel bir program olup 43 ülke dahil olmuş olup, 950'den fazla EPD belgesi mevcuttur (The International EPD System). EPD Türkiye internet sitesinde; ülkemizde, 22 firma, 99 EPD belgesi bulunduğu belirtilmektedir (EPD Türkiye). Yine aynı kaynaktan, ülkemizdeki EPD belgelerine ve bu belgeler vasıtasıyla ürünlerin üretimden bertarafına kadar olan süreçteki su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli değerlerine erişim mümkündür. Bu değerler baz alınarak ülkemizdeki EPD belgesine sahip ürünlerin su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli karşılaştırması yapılabileceği uluslararası EPD Sistemi internet sitesinde belirtildi.

EPD belgeleri – ürünlerin suya etkisinin hesaplanması yöntemi

Ürünlerin net su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli değerlerini edinmek amacıyla www.epdturkey.org internet adresinden Ocak 2019'da toplamda 149 EPD belgesi araştırmaya dahil edildi. Bütün belgeler tek tek taranarak;

- Firma adı,
- Ürün kategorisi (Yapı malzemeler, Kimya, Tekstil, Mobilya),
- Ürün adları,
- EPD belgesinin dili (Yalnız İngilizce, İngilizce + Türkçe),
- Sistem sınırları (beşikten kapıya, beşikten kapıya [opsiyonlu], beşikten mezara),
- Beyan birimi (kg, m2, m3, m2K/W, adet),
- Net su tüketimi değerleri – Ötrofikasyon Potansiyeli (hammadde aşaması [A1 hammadde temini, A2 nakliye, A3 üretim], üretim aşaması [A4 nakliye, A5 kurulum], kullanım aşaması [B1 kullanım, B2 bakım, B3 onarım, B4 yenileme, B5 tadilat, B6 operasyonel enerji kullanımı, B7 operasyonel su kullanımı], kullanım ömrü sonu aşaması [C1 söküm / yıkım, C2 nakliye, C3 atık işleme, C4 bertaraf]), sistem sınırları dışında kullanım (D tekrar kullanım)

Bazı EPD belgelerinde upstream, core, downstream şeklinde belirtilmiş olan sistem sınırları, upstream (A1), core (A2 ve A3), downstream (A4) olacak şekilde standardize edildi (EPD, 2015). Belgelerin edinildiği internet sayfasında, EPD belgelerinin karşılaştırılabileceği ifade edilmiş olsa da bu belgelerin standardize hazırlanmadığı görüldü. Verilerin karşılaştırılmasında görülen problemler şunlardır:

- Beyan birimlerinin farklı olmasından dolayı karşılaştırma yapılamadı. 1 kg, 1000 kg, 1 m2, 1 m3, 1m2K/W ve 1 parça olmak üzere 6 farklı beyan birimi mevcuttu. 1000 kg ağırlık için sunulmuş veriler, 1 kg'a göre düzenlendi. Sektörlere göre beyan birimleri ve sayıları tablo-1'de sunuldu.

Tablo-1. Sektörlere Göre Beyan Birimleri ve Dağılımları

	Yapı Malzemeleri		Kimya		Tekstil		Mobilya	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
1000 kg	33	37,9	9	100,0	0	0,0	0	0,0
1 m ²	41	49,5	0	0,0	19	100,0	0	0,0
1 m ³	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1m ² K/W	10	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1 parça	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	100,0
Toplam**	87	58,4	9	6,0	19	12,8	34	22,8

*Sütun yüzdesi, **Satır yüzdesi

2. Sistem sınırları net bir şekilde belirtilmiş olsa da, veriler harfli sistemde (A1, A2, C4 gibi) sunulurken eksik / farklı sunulduğu görüldü. Örneğin; beşikten kapağa (opsiyonlu) sistem sınırlığında X firması A1, A2, A3 ve C4 değerlerini sunarken Y firması A1, A2, A3, A4, A5, C1, C4 değerlerini sunmaktaydı. Bazı firmaların ise beşikten mezara beyanlarında sadece A1, A2, A3 ve C4 verilerini sunduğu görüldü. Verilerin eksik olması sebebiyle net su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli ile ilgili olarak sadece A1 (hammadde temini), A2 (nakliye), A3 (üretim) verileri sunuldu (Tablo-2).

Tekstil sektöründe beyan birimi 1 m² olan 19 ürünün ortalama net su tüketimi 612,6 ± 206,4 m³ (x10⁻³), ortalama ötrofikasyon potansiyeli 777,2 ± 187,9 kgPO₄³⁻ (x10⁻⁵) idi.

Mobilya sektöründe beyan birimi 1 parça olan 34 ürünün ortalama net su tüketimi 5 520,2 ± 14 093,4 m³ (x10⁻³), ortalama ötrofikasyon potansiyeli 61 326,5 ± 111 464,1 kgPO₄³⁻ (x10⁻⁵) idi.

YDA düşüncesi, suyun ve çevre kavramı içerisinde yer alan her şeyin korunması ve nesillere sağlıklı aktarılması açısından olumlu ve faydalı bir kavramdır. Endüstriyel açıdan, YDA düşüncesinin gönüllülük esasına bağlı olması (EPD belgeleri gibi) çevresel

Tablo-2: Ürünlerin Sektörlere ve Beyan Birimlerine Göre Net Su Tüketimi ve Ötrofikasyon Potansiyelleri

Ürün Kategorisi	Beyan Birimi	Sayı (n)	Hammadde temini (A1), Nakliye (A2) ve Üretim (A3) Toplam			
			Net Su Tüketimi (m ³ x 10 ⁻³)		Ötrofikasyon Potansiyeli (kgPO ₄ ³⁻ x 10 ⁻⁵)	
			Ort ± SS	Min. - Maks.	Ort ± SS	Min. - Maks.
Yapı Malzemeleri	1 kg	33	16,3 ± 31,3	0,0 - 103,0	1 725,7 ± 4 520,6	5,6 - 15 900,0
	1 m ²	43	61,2 ± 91,3	0,0 - 316,0	4 518,0 ± 10 732,8	75,0 - 42 600,0
	1 m ² K/W	10	251,4 ± 243,0	12,0 - 814,0	505,3 ± 292,1	170,0 - 908,0
	1 m ³	1	323 260,0*	323 260,0*	12 662,0*	12 662,0*
Kimya	1 kg	9	40,9 ± 62,2	0,0 - 182,0	144,4 ± 128,1	0,451 - 356,0
Tekstil	1 m ²	19	612,6 ± 206,4	453,0 - 1 200,0	777,2 ± 187,9	453,0 - 1 200,0
Mobilya	1 parça	34	5 520,2 ± 14 093,4	76,0 - 80 754,0	61 326,5 ± 111 464,1	3 500,0 - 653 000,0
Toplam		149				

*Tek veri olduğu için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler hesaplanamadı.

Ürünlerin 14'ünde (%9,4) beşikten kapağa, 95'inde (%63,8) beşikten kapağa (opsiyonlu) ve 40'inde (%26,8) beşikten mezara sistem sınırı olarak belirlenmişti. EPD belgesinin dili 55'inde (%36,9) hem İngilizce hem de Türkçe, 94'ünde yalnız İngilizce olarak sunulmuştu.

Yapı malzemeleri sektöründe beyan birimi 1 kg olan 33 ürünün ortalama net su tüketimi 16,3 ± 31,3 m³ (x10⁻³), ortalama ötrofikasyon potansiyeli 1 725,7 ± 4 520,6 kgPO₄³⁻ (x10⁻⁵); beyan birimi 1 m² olan 43 ürünün net su tüketimi 61,2 ± 91,3 m³ (x10⁻³), ortalama ötrofikasyon potansiyeli 4 518,0 ± 10 732,8 kgPO₄³⁻ (x10⁻⁵); beyan birimi 1 m²K/W olan 10 ürünün net su tüketimi 251,4 ± 243,0 m³ (x10⁻³), ortalama ötrofikasyon potansiyeli 505,3 ± 292,1 kgPO₄³⁻ (x10⁻⁵); beyan birimi 1 m³ olan bir ürünün ise net su tüketimi 323 260,0 m³ (x10⁻³), ortalama ötrofikasyon potansiyeli 12 662,0 kgPO₄³⁻ (x10⁻⁵) idi.

Kimya sektöründe beyan birimi 1 kg olan 9 ürünün ortalama net su tüketimi 40,9 ± 62,2 m³ (x10⁻³), ortalama ötrofikasyon potansiyeli 144,4 ± 128,1 kgPO₄³⁻ (x10⁻⁵) idi.

mücadelenin tam kapasiteyle yapılamayacağına işaret eder. Endüstride üretim aşamasında çevre ile ilgili belirli kriterlere (Örneğin; EPD belgesinin yasal zorunluluk olması) ihtiyaç duyulmaktadır. Böylelikle, endüstriyel üretim aşamasında suyun kullanımı ve ötrofikasyon potansiyeli açısından üst limitler getirilmesi, ülkemizin hedeflerinden biri haline getirilebilir.

Her ne kadar sanayi tarafından kullanılan su miktarı az gibi görünse de (%13,1), tüm dünyadaki su kullanımını düşündüğümüzde sanayinin kullandığı su miktarı, suya verdiği zarar insan sağlığı ve ekosistemin korunması için önemlidir (TÜİK, 2016). YDA ve EPD belgeleri, su ile ilgili ölçümleri içererek su açısından potansiyel tehditleri ölçmede fayda sağlamaktadır. Bu faydaya ek olarak, üretilen her ürünün suya yansıttığı olumsuz etkilerini karşılaştırmaya olanak sağlamaktadır (The International EPD System).

Literatür taramasında, EPD belgeleri ile su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyelini karşılaştıran bir çalışma bulunamadı. Bu nedenle, diğer çalışmalarla ürün kıyaslaması yapılamamakta ve bu çalışma bu alanda bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Ancak, ürün

kiyaslaması EPD resmi sayfasında, EPD belgelerinin karşılaştırma olanağı sağlayacağı belirtilmesine rağmen, bu çalışmada su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli olarak kaliteli bir karşılaştırma yapılamadı (The International EPD System). Beyan birimlerinin farklı olması, karşılaştırmayı zorlaştıran en önemli problemdi. Beyan birimleri aynı olanlarda ise, üretilen ürünlerin birbirinden oldukça farklı (örneğin; alçı levha ve porselen karo) ve aynı kategorideki ürün sayılarının az olması karşılaştırma yapmaya imkan tanımadığı, sadece tanımlayıcı veriler sunmak için yeterli olmaktadır. Verilerin dağılımı hakkında bilgi sunan standart sapma değerleri, bu nedenle çok yüksek olmaktadır. Karşılaştırmayı zorlaştıran diğer önemli problem ise sistem sınırlarının farklı olmasıydı, bu nedenle üretimin her aşaması için karşılaştırma yapmak mümkün değildi.

Yapı sektöründe ve kimya sektöründe beyan birimi 1 kg olan ürünler arasındaki su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli karşılaştırıldığında; kimya sektöründeki ürünlerin, yapı sektöründeki ürünlere göre su tüketimi daha fazla ancak ötrofikasyon potansiyeli daha azdı. Yapı sektöründe ve tekstil sektöründe beyan birimi 1 m² olan ürünler arasındaki su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli karşılaştırıldığında; tekstil sektöründeki ürünlerin, yapı sektöründeki ürünlere göre hem su tüketimi hem de ötrofikasyon potansiyeli daha fazlaydı. Mobilya sektöründeki ürünlerin su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli diğer sektörler göre yüksekti. Bunun sebebi, beyan biriminde 1 parça ürün olmasıdır (örneğin; 1 sandalye, 1 masa gibi). 1 parça ürünün içerisinde çok çeşitli malzemeler (tahta, boya, çelik, alüminyum, kumaş gibi) bulunduğu için su tüketimi ve ötrofikasyon potansiyeli daha fazla olduğu görüldü. Çelik, alüminyum gibi metal içeren ürünlerde daha fazla su tüketildiği ve ötrofikasyon potansiyelinin daha fazla olduğu tespit edildi.

Bir Finlandiya çalışmasında, tekstilde kullanılan beyan biriminin 1 kg olduğu belirtilmiştir (Kalliala, 2003). Ülkemizde ise, tekstil ürünlerinde beyan birimi olarak 1 m² kullanılmıştır. Bu durum, karşılaştırma sorununun sadece yurt içinde değil yurt dışındaki ürünlerle de olanaksız olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak; EPD belgelerinde beyan birimlerinin çeşitlilik göstermesi, sektörlerin ve benzer ürünlerin birbiri ile karşılaştırılabilirlik imkanını kısıtlamaktadır. EPD belgelerinin standardizasyonu ile ilgili bir kılavuz olmasına rağmen yeterli olmadığı görülmüştür ve bununla ilgili yeni standardizasyon çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. YDA düşüncesi suyun doğru kullanımını sağlayacak araçlar geliştirmiştir, ancak yasal olarak zorunluluk getirilmediği sürece endüstriyel açıdan çevreyi korumada yeterli verim sağlanamayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Birleşmiş Milletler. About the Sustainable Development Goals. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> (Erişim tarihi: 05.10.2018)
2. Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP). Life Cycle Initiative. Background Report for a UNEP Guide to Life Cycle Management: A bridge to sustainable products, 2006.
3. Blażejowska MR, Palekhov D. Life Cycle Assessment (LCA) in Environmental Impact Assessment (EIA): principles and practical implications for industrial projects. *Management*. 2018;22(1):138-53.

4. Bundesamt für Umweltschutz (BUS). O^o kobilanzen von Packstoffen, Schriftenreihe Umweltschutz Nr. 24. Bern. 1984.
5. EPD, How Sawn Reinforcing Steel for Concrete in Bars and Coils. http://www.feralpigroup.com/wp-content/uploads/2015/07/Feralpi_EP_D_hot_DEF1.pdf (Erişim tarihi: 28.01.2019)
6. EPD Türkiye. <https://epdturkey.org> (Erişim tarihi: 25.01.2019)
7. Franke M. Umweltauswirkungen durch Getränkeverpackungen – Systematik zur Ermittlung der Umweltauswirkungen von komplexen Prozessen am Beispiel von Einweg- und Mehrweg- Getränkebehältern. Technische Universität Berlin, Institut für Technischen Umweltschutz, 1984.
8. Hauschild MZ, Huijbregts MAJ, editors. Life Cycle Impact Assessment. Springer; 2015.
9. Hunt RG, Franklin WE, Welch RO, Cross JA, Woodall AE. Resource and environmental profile analysis of nine beverage container alternatives, United States Environmental Protection Agency (US EPA), Office of Solid Waste Management Programs, EPA/530/SW-91c, Washington, DC. 1974.
10. International Organization for Standardization ISO 14040:2006. <https://www.iso.org/standard/37456.html> (09.10.2018)
11. ISO 14020:2000. <https://www.iso.org/ics/13.020.50/x/> (Erişim tarihi: 25.01.2019)
12. ISO 14025:2006. <https://www.iso.org/standard/38131.html> (Erişim tarihi: 25.01.2019)
13. Kalliala EN. Environmental Indicators of Textile Products for ISO (Type III) Environmental Product Declaration. *Autex Res J*. 2003;3(4):206-18.
14. Klöpffer W. The role of SETAC in the development of LCA. *Int J life Cycle Assess*. 2006;11(Special Issue 1):116-22.
15. Lundholm MP, Sunström G. Resource and environmental impact of Tetra Brik carton and refillable and non-refillable glass bottles, Tetra Brik aseptic environmental profile. AB Tetra Pak, Malmö. 1985.
16. Mammadov A, Cılız N. Yaşam Döngüsü Analizi: Tanımı, Amacı, Sürdürülebilirlik Kavramlarıyla İlişkisi ve Sanayideki Yeri. *Anahtar Derg*. 2017;3:45.
17. Møse S, Rüter C. Is there a need for Environmental Product Declarations, 2010.
18. Morgan RK. Environmental impact assessment: the state of the art. *Impact Assess Proj Apprais*. 2012;30(1):5-14.
19. Nepomilueva D. Water scarcity indexes, Water availability to satisfy human needs Helsinki Metropolia University; 2017.
20. Resmi Gazete, 1983. <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18132.pdf> (Erişim tarihi: 05.10.2018)
21. Resmi Gazete, 1993. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/21489.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/21489.pdf> (Erişim tarihi: 05.10.2018)
22. The International EPD System. <https://www.environdec.com> (Erişim tarihi: 25.01.2019)
23. TS EN 15804+A1. <https://intweb.tse.org.tr/Standard/Standard/Standard.aspx?053107106111065067115113049116090107100056052055108081090071086075069085047110067109075073081116103090081086073108065117084119100104114089057114083086051081122043074082066052089057083054089043> (Erişim tarihi: 11.02.2019)
24. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Sektörel Su ve Atıksu İstatistikleri, 2016.
25. World Wildlife Fund (WWF). Water Scarcity. <https://www.worldwildlife.org/threats/water-scarcity> (Erişim tarihi: 08.02.2019)



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of NursingScience



<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Olgu Sunumu

Total Kalça Protezi Operasyonu Uygulanan Hastaya Roy Uyum Modeli Kullanılarak Hemşirelik Bakımının Verilmesi: Bir Olgu Sunumu ve Örnek Bakım Planı

Giving Nursing Care to the Patient who Underwent Total Hip Replacement Surgery Using the Roy Adaptation Model: A Case Report and Sample Care Plan

Rukiye BURUCU *,^a, Melike DURMAZ  ^b

^a Necmettin Erbakan Üniversitesi, Seydişehir SBF, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KONYA, TÜRKİYE

^b Selçuk Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KONYA, TÜRKİYE

ÖZET

Osteoartrit, bireyin yaşam kalitesinin bozulması, bakım verenlerin yükünün artması, yüksek tedavi ve bakım maliyeti açısından önemlidir. Hastanın ameliyat sonrası sürece uyum sağlayabilmesi gerekmektedir. Hasta, bakım ve danışmanlık hizmeti almak için talepte bulunmuş ve ameliyat sonrası dönemde 25 gün bakımı sağlanmıştır. Hem hastanın hem de yakınlarının yazılı onamı alınmıştır. Bu çalışmada; Roy uyum modeli kullanılarak bakım verilmiş ve bakım planı yapılmıştır. Hastanın anlatılan tüm başlıkları uygulamaya istekli olduğu, eğitim ve desteğin motivasyonunu artırdığı, iyileşme sürecinin olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Ayrıca hastanın başka sağlık sorunlarının da olduğu hemşire gözlemi ile tespit edilerek doktoruna iletilmiş ve tedavisine başlanmıştır. Tüm değerlendirmeler ışığında Roy uyum modelinin total kalça protezi ameliyatı sonrası hastaların bakımı için kullanılabilir bir model olduğu, hastanın uyum sürecini kolaylaştırdığı, motivasyonu artırdığı ifade edilebilir. Ayrıca iyi bir hemşirelik takibinin hastanın başka sorunlarının da tespiti noktasında aydınlatıcı olduğu söylenebilir. Hazırlanmış olan bakım planı ise hemşireler ve öğrenciler için yol gösterici olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik süreci, Evde bakım, Roy uyum modeli, Total kalça protezi

ABSTRACT

Osteoarthritis is important in terms of deteriorating the quality of life of the individual, increasing the burden of caregivers, high treatment and care costs. The patient should be able to adapt to the postoperative period. The patient made a request for care and counseling services and 25 days of postoperative care was provided. Written informed consent was obtained from both the patient and his relatives. In this study; Roy adaptation model was used, care was given and care plan was made. It was found that the patient was eager to apply all the headings described, increased the motivation of education and support, and the healing process was positively affected. In addition, the patient was diagnosed with other health problems by the observation of the nurse and transferred to her doctor and treatment started. It can be stated that Roy adaptation model is a model that can be used for the care of patients after total hip replacement surgery, it facilitates the adaptation process and increases motivation. It can be said that a good nursing follow-up is important for the detection of other problems of the patient. The care plan prepared can be a guide for nurses and students.

Keywords: Nursing, Nursing process, Home care, Roy adaptation model, Total hip replacement.

*Bu çalışma 19-21 Aralık 2019 Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde, sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Rukiye BURUCU

Adres: Aşkan Mah. Hafız Ahmet Sok. Sera Sit 13/2 Meram/ KONYA, TÜRKİYE

e-posta: rburucu@hotmail.com

Geliş tarihi: 26.10.2020

Düzeltilme Tarihi: 07.02.2020

Kabul tarihi: 31.05.2020

GİRİŞ

Osteoartrit, kadınlarda daha sık karşılaşılan ve yaşın ilerlemesiyle sıklığı artan önemli bir sağlık sorunudur. Genetik, mekanik ve biyolojik faktörlerin sebep olduğu dejeneratif bir eklem hastalığıdır. Kesin tedavisi olmamakla birlikte; kilo verme, hasta eğitimi, egzersiz gibi uygulamalarla yaşam kalitesi artırılabilir. Dejenerasyon çok ilerlediğinde ise hastanın cerrahi olarak tedavi edilmesi gerekmektedir (Kielly ve ark 2017).

Osteoartriti olan bireyin cerrahi tedavisi, total kalça protezi (TKP) ameliyatı ile sağlanmaktadır. Ameliyatla eklem yüzeyleri yeniden yapılandırılırken hem kalça eklem hareketlerinin sağlanması hem de ağrının tedavisi amaçlanmaktadır (Büyükyılmaz ve Güven Özdemir 2018). OECD verilerine göre TKP ameliyatı sıklığının en fazla olduğu ülkeler; İsviçre, Almanya, Avusturya'dır. Türkiye ise TKP oranı 44/100000 olarak belirtilmektedir (OECD 2015). Ülkemizde son 5 yılda yaşlı nüfusunun %16 artması ve TKP'nin 65 yaş üstü bireylerde daha fazla görülüyor olması, sorunun her geçen gün daha da artma riskinin bulunduğunu göstermektedir (TÜİK 2018).

TKP ameliyatından sonra iyileşme süreci uzundur ve bakım gerektirmektedir (Maradit Kremers ve ark 2015, Kielly ve ark 2017). İyileşmenin sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için yeterli hemşirelik bakımının sunulması önemlidir (OECD 2015). Bu hastalarda hemşire; bakım vermeli, danışmanlık hizmeti sunmalı, eğitim sorumluluğunu, hasta koçluğu ve bakım koordinatörlüğünü üstlenmelidir. Hemşirenin bunları yapabilmesi için; ameliyat öncesi ve sonrası bakım, komplikasyonlar ve bunların önlenmesi, yaşlılık fizyolojisi ve yaşlanma ile ortaya çıkan değişiklikler, kronik hastalıklar, ve hastanın ihtiyacı olduğunda çözüm üretebilmek/rehberlik etmek adına sosyal hizmetler hakkında bilgi birikiminin olması ve kendisini sürekli güncellemesi gerekmektedir (Hordam ve Boolsen 2017, Santy- Tomlinson ve ark 2018).

Olgu Sunumu

Hasta, ameliyat öncesi dönemde danışmanlık ve destek almak düşüncesiyle merkezimize, bireysel olarak araştırmacıya ulaşmıştır. İlk görüşmede; iki gün sonra TKP ameliyatı olacağını ve o süreç hakkında bilgi ve destek almak istediğini belirtmiştir. Ameliyat sonrası erken taburcu edilmekten yana kaygılarını ve bu süreci geçirememesi endişesini dile getirmiştir. Ameliyat sonrası dönem için evde hemşirelik bakımı almak istediğini belirterek yardım talebinde bulunmuştur. Biri İç hastalıkları, diğeri cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında uzman iki araştırmacı, hastane süreci ve taburculuk sonrası da içine alacak şekilde toplam 25 gün hastanın bakımını üstlenmiştir. Bu süreçte hastanın ihtiyacına uygun olarak hemşirelik bakım planını hazırlamış, gerekli bakım vermiş ve değerlendirmesi yapmıştır. Burada, hemşirelik bakımının uygulanmasında "Roy uyum modeli" kullanılmış, hastaya uygulanan bakım ve sonuçları paylaşılmıştır. Konu ile ilgili olarak hastanın ve eşinin yazılı onamı alınmıştır.

A.A., son 15 senedir, ayaklarında, bacak ve dizlerinde ağrıdan şikayetçidir. Altmışbeş yaşında (1954), 2 çocuklu, evli, emekli, eşile birlikte yaşamaktadır. Son 15 senedir el ve ayak bileklerinde ağrı kesicilere cevap vermeyen ağrı şikayeti olduğunu belirtti. Bileklerdeki ağrılar dışındaki ağrılarının fazla kilolarından kaynaklandığı düşüncesiyle rejim yaparak kilo vermeye çalıştığını ancak başarısızlıkla sonuçlandığını ifade etti. Egzersizle kilo vermek

amacıyla ağır tempolu, uzun süreli yürüyüşler yapmaya başlayan hastanın (2 saat /gün) ağrıları artınca yürüyüşü bıraktığını, önerilen ağrı kesicileri kullandığını ama sadece kısa süreli rahatladığını belirtti. Son 2 senedir geceleri de uyutmayan diz ve bacak ağrıları sebebiyle fizik tedavi uyguladığını, egzersiz önerildiğini, uyguladığını ancak; diklofenak sodyum SR kullanmadan rahatlayamadığını açıkladı. Son zamanlarda kullandığı ilacın da ağrısını azaltmadığını, yaşam kalitesinin bozulduğunu, ev işlerini bile yapamadığını ve ameliyat önerildiğini belirterek ameliyat sonrası dönemde bakım ve danışmanlık hizmeti almak istediğini açıkladı. Hastanın annesi mide kanseri, KOAH, ağabey larenx kanseri sebebiyle exitus olduğu, anne ve ablalarda el ve ayak bileklerinde, bacaklarda ağrı hikayesi bulunduğunu belirtti. Bir ablanın iki taraflı TKP ameliyatı geçmişi olduğunu, diğer ablada ise diz kapağında kireçlenme bulunduğunu açıkladı.

Kullandığı İlaçlar

Ameliyat sonrası dönem için istemi yapılan tedavi: Moksoflokasin tb 1x 400 mg, Sodyum Fusidat tb 2x500 mg, Deksketoprofen tb 2x1, Enoksaparin Sodyum 2x6000 IU (SC), Pregabalin 2x300 mg, Alprazolam tb 1x1 (LH), Ketoprofen kerm 3x1, Mukopolisakarid Polisülfat forte krem 3x1, Lansoprazol tb 1x30mg, Diklofenak Sodyum amp 1x1 (LH).

Diyet

Hastaya özel bir diyet önerilmemiş, sadece ameliyat sonrası dönemde barsak hareketlerine uygun şekilde sırasıyla; rejim 1, rejim 2 ve 3 verilmesi önerildi. Düzenli olarak üç öğün yemek yediğini, öğün aralarında sürekli atıştırma alışkanlığı olduğunu belirtti. Hamur işi ağırlıklı beslenmeyi sevdiğini, günlük sıvı alımının 3-4 bardak olduğunu ifade etti.

Tıbbi Tanıları

Opere total kalça protezi (TKP).

Fizik Muayene ve Bulgular

Yaşam bulgular: TA: 120/80 mm/Hg, Nb: 62/dk, S: 18/dk olarak ölçülmüş, boy: 1,70 cm, ağırlık: 113 kg olan hastanın, BKİ: 38, 2 olarak hesaplanmıştır.

Ameliyatla bağlantılı olmayan, el ve ayak bileklerindeki ağrı özellikle geceleri artmakta, hatta uykudan uyandırmaktadır; sayısal değerlendirme ölçeğine göre 7/8 puan, operasyon alanında yaşadığı ağrısı ise 3/4 puan olarak derecelendirilmiştir. Ameliyat bölgesindeki ağrı pozisyona bağlı, ancak diğer ağrıları pozisyondan bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Bir ayağında şekil bozukluğu olduğu, ayak kabı ve terlik seçiminin ayağına uygun olmadığı görülmüştür.

Laboratuvar bulgularından sadece sedimantasyon: 38 mm/saat (Referans aralığı 0 – 20), diğer tüm değerler normal sınırlardadır.

Tablo 1. Fonksiyonel sağlık örüntülerine göre değerlendirme

<i>Sağlığı Algılama ve Sağlığını Yönetimi</i>	Ağrı nedeniyle günlük ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandığını ifade etmektedir
<i>Beslenme</i>	Karbonhidrat ağırlıklı besleniyor, sürekli atıştırma alışkanlığı bulunmakta ve sıvı alımı yetersizdir
<i>Eliminasyon</i>	---
<i>Aktivite- Egzersiz</i>	Ağrı sebebiyle kısıtlıdır
<i>Uyku- Dinlenme</i>	Uykuya dalma sorunu olmadığını, ancak gece uykudan şiddetli (7/8) ağrı ile uyandığını, sürekli bileklerine masaj yaptığını ve bandajla sardığını belirtmektedir
<i>Bilişsel- Algısal</i>	---
<i>Kendini Algılama</i>	Ağrı sebebiyle kötü hissettiğini ifade etmektedir
<i>Rol- İlişki</i>	Evde hem eş hem de anne olarak fonksiyonlarını yerine getiremediği için üzgün olduğunu belirtmektedir
<i>Cinsellik- Üreme</i>	---
<i>Başetme- Stres Toleransı</i>	Kur'anı kerim okuyarak, dua ederek rahatlamaktadır
<i>Değer- İnanç</i>	Hacca gitmek istediğini, ibadetlerini yaptığı zaman mutlu olduğunu belirtmektedir

Hemşirelik Bakım Planı

Roy' a göre bireyin karmaşık süreçlere uyum sağlaması çok önemlidir. Bu uyumda insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarının yeri büyüktür. Buna göre; insan çevre ile sürekli etkileşim halindedir ve kişi bu etkileşim sürecinde uyum sağlayabilirse sağlıklı olmayı başaracaktır. Bu süreçte de hemşirelik bakımı en büyük destekleyici unsurdur. Roy uyum modelinde; fizyolojik, benlik, rol fonksiyon ve karşılıklı bağımlık alanları adıyla dört ayrı alan bulunur. Hemşirelik bakımı bu alanlara göre planlanır, uygulanır ve değerlendirilir (Karacaoğlu Vicdan ve Karabacak 2014).

Burada hemşirelik tanıları, Velioğlu (Velioğlu 2012) ve North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) temelinde hazırlanmıştır (Carpenito-Moyet 2012). Hastaya toplam 25 gün bakım verilmiş, 25 günün sonrasında da haftada iki kez telefon görüşmesiyle desteklenmeye devam edilmiştir. Roy Uyum Modeli ve modelde bulunan alanlara göre hemşirelik tanıları aşağıdaki gibi oluşturulmuştur (Tablo 2). Ayrıca örnek bakım planı metnin sonunda yer almaktadır (Tablo 3).

Tablo 2: Roy uyum modeli'ne göre hemşirelik tanıları

Modeldeki alan	Hemşirelik tanısı
Fizyolojik alan	Ağrı
	Fiziksel mobilitede bozulma
	Yatak içi mobilizasyonda bozulma
	Yürümede bozulma
	Uyku örüntüsünde rahatsızlık
	Beslenmede dengesizlik, gereksiniminden fazla beslenme potansiyeli
	Travma riski
	Enfeksiyon riski
Benlik kavramı alanı	Kanamama riski
	Beden imgesinde rahatsızlık, cerrahi
Rol fonksiyon alanı	Öz bakım eksikliği sendromu: (Öz bakıma ait olan beş alanın tamamında eksiklik olmaması sebebiyle, tanı alt başlıklarda ele alınmıştır) (Carpenito-Moyet 2012)
	Kendi kendine tuvaleti kullanmada etkisizlik (Günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine göre 3 puan)
	Kendi kendine giyinmede etkisizlik (Günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine göre 2 puan)
	Kendi hijyenini sağlamada etkisizlik (Günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine göre 3 puan)
	Bilgi eksikliği (mobilizasyonu, ilaçları, öz bakımı, beslenmesi hakkında)
Karşılıklı bağımlık alanı	Dinsel emir ve yasaklara uymada bozulma

Tartışma

Osteoartritin gelişmesinde; yaş, travma, iş, hareketsiz yaşam tarzı, ailesel yatkınlık, etnik yatkınlık, cinsiyet, obezite, C ve D vitamininden fakir beslenme, kemik dansitesinde azalmanın risk faktörü olduğundan bahsedilmektedir. Özellikle kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (WHO 2013, Bortoluzzi ve ark 2018). Hastada bu risk faktörlerinden; yaş cinsiyet, hareketsiz yaşam tarzı, ailesel yatkınlık ve obezite bulunmaktadır. Uzun süredir yaşadığı ağrıları ve buna bağlı yaşam kalitesinin düşmesi en büyük sorundur.

Ağrı, bu hastalıkta en sık karşılaşılan bulgudur. Ağrı hem hastalık belirtisi, hem de ameliyat sonrası farklı sebeplerle karşılaşılabilen komplikasyonlardan biridir. Hastalarda ameliyat sonrası dönemde %75 oranında ağrı görülebilmektedir. TKP ameliyatı sonrası da yine benzer oranlarda ağrı gözlenirken iyileşme sürecinin ardından; hastaların %90'ından fazlası ağrısız ve yaşam kalitesi yüksek bir hayat yaşayabilmektedir (Beksaç ve ark 2014). Bu hastanın da ameliyat öncesi döneme ait şikayeti, ağrılarıdır. Ağrı sebebiyle fonksiyon kaybı yaşadığını da ifade etmiştir. Ameliyat sonrası dönemde, başta var olan ağrıların azaldığı, kaybettiği fonksiyonlarını yeniden kazanmaya başladığı söylenebilir. Ağrının azalması için hemşirelik girişimi olarak; hastanın hareketlerinde yardımcı olunması, yardımcı cihaz kullanımı, eklem korunmasının öğretilmesi, kilo kontrolünün sağlanması hakkında eğitim verilmesi ve destek olunması gerekmektedir (Pirbudak Çöçelli ve ark 2008). Hastaya; eklem korunması için: merdivenden nasıl inip çıkması gerektiği, oturma şekli, namaz kılarken yapması gerekenler, tuvalet kullanımı ve klozetin yüksekliğinin hastaya uygun olarak ayarlanması hakkında bilgi verilmiş, hasta desteklenmiş ve takip edilerek yanlıları düzeltilmiştir. Evinde kullandığı klozetin yüksekliği hastaya uygun hale getirilmiştir. Bunların yanında ihtiyacı olduğu dönemlerde order edilen analjezik tedavileri de uygulanmıştır. Ancak hastanın ameliyata bağlı olmayan eklem ağrıları analjeziklere cevap vermemiş, sıcak uygulama ile desteklenmeye çalışılmıştır. Bununla da hasta rahatlamamış ve istemi yapılan pregabalın kullanılmıştır (Yelland 2017). İlacın kullanımını takip eden 3-4 günün ardından eklem ağrıları da geçmiştir. TKP ameliyatı, öncesi de sonrası da ağrı ile devam eden bir süreç içermektedir. Bu ağrıların öncelikle eğitim, takip, bakım ile rahatlayacağı, rahatlamadığı durumda da analjeziklerin kullanılabileceği söylenebilir. Ayrıca iyi bir hemşirelik bakımı ve

takibinin hastanın asıl sorun kaynağına ulaşılmasında önemli bir yere sahip olduğu unutulmamalıdır. Nitekim hastanın yıllardır süre gelen ağrıların, romatolojik kökenli olduğunun tespit edilerek yeni bir tedavi başlanmasına hemşirelik takibi aracılık etmiştir.

TKP sonrası hastanın mobilizasyonu, yatak içi/ dışı pozisyonları hastanın konforunu sağlamak için çok önemlidir. Gün içinde mobilizasyonun doğru uygulanmaması hastanın yukarıda da bahsedildiği gibi ağrısının olmasına sebep olmaktadır. Bu da ameliyat sonrası süreçte hastada farklı sorunlara yol açmaktadır (Pirbudak Çöçelli ve ark 2008). Ameliyat sonrası hastaların %73' ü ağrı sebebiyle uykusuzluk sorunu yaşamaktadır (Eti Aslan ve ark 2018). Hasta, hem ameliyat öncesi hemde sonrası ağrı sebebiyle uyku sorunu yaşadığını belirtmiştir. Girişimlerle rahatlayan hastanın uyku sorunu ortadan kalkmış bulunmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde uyku sorunu yaşayanlara uygulanacak olan; doğru pozisyon desteği, mobilizasyonun doğru yapılması, destek aparatlarla mobilizasyonun sağlanması ve eğitimin faydasının olacağı söylenebilir. Çözüm üretilemeyen ağrılarda doğru kullanılan analjezik ya da bu amaçla verilen ilaçların da etkisinin kaçınılmaz olduğu unutulmamalıdır.

Cerrahi müdahale sonrası önemli risklerden biri düşme/travma/yaralanma riskidir. Bireyin yaşlı olması, cerrahi yaşamış olması, psikososyal değişiklikler, komplikasyonlar, mobilizasyonda sorun olması, yürümede bozulma, kullanılan ilaçlar ve var olan ilave sağlık sorunları düşme riskini etkileyen sebeplerdir. Söz konusu başlıkların irdelenmesi ve hastanın travma yaşamadan iyileşme sürecini tamamlaması sağlanmalıdır (Gürler ve ark 2017). Hastanın risk faktörleri değerlendirilmiş, güvenli çevre oluşturulmuş, erken mobilizasyonu sağlanmış, destek aparatlar kullanılmış, hastaya gerekli bilgilendirme de yapılarak hastanın bunların sürekliliğini sağlamanın önemi vurgulanmıştır. Hastanın mobilizasyonu, yürüteç kullanarak yürütmesi, merdiven inmesi ve çıkması, doğru ayakkabı/terlik tercihi de düşme riskini azaltmak için değerlendirilmiş ve çözüm üretilmiştir. Hasta bu uygulamalar sonunda her hangi bir travma yaşamamıştır.

TKP ameliyatı sonrası mobilizasyonu olumsuz etkileyen faktörlerden biri de kompresyon çorabıdır. Ancak bu çorapların kullanımı ile emboli oranı %54' den %20' ye gerilediği belirtilmektedir ve bu nedenle kullanımı çok önemlidir (Özcan ve ark 2019). Ayrıca bireyin mobilizasyonunun yetersizliği de emboli riskini desteklemektedir (Özcan ve ark 2019). Hastanın mobilizasyonu sağlanmış, düzenli olarak egzersiz yapması desteklenmiştir. Çorapların doğru giyilmesi, temizliği, muhafazası hastaya öğretilmiş, kullanması desteklenmiş ve yanlışları düzeltilmiştir. Hastada hem çoraplar kullanılmış, hem ilaçları uygulanmış, aynı zamanda mobilizasyonu sağlanmış olup emboli yaşanmamıştır.

TKP sonrası emboli riskini azaltmak için tromboemboli profilaksisi de uygulanmaktadır. Bu profilakside; düşük molekül ağırlıklı heparin, varfarin, oral antikoagülan ve aspirin kullanılabilir (Azboy ve ark 2016). Anti koagülan ajanlar emboli riskini en aza indirirken kanama riskini ne yazık ki artırmaktadır. Bu kanama; bir travma sonrası, konstipasyona bağlı ıkınma sonrası ya da bir sebep yokken ortaya çıkabilmektedir (Aşiret Duru ve Özdemir 2012). Hastanın kanama sorunu yaşamaması için; ilacı düzenli uygulanmış, kanama bulguları yönünden takibi yapılmış ve hastaya da bu konuda eğitim verilmiştir. Olası bir travma

yaşamaması için ortam düzenlenmiş, hasta ve ailesi bilgilendirilmiştir. Hastanın ilaç tedavisi sorunsuz tamamlanmış, kanama sorunu yaşamamıştır.

Cerrahi alan enfeksiyonları; hastanın yaşam kalitesini, iyileşme sürecini ve maliyetini, hastanede kalma sürecini olumsuz etkilemektedir. Ortopedi ameliyetlerinde da enfeksiyonlar önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenlerle hemşirenin ortopedi ameliyatları sonrası kanıt temelli uygulamaları bilmesi ve uygulaması çok önemlidir (Candy 2015). Özellikle bu tür ameliyatlardan sonraki ilk 30 gün içinde uygulanan hemşirelik bakımı enfeksiyonların önlenmesinde çok etkilidir. Cerrahi alan enfeksiyonunun gelişmemesi için standart önlemlerin uygulanması gerekmektedir (Rennert- may ve ark 2016). Hastada ameliyat sonrası dönemde; uygun yara ve cilt bakımı, yeterli ve dengeli beslenme, genel hijyenin yeterliliği, antibiyotiklerin doğru kullanımı sağlanarak iyileşme süreci tamamlanmış ve her hangi bir enfeksiyon bulgusu ile karşılaşmamıştır.

Cerrahi müdahale sonrası hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi yara iyileşmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan). BKI 30-40 arasında olan hastalarda zaten var olan yanlış beslenme alışkanlığı, hastayı pek çok yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Bu tür hastalar hem ameliyat sonrası mobilizasyon ve iyileşme süreçlerinde sıkıntı yaşamakta, hem de daha erken yaşta ameliyat olmaları gerekmektedir (Allen 2012, Richmond ve ark 2013). Kadınlar, erkeklere göre kilo kontrolü için daha fazla çaba sarf etmekte, daha başarılı olmakta ve bu süreç onların depresif duygularını da anlamlı düzeyde azaltabilmektedir (Wong Lee ve ark 2019). Hastanın, iyileşme sürecinin desteklenmesi, kilo vermesine yardımcı olunması ve kendisini daha iyi hissetmesi için dengeli bir beslenme programı oluşturulmuştur. Sonuçta hasta iyileşmiş, mobilizasyonu desteklenmiş ve bu süreçte de 7 kg verebilmiştir. Bu da hastanın motivasyonunu olumlu yönde etkileyen önemli bir başlıktır.

TKP cerrahisi yaşayan hastalarda yaşam kalitesinin artması ve kendilerine yeterli olma durumu hastayı psikolojik olarak da daha güçlü kılmaktadır. Hareketliliğin ve fonksiyonların yeterli olması değerli bir durumdur. Hasta ne kadar destek malzeme kullanmadan hareketli olabiliyorsa o oranda kendini daha mutlu hissetmektedir. Destek malzeme kullanmaması ayrıca beden imajı için önemlidir (Kıraly ve Gondos 2013). Hasta, yürüteç kullanması ve bu durumun özellikle arkadaşları tarafından görünmesinin kendisini rahatsız ettiğini ifade etmiştir. Hastaya bu durumun geçici bir durum olduğu ve sürecin hızlandırılması için yapılması gerekenler açıklanmıştır, bir an evvel yürüteçsiz yürüyebilmek için egzersizlerini yapmaya devam etmiştir.

TKP yaşayan hastalar için öz-bakımlarının karşılanması da önemli bir sorundur ve bunun sağlanmasında hem destek hem de hasta eğitimi gerekmektedir. Hastalara verilen öz- bakım eğitimi sonrası hastaların motivasyonu, mobilizasyonu ve öz-bakımlarını sağlayabilme oranları artarken hastanın depresif özelliklerinin de anlamlı bir şekilde azaldığı gözlenmektedir (Huang ve ark 2017). Ayrıca hastaya verilen eğitimler hastanın iyileşme sürecini hızlandırırken hastaneye tekrarlı yatışların azalmasında da etkilidir. Bu nedenle TKP geçiren hastalar için erken dönemde başlayan bir eğitim programı, iyi bir hemşirelik bakımı ve hemşirelerce yürütülecek olan hasta koçluğu önerilmektedir (Hordam ve Boosen

2017). Hastaya iyi bir hemşirelik bakımı ve eğitim verilmiş, 25 gün boyunca aynı zamanda hasta koçluğu da yapılarak hastanın öz-bakımını sağlaması desteklenmiştir.

Birey için dini emir ve yasalara uymak önemli ihtiyaçlardan biridir. Birey bu sayede kendini daha güçlü, mutlu ve huzurlu hisseder. Hemşirelik bakımı içinde de vazgeçilmez önemli bir öğedir. Manevi bakım hastaya bütüncül bakabilmeyi gerektirir. Hemşire, hastanın manevi gereksinimlerini belirler ve çözümler üretebilir (Sülü Uğurlu 2014). Bu hastada da oruç tutamaması, namaz kılamaması gibi yapmak isteyip de yerine getiremediği dini uygulamaları için hastaya uygun çözümler üretilmiş ve hastanın manen rahatlaması desteklenmiştir.

SONUÇ

TKP, büyük bir cerrahi girişim olması ve ömür boyu hastayı etkileyecek sonuçlar içermesi sebebiyle çok önemlidir. Ameliyat öncesi dönemden başlaması gereken eğitim ve hasta koçluğu süreci; hastanın iyileşme sürecine, moral ve motivasyonuna, öz bakımını sağlamasına, fiziksel yeterliliğine, önemli katkılar sağlayacaktır. Bunların sağlanması için hastanın durumuna uyum sağlaması gerekmektedir. Bu amaçla TKP uygulanacak hastanın bakımının planlanması ve uygulanmasında “Roy uyum modeli” nin kullanımının hastanın yeni durumuna uyum sağlamasında etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca hastanın tanılanmamış olan diğer sağlık sorunlarının tanılanmasında iyi bir hemşirelik bakımı ve takibinin öneminin farkında olunması gerekmektedir. Hasta eğitimine; ameliyat öncesi dönemde başlaması, hastalarda modelin kullanımı ile birlikte hasta koçluğu uygulanmasının denenmesi önerilebilir. Ayrıca hazırlanmış olan örnek bakım planının ise hemşire ve öğrenciler için aydınlatıcı olacağı düşünülmüştür.

Tablo 3. TKP hastası için hemşirelik bakım planı

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
Ağrı <i>İlişkili faktör:</i> Cerrahi travma <i>Tanımlayıcı faktör:</i> Hastanın ağrı ifadesi, yüz ifadesi, hareketle birlikte inleme sesi çıkartması, ağrı sebebiyle yatağından kalkmakta zorlanması (Ağrı ölçek puanı: 7/8-3/4)	Hastanın rahatladığını ifade etmesi Kendi ihtiyaçlarını gidermek (yemek, tuvalet vs) için yatağından kalkması ve ihtiyaçlarını giderebilmesi	Cerrahiye bağlı ağrının nedeni ve süreci açıklandı Hastaya yatakta rahat edeceği pozisyon verildi Yatak içinde pozisyon değiştirirken destek olundu, yan yatarken bacak arası yastıkla desteklendi Yataktan kalkarken ve yatarken opere edilen taraf anatomik yapıya uygun olarak desteklendi Bacaklarına, el ve ayak bileklerine hafif masaj yapıldı Yürütmesi için yürüteç temin edildi ve kullanımı öğretildi Gereksinimi olduğunda ağrı kesici ilaçları verildi	Ağrıyı kabullendi İlk üç gün rutin olarak ağrı kesici verildi, üç günden sonra sadece ihtiyaç halinde geceleri kullandı 1. gün sabahı itibarıyla destekle mobilizasyonu sağlandı ve sonrasında da desteğe devam edildi 10. gün itibarıyla yatak içinde yardımsız pozisyon değiştirmeye başladı 15. gün itibarıyla yataktan başkasının yardımı olmadan kalkıp yatmaya başladı 25. gün itibarıyla yürüteçle ev içinde kendi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor, ev işlerinin bir kısmını yapabiliyor 25. gün itibarıyla ağrı ölçek puanı 0/1
Fiziksel mobilitede bozulma Yatak içi mobilizasyonda bozulma Yürümede bozulma <i>İlişkili Faktör:</i> Cerrahi travma <i>Tanımlayıcı Faktör:</i> Yataktan kalkamaması, yürüyememesi, oturamaması, yatak içinde dönmemesi	Ekstremitelerinde güçlenmeyi hissetmesi ve yapamadığı fonksiyonlarını yapabilmeye başlaması	Yataktan kalkarken ve yatarken, yürürken gerekli destek sağlandı İnsizyon bölgesi mobilizasyonları sırasında nasıl koruması gerektiği açıklandı Yatakta uygun pozisyon verildi Yürüteç temin edildi ve kullanımı öğretildi Evde kullanması için ayağını tam kavrayan terlik temin edildi	1. gün itibarıyla yürüteçle ve destekle yürütmesi sağlandı 3. gün itibarıyla önerilen egzersizleri (her birini beş kez) yapmaya başlaması sağlandı 10. gün itibarıyla yatak içinde yardımsız pozisyon değiştirmeye başladı 15. gün itibarıyla yataktan başkasının yardımı olmadan kalkıp yatmaya başladı 25. gün itibarıyla yürüteçle ev içinde kendi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor, ev işlerinin bir kısmını yapabiliyor 30. gün itibarıyla ev içinde kısa mesafeleri yürütecsiz gidip gelebiliyor
Uyku örüntüsünde rahatsızlık <i>İlişkili Faktör:</i> Cerrahi işleme bağlı ağrı ve konforda bozulma, geceleri olan bilek ağrıları <i>Tanımlayıcı faktör:</i> Hastanın geceleri uyuyamadığını söylemesi, gece kalkmak için destek istemesi, ağrı için özellikle geceleri uyanıp çözüm istemesi, gün içinde yorgun olması, yorgun olduğu gerçeğiyle egzersizlerini yapmak istememesi	Hastanın gece 7-8 saat uyuması, kendisini dinlenmiş hissetmesi, egzersizlerini yapmaya istekli olması	Ağrıların azaltılması için gerekli girişimler uygulandı Yatarken antiembolik çorabı çıkartılıp el ve ayak bilekleri elastik bandajla sarıldı El ve ayak bileklerine sıcak uygulama yapıldı Bacak, el ve ayak bileklerine masaj yapıldı Yatmadan önce ağrı kesici verilip egzersizlerini yaptıktan sonra uykuya geçmesi önerildi Uyku sorunu yaşadığı gecelerde okuması için kitap temin edildi, müzik dinletildi	İlk üç gece ağrı kesici desteği ile bir kaç saat uyudu Masaj ve sıcak uygulama bir saat sonra rahatlamasını destekledi Uykuya dalmak için müzik dinledi ve kitap okudu. Ağrıları geçmediği için yeniden doktor kontrolü sağlandı Romatizmal sorunları olduğu söylenerek pregabalın başlandı Pregabalın kullanımının 10. gün itibarıyla el ve ayak bileklerindeki ağrı şikayeti sonlandı Geceleri en az 7/8 saat uyuyor, gün içinde egzersizlerini eksiksiz en az her birini 50 tekrarla uyguluyor Masaj ve sıcak uygulama ihtiyacı ortadan kalktı
Beslenmede dengesizlik Gereksiniminden fazla beslenme potansiyeli <i>İlişkili Faktör:</i> Yanlış beslenme alışkanlığı, cerrahiye, fazla kilolarına, ağrılarına bağlı hareket kısıtlılığı <i>Tanımlayıcı Faktör:</i> BKİ: 38,2, karbonhidrat ağırlıklı beslenmesi, üç ana öğün dışında aklına geldiğinde de birşeyler atırdığını söylemesi ve gözlenmesi, günlük 3-4 bardak su tüketmesi	Yeterli ve dengeli beslenmede olması gereken besin öğelerini belirtebilmesi Hareket etmesinin gereğini kavraması Doğru ve dengeli beslenmeye başlaması	Yeterli ve dengeli beslenmede gerekli olan bilgiler açıklandı Doğru ve kontrollü mobilizasyon Öğün sıklığı belirlendi ve ona uygun yemek listesi oluşturuldu, uyması için yönlendirildi Günlük 3 litre su tüketiminin önemi açıklandı Üç litrelik su şişeleri hazırlanarak tükettiği su miktarını görebilmesi sağlandı Fiziksel egzersizi artırarak yapması sağlandı Ev içinde artan sürelerle yürütmesi sağlandı	Beslenme programına uyuyor 3 litre su tüketiyor Egzersizlerini artırarak yapıyor Yedikleriyle duyduğunu ifade ediyor 25 gün sonunda 7 kg vermeyi başardı Kendi başına kaldığında da kurallara uyacağını ifade ediyor
Travma riski <i>İlişkili faktör:</i> Cerrahi müdahaleye bağlı yürüme, mobilizasyon sorunu	Travma yaşamaması	Düşmenin neden önemli olduğu açıklandı Doğru ve kontrollü mobilizasyon öğretildi Mobilizasyon sırasında destek olundu ve destek istemesi için cesaretlendirildi Yürümede destek aparatlar (walker vs) temin edildi ve kullanımı öğretildi Kaygan zeminin riskleri açıklandı Doğru terlik ve ayakkabı seçimi sağlandı Aydınlatmanın önemi açıklandı Evde yürüme alanının düzenlenmesi ve önemi açıklandı Klozetin yüksekliği kontrol edildi ve hastaya uygun hale getirilmesi sağlandı Banyoda tutunacak alanın önemi açıklandı ve uygun düzenleme sağlandı Ortamdaki kayan halıların riski açıklandı ve ortamdaki kaldırılması sağlandı	Gereksinim duyduğunda yardım istiyor Kaymayan tabanlı ve ayağını tam kavrayan ayakkabı ve terlik kullanıyor Walker ile sorunsuz yürüyor, merdiven inip çıkabiliyor Kaygan zeminde daha kontrollü hareket ediyor, ıslak alanların kuru tutulması sağlanıyor Gece lambası geceleri koridorda sürekli açık bulunuyor, karanlık alanların aydınlatmasından emin olup içeriye giriyor Klozetin seviyesi hastaya uygun aparatlarla yükseltildi Banyoya tutamak monte edildi Ev içinde kayan halılar kaldırıldı, ortada eşya kalabalığı yok Hem eşi, hem kendisi açıklarla uyumlu davranıyor ve risklerin farkındalar
Enfeksiyon riski <i>İlişkili faktörler:</i> Cerrahi müdahale, ilk	Enfeksiyona sebep olabilecek faktörlerin neler olduğunu ifade etmesi ve	El yıkama kurallarına dikkat edildi El yıkama konusunda hasta ve ailesi bilgilendirildi	Hastada her hangi bir enfeksiyon gelişmedi

günlerde açık damar yollarının ve girişimsel tedavisinin olması, obezite	enfeksiyon gelişmemesi	Uygulamalarda aseptisyeye özen gösterildi Kateter ve insizyon yeri bakımları düzenli olarak yapıldı Perine bölgesinin hijyeni sağlandı Antibiyotik tedavisi kontrollü olarak uygulandı Laboratuvar bulguları, yaşam bulguları, kateter girişleri ve insizyon yeri enfeksiyon bulguları açısından takip edildi Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlandı	
Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
Kanama riski <i>İlişkili faktörler:</i> Antikoagülan ilaç kullanması	Kanamamanın olmaması Kanama bulgularını sayabilmesi Kanama olduğunda ne yapması gerektiğini ifade edebilmesi	Kanamayı gösteren bulguların neler olduğu, kanamaya nelerin yol açabileceği ve nasıl takip edeceği açıklandı Antikoagülan tedavinin önemi açıklandı Kesici- delici malzemelerle çalışıldığında dikkat etmesi gerektiği, mümkünse eldiven kullanmasının uygun olacağı açıklandı Ev içinde düşmemesi için ortam değerlendirildi ve gerekli önerilerde bulunuldu Herhangi bir yerinde kanama başlar ya da bir kanama bulgusunu görürse ne yapması gerektiği açıklandı Kabız kalmaması ve ıkmaması gerektiği açıklandı	İlaç kullanımı sorunsuz tamamlandı, kanama sorunu yaşanmadı
Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
Beden imgesinde rahatsızlık <i>İlişkili faktörler:</i> TKP operasyonu <i>Tanımlayıcı faktör:</i> Baston, yürüteç vs ile yürümek istememesi, normal yürütmeye başlayıncaya kadar kendisini kimsenin görmesini istemediğini belirtmesi, evde misafirlere baston/yürüteç ile görünmek istememesi, ev dışında wolker kullanmayı kabul etmemesi	Baston/yürüteç ile evde ya da ev dışında yürümeyi kabul etmesi ve yürütmesi	Destek malzemeler hakkında düşünceleri paylaşıldı, kendisinde bir eksiklik olarak kabul ettiğini ifade etti Destek malzemelerin önemi ve kullanım süreci açıklandı	Bu şekilde yürütmenin geçici olduğunu ifade etmeye başladı Ev içinde misafirlerin yanına yürüteçle çıkmaya başladı Dışarıda destek kullanmayı henüz kabul etmiyor, eşine tutunarak yürüyor
Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
Kendi kendine tuvaleti kullanmada etkisizlik (3= yardım ve bazı gözetimler gerekir) Kendi kendine giyinmede etkisizlik (2=minimal düzeyde yardım ihtiyacı var) Kendi hijyenini sağlamada etkisizlik (3= yardım ve bazı gözetimler gerekiyor) <i>İlişkili faktörler:</i> TKP operasyonu <i>Tanımlayıcı faktörler:</i> Tuvalete gitmek için desteksiz yataktan kalkamaması, yatamaması, yürüyememesi, tuvalete oturup kalkamaması Kendi başına varis çorabını, alt iç çamaşırını, alt pijamasını, çorap ve ayakkabısını giyip çıkartamaması Genital hijyenini kendi başına yeterli sağlayamaması, vücut banyosunu kendi başına yapamaması	Kendi başına tuvalet ihtiyacını giderebilmesi Kendi başına giyinme ihtiyacını giderebilmesi Kendi başına vücut hijyenini sağlayabilmesi	Tüm gereksinimleri için doğru mobilizasyon kuralları öğretildi Tuvalete oturması, kalkması, yatağa yatıp kalkması öğretildi ve desteklendi Her tuvalet sonrası perine hijyeni sağlandı Varis çorapları günlük kuralına uygun olarak giydirip çıkartıldı, önemi açıklandı Alt pijamaları, iç çamaşırı vs uygun şekilde giydirildi/ çıkartıldı Vücut banyosu için banyoda gerekli düzenlemeler (tutamaklar, kaymanın önlenmesi vs) yapıldı, banyosu yaptırıldı Alt iç çamaşırı, varis çorabı, pijama vs gibi kıyafetleri giydirildi	25 gün sonunda hasta tuvalet ihtiyacını yardımsız giderebiliyor (0) Banyosunu yardımla yapıyor (1) Sadece alt iç çamaşırı ve çorabını giyerken yardım ihtiyacı oluyor (2)
Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
Bilgi eksikliği (mobilizasyonu, ilaçları, öz bakımı, beslenmesi) <i>İlişkili faktörler:</i> TKP operasyonu <i>Tanımlayıcı faktörler:</i> Hastanın; nasıl yürüyeceğini, oturup- kalkacağını bilmediğini belirtmesi ve yapamaması İlaçlarının kullanım sıklığı ve dozunu bilmiyor olması Öz bakımını sağlayamamasının yanında nasıl yapacağını bilmediğini ifade etmesi, mikrop kapma kaygısını dile getirmesi Doğru beslenmeyi bilmediğini belirtmesi ve destek istemesi	Yeterli mobilizasyonun doğru olarak sağlanması İlaçların tam zamanında ve tam doz olarak almasının sağlanması Yeterli öz- bakımın sağlanması Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması	“Fiziksel mobilitate bozulma” Kanama riski” ve “Enfeksiyon riski” “Öz bakımın sağlanması” “Beslenmede dengesizlik” başlıklarında gerekli açıklama yapılmıştır	
Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
Dinsel emir ve yasaklara uymada bozulma <i>İlişkili faktörler:</i> TKP operasyonu, ağrı <i>Tanımlayıcı faktörler:</i> namaz kılamamaktan ve abdest alamamaktan ötürü kaygılı olduğunu dile getirmesi, kendini suçlu hissetmesi Ramazan ayı olması sebebiyle oruç tutamıyor olmaktan ötürü rahatsız olduğunu belirtmesi	Hastanın rahatlaması, kendisini ibadetlerini yapamadığı için suçlu hissetmediğini, bu durumun geçici olduğunu ifade etmesi	Hasta ile konuşuldu: Orucunu; sağlık sorunları düzeliş sürekli ilaç kullanımı son bulduğunda tutabileceği açıklandı (DİB3)Fiziksel durumunun el verdiği ölçüde abdest almasının mümkün olduğu (DİB1) ve namazını da kılabileceği kaynaklar aracılığıyla açıklandı (DİB2)	Orucunu iyileştikten sonra tutmaya karar verdiğini belirtti Fziksel durumuna uygun olarak abdestini alıp namazını kılabiliyor ve rahatladığını ifade ediyor

Kaynaklar

- Allen S, 2012. Total Knee and Hip Arthroplasty Across BMI Categories: A Feasible Option for the Morbidly Obese Patient. *J Surg Res*, 175, 2, 215-7.
- Aşiret Duru G, Özdemir L, 2012. [Nurses Responsibilities of safe Use of Anticoagulant Drugs]. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 58-68.
- Azboy İ, Yalvaç E, Azboy N, Şahin İ, Zehir S, 2016. [Preferences of Surgeons in Total Knee and Hip Arthroplasty, and Operating Room Facilities in Turkey: A survey]. *Joint Diseases and Related Surgery*, 27, 1, 34-40.
- Bektaş B, Uzun M, Özden V, Dikmen G, 2014. [Evaluation of the Painful Total Hip Arthroplasty]. *Türkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol-Special Topics*, 7, 3, 6-10.
- Bortoluzzi A, Furuni F, Scire C, 2018. Osteoarthritis and its management - Epidemiology, nutritional aspects and environmental factors. *Autoimmunity Reviews*, 17, 11, 1097-104.
- Büyükyılmaz F, Güven Özdemir N, 2018. [A New Life with Total Hip and Knee Replacement": Key Concepts in Patient Education]. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6, 2, 86-96.
- Candy M, 2015. Implementing Evidence-Based Practice to Reduce Infections Following Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 34, 4, 188-94.
- Carpenito-Moyet L, 2012. [Nursing Diagnosis Handbook] Çeviren: Erdemir, F. 13. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012, p. 20-500.
- DİB1, Diyanet İşleri Başkanlığı, Abdest. <https://kurul.diyanet.gov.tr/Konu-Cevap-Ara/113/taharet--temizlik--teyemmum>, Erişim tarihi: 16.07.2019.
- DİB2, Diyanet İşleri Başkanlığı, Namaz. <https://kurul.diyanet.gov.tr/Konu-Cevap-Ara/126/namaz-hasta-namazi>, Erişim tarihi: 16.07.2019.
- DİB3, Diyanet İşleri Başkanlığı, Oruç. <https://kurul.diyanet.gov.tr/Cevap-Ara/519/oruc-tutmamayi-mubah-kilan-mazeretler-nelerdir->, Erişim tarihi: 16.07.2019.
- Eti Aslan F, Kula Şahn S, Secginli S, Bülbüloğlu S, 2018. [Satisfaction Levels of Patients with Nursing Practices Related to Post-Operative Pain Management: A Systematic Review]. *Ağrı*, 30, 3, 105-15.
- Gürler H, Bayraktar N, Erdil F, 2017. [Prevention of Falls in Elderly Individuals Undergoing Surgical Intervention]. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing - Special Topics*, 3, 2, 124-9.
- Hordam B, Boolsen M, 2017. Patient Involvement in Own Rehabilitation After Early Discharge. *College of Caring Science*, 31, 4, 859-66.
- Huang T, Sung C, Wang W, Wang B, 2017. The Effects of the Empowerment Education Program in older Adults with Total Hip Replacement Surgery. *JAN*, 73, 8, 1848-61.
- Karacaoğlu Vicdan A, Karabacak B, 2014. [Models of Nursing: Roy Adaptation Model]. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 4, 255-9.
- Karadakovan A, Eti Aslan F, [Care for Internal and Surgical Diseases]. 3. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014, p. 25-35, 47-60, 105-25, 279-306.
- Kielly J, Davis E, Marra C, 2017. Practice guidelines for pharmacists: The management of osteoarthritis. *Canadian Pharmacists Journal*, 150, 3, 156-68.
- Kiraly E, Gondos T, 2013. The Effect of Functional Movement Ability on The Quality of Life After Total Hip Replacement. *JCN*, 23, 1, 124-31.
- Maradit Kremers H, Larson D, Crowson C, Kremers W, Washington R, Steiner C, Jiranek W, Berry D, 2015. Prevalence of Total Hip and Knee Replacement in the United States. *J Bone Joint Surg Am.*, 97, 1386-97.
- OECD, 2015. Hip and Knee Replacement. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-65-en.pdf?expires=1566143951&id=id&accname=guest&checksum=4C5FBF3CB65F756A0E878A5B129F9C29, Erişim tarihi: 18.08.2019.
- Özcan S, Kaya Biçer E, Taşkıran E, 2019. [Deep Venous Thrombosis and Pulmonary Embolus]. *TOTBİD Dergisi*, 18, 114-27.
- Pirbudak Çöçelli L, Bacaksız B, Ovayolu N, 2008. [Role of Nurse in Pain Treatment]. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-8.
- Rennert-may E, Bush K, Vickers D, Smith S, 2016. Use of a provincial surveillance system to characterize postoperative surgical site infections after primary hip and knee arthroplasty in Alberta, Canada. *AJIC*, 44, 11, 1310-4.
- Richmond S, Fukuchi R, Schneider K, Schneider G, Emery C, 2013. Are Joint Injury, Sport Activity, Physical Activity, Obesity, or Occupational Activities Predictors for Osteoarthritis? A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther* 43, 8, 515-9.
- Santy- Tomlinson J, Falaschi P, Hertz K, 2018. Fragility Fracture Nursing Holistic care and management of the Orthogeriatric Patient. *Springer Open, Switzerland*, 54-154.
- Sülü Uğurlu E, 2014. [Application of Spiritual Care in Nursing]. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 5, 3, 187-91.
- TÜİK, 2018. TÜİK'ten İstatistiklerle Yaşlılar Raporu (2018). <https://www.brandingturkiye.com/tuiken-istatistiklerle-yasli-lar-raporu-2018/>, Erişim tarihi: 18.08.2019.
- Velioğlu P, 2012. [Theories and Concepts in Nursing]. *Yenilenmiş 2. Baskı, Akademi Basın ve Yayıncılık, Ankara*, 2012, 86-7.
- WHO, 2013. Chronic Diseases and Health Promotion. <https://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>, Erişim tarihi: 19.08.2019.
- Wong Lee D, Ah Lee S, DW. C, jang S, park E, 2019. Weight Control Success and Depression by Gender With Respect to Weight Control Behaviors. *Obesity Research@ Clinical Practice*, 13, 2, 168-75.
- Yelland M, 2017. Review: Pregabalin Reduces Fibromyalgia Pain but Increases Adverse Events. *Ann Intern Med.*, 166, 2, 120-8.