



EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
Journal of Ege University Nursing Faculty



ISSN 2147-3463
E-ISSN 2667-6648



Yıl 2021
Year 2021

Cilt 37
Volume 37

Sayı 3
Number 3



Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Ege University Nursing Faculty



Yıl (Year) : 2021

Cilt (Volume) : 37

Sayı (Number) : 3

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ Hemşirelik Fakültesi Adına

Yayın Alt Komisyonu

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

Prof. Dr. Leyla KHORSHID

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ (Dekan) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Oya KAVLAK (Baş Editör) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN (Dil Editörü) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Ayşe OKANLI - Medeniyet Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU - Erzurum Teknik Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU - Başkent Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Doç. Dr. Yıldız DENAT - Aydın Adnan Menderes Üni. Hemşirelik Fak.

Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÜLEÇ ŞATIR (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Dr. Öğr. Üyesi Emine KARAMAN (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Arş. Gör. Dr. Gizem BEYCAN EKİTLİ (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Online Yayın Tarihi

Aralık 2021

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

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

Türkiye Atıf Dizini, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBİAD), Türk Medline ve CiteFactor kapsamında dizinlenmektedir.. Indexed in Türkiye Citation Index, Sobiad Citation Index (SOBIAD), Turk Medline, and CiteFactor.

AÇIKLAMALAR

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

Yayın Türleri

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

Yayın Hakları

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

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Baş Editör / *Editor in Chief*

Oya Kavlak

Alan Editörleri / *Field Editor**

Ayten Zaybak

Selmin Şenol

Şafak Dağhan

Türkan Özbayır

Yasemin Yıldırım

Şenay Ünsal Atan

Editör Yardımcıları / *Editor Assistants*

Duygu Güleç Şatır

Emine Karaman

Gizem Beycan Ekitli

Hakem Kurulu / *Advisory Board**

Aliye Okgün Alcan (Bakırçay Üniversitesi, İzmir)

Aylin Durmaz Edeer (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)

Çiler Yeyğel (Tınaztepe Üniversitesi, İzmir)

Derya Çınar (Bakırçay Üniversitesi, İzmir)

Dilek Öcalan (Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar)

Elif Günay İsmailoğlu (Bakırçay Üniversitesi, İzmir)

Endam Çetinkaya (Mehmet Akif Üniversitesi, Burdur)

Esra Oksel (Ege Üniversitesi, İzmir)

Gülendam Karadağ (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)

Gülengün Türk (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın)

Hande Yağcan (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)

Kadriye Sayın Kasar (Aksaray Üniversitesi, Aksaray)

Kıvan Çevik (Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa)

Leyla Baysan Arabacı (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir)

Nurdan Gezer (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın)

Özlem Demirel Bozkurt (Ege Üniversitesi, İzmir)

Öznur Usta Yeşilbalkan (Ege Üniversitesi, İzmir)

Papatya Karakurt (Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Erzincan)

Şebnem Çınar Yücel (Ege Üniversitesi, İzmir)

Şeyda Binay Yaz (Bakırçay Üniversitesi, İzmir)

Tuğba Menekli (Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Malatya)

Yıldız Denat (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın)

Dil Editörü

Meryem YAVUZ van GIERBERGEN

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

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

Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verileri İle İlgili Görüşleri

Views of Nursing Students About Patients' Personal Health Data

Güliden BASİT 189-195

Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Ameliyat Sonrası Hastaların

Evde Yaşadıkları Sorunların Hastalık Algısına Etkisi

The Problems of The Patients That After Surgery Living at Home and Post-Surgery Patients

Problems at Home on Illness Perception

Elif Zümrüt ACAR, Ümmü YILDIZ FINDIK 197-206

Acil Serviste Yatan Hastaların Düşme Risklerinin Belirlenmesi

Determination of Fall Risks of Patients Hospitalized in Emergency Service

Yeşim AHMEDOV, Anvar AHMEDOV 207-216

Derlemeler / Reviews

Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezleri, Adli Görüşme Süreci ve Hemşirelerin

Rol-Sorumlulukları

Child Advocacy Centers, Process of Forensic Interviewing, Nurses' Roles and

Responsibilities in Turkey

Nurten Gülsüm BAYRAK, Nermin GÜRHAN, Didar KARAKAŞ 217-222

Epilepsi Hastalarında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler

Compliance with Treatment in Epilepsy Patients and Affecting Factors

Pınar YEL, Ayfer KARADAKOVAN 223-228

Laktasyonu Arttıran Yöntemler: Hipnoemzirme

Methods to Increase Lactation: Hypnobreastfeeding

Şeyma KİLCİ ERCİYAS, Ümran SEVİL 229-234

Olgu Sunumlar / Case Report

Akut Miyeloid Lösemi Tanılı Bir Olgunun Hemşirelik Bakımı Yönetiminde

Kolcaba Konfor Kuramının Kullanımı

The Use of Kolcaba Comfort Theory in the Nursing Care Management of a Case

with Acute Myeloid Leukemia

Hülya KOÇYİĞİT, Şerife KARAGÖZOĞLU 235-243

Histerektomi Ameliyatı Olan Kadınların Bazı Parametreler Yönünden

Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu

Some Parameters of Women Who Have Had Hysterectomy Surgery Evaluation: Case Reports

Rukiye DEMİR 245-250

Değerli okurlarımız,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021 yılının son sayısını sizlere sunmaktan gururluyuz. Dergimizin bu sayısında ilginizi çekeceğini düşündüğümüz 3 araştırma, 3 derleme ve 2 olgu sunumu olmak üzere toplam 8 makaleye yer verdik. Bunlar, “Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verileri ile ilgili görüşleri”, “Ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunların hastalık algısına etkisi”, “Acil serviste yatan hastaların düşme risklerinin belirlenmesi”, “Türkiye’de çocuk izlem merkezleri, adli görüşme süreci ve hemşirelerin rol-sorumlulukları”, “Epilepsi hastalarında tedaviye uyum ve etkileyen faktörler”, “Laktasyonu arttıran yöntemler: Hipnoemzirme”, “Akut miyeloid lösemi tanılı bir olgunun hemşirelik bakımı yönetiminde Kolcoba Konfor Kuramının kullanımı” ve “Histerektomi ameliyatı olan kadınların bazı parametreler yönünden değerlendirilmesi: Olgu sunumu” başlıkları adı altında toplanmıştır.

Bu makalelerin hemşirelik alanında hizmet veren hemşirelere ve akademisyenlere yararlı olacağını düşünüyoruz. Bilimsel süreli yayıncılıkta hakemli bir derginin bilimsel niteliğinin geliştirilmesinde, dergi hakemlerinin ve editörlerinin çok önemli sorumlulukları vardır. Bu sayının hazırlanmasında yayınları olan yazarlara, makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize, hazırlık aşamasında tüm işlemlerin gerçekleştirilmesinde özveri ile çalışan dergi ekibimize ve dergi tasarımıyı yapan Medine Cengil’e desteklerinden dolayı dergimiz adına çok teşekkür ederiz.

Siz değerli okuyucu ve yazarlarımızın da desteğiyle daha birçok sayıya imza atacağımıza olan inancımız tamdır. Dergide emeği geçen herkese yürekten sevgi, saygı ve şükranlarımızı sunar bir sonraki sayımızda görüşmek üzere sağlık ve mutluluklar dileriz.

Sevgi ve saygılarımla.

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Baş Editör

Gülden BASİT

Orcid: 0000-0002-6193-5569

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi

Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verileri İle İlgili Görüşleri

Views of Nursing Students About Patients' Personal Health Data

Gönderilme Tarihi: 09.09.2020

Kabul Tarihi: 26.07.2021

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Gülden BASİT

guldenbasit@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Hemşirelik; hemşirelik öğrencileri,
kayıtlar, kişisel sağlık kayıtları

Keywords:

Nursing; nursing students, records,
personal health records.

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı öğrenci hemşirelerin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarını belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmaya 131 hemşirelik öğrencisi katılmıştır. Veriler online olarak, Tanıtıcı Özellikler Formu ve Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem t testi ve ki kare testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %82.4'ünün kadın ve yaş ortalamasının 20.67 (± 1.79) olduğu, %32.8'inin birinci sınıfta öğrenim gördüğü, ölçekten aldıkları toplam puan ortalamasının 4.14 (± 0.35) olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin, cinsiyete ve öğrenim gördüğü sınıfa göre ölçek puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmazken, aydınlatılmış onam kavramını bilen öğrencilerin yasal boyutta daha fazla bilgi sahibi oldukları saptanmıştır.

Sonuç: Öğrencilerin, hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması konusunda olumlu tutuma sahip olduğu saptanmıştır. Konunun daha geniş katılımlı örneklemelerde tekrarlanması ve nitel boyutta incelenmesi önerilmektedir.

ABSTRACT

Purpose: This study aims to determine student nurses' attitudes towards registering and preserving personal health data.

Methods: 131 nursing students participated in this descriptive study. Data were collected online using the Descriptive Characteristics Form and the Attitude Scale to Record and Protect Personal Health Data for Nursing Students. Descriptive statistics, one-way analysis of variance, independent sample t-test and chi-square tests were used to analyze the data.

Results: It was determined that 82.4% were female, the mean age of the students was 20.67 (± 1.79), 32.8% were in the first grade, and the total average score they got from the scale was 4.14 (± 0.35). While there was no significant difference between the scores of the students from the scale according to gender and the class they studied, it was determined that the students who knew the concept of informed consent had more knowledge in the legal dimension.

Conclusion: It was determined that the students had a positive attitude about the recording and protection of the patients' personal health data. It is recommended that the subject be studied in samples with more extensive participation and analyzed qualitatively.

GİRİŞ

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumundaki teknolojik gelişmeler, sağlıkla ilgili verileri elektronik ortamda uygun bir şekilde toplamak, kullanmak ve paylaşmak için kolaylık sağlamaktadır. Örneğin, kronik hastalıklarla ilgili sürecin izlenmesi ve yönetilmesinde elektronik sağlık kayıtlarının önemli bir katkısı bulunmaktadır. Sağlık geliştirilmesi ve hastalıkların nedenlerini belirlemeye yönelik çalışmalar (Grady ve diğerleri, 2017) ile sağlık sistemlerinin kalitesini, güvenliğini ve verimliliğini geliştirme amaçlı araştırmalar (Abouelmehdi, Beni-Hessane ve Khaloufi, 2018) bu veri setlerine dayalı olarak yapılmaktadır. Ancak bu gelişmelere bağlı olarak kişisel sağlık verilerinin gizlilik ve güvenliğinin sağlanması oldukça güçleşmiştir. Kişisel verilere ilişkin işlemlerin bağlamı temel hak ve özgürlükler için önemli riskler yaratabileceği için özellikle korunması gerekmektedir.

Kaynak Gösterimi: Basit, G.,(2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verileri İle İlgili Görüşleri. *EGEHFD*, 37(3), 189-195. Doi:10.53490/egehemsire.792537

How to cite: Basit, G.,(2021). Views Of Nursing Students About Patients' Personal Health Data. *JEUNF*, 37(3), 189-195. Doi:10.53490/egehemsire.792537

“Kişisel veri”, etnik köken, genetik, akıl sağlığı, madde bağımlılığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, çocuk ve küçüklere yönelik veriler, engellilik, üreme sağlığı, palyatif bakım, cinsel yaşam, davranış profilleri, aile içi şiddet, coğrafi konum ve finans gibi konuları içermekte ve bu veriler “hassas veri” olarak kabul edilmektedir (Dyke, Dove ve Knoppers, 2016). Ülkemizdeki yasal düzenlemeler incelendiğinde, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nda “*Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir*” ifadesi yer almaktadır. Dolayısıyla kişisel sağlık verileri, hassas veri ya da özel nitelikli veri olarak değerlendirilmektedir. Kişisel sağlık verisi ise, Sağlık Bakanlığı’nın 2017 yılında yürürlüğe giren ilgili mevzuatında, “*kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi ile kişiye sunulan sağlık hizmeti ile ilgili bilgiler*” şeklinde tanımlanmıştır (Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2017). Kişisel sağlık verileri, kişinin sağlık hizmeti aldığı süreçte kaydedilen her türlü tıbbi girişim ve bakım uygulamalarına ait bilgileri içerir (Bezirgan Gözmenler, Şenol ve Seren İntepeler, 2019). Bu kapsamda kişiye ait kimlik bilgisi, geçmişine ait sağlık bilgisi, kullandığı tedavi yöntemleri, beslenme alışkanlığı, cinsel tercihi ve genetik bilgisi gibi bilgiler (Aladağ, Kurtarangel ve Bahtiyar, 2014) kişisel sağlık verisi olarak yer almaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergenin (2007), “Kişisel Sağlık Kayıtlarının Güvenliği” başlıklı ekinde, hasta ile ilgili sözlü bilgi, yazılı bilgi, tıbbi müdahaleler, ön tanı, teşhisler, grafik imajları, fatura gibi konular kişisel sağlık verisi kapsamına girmektedir. Aynı yönergede hasta ile ilgili bilgilere erişimin rol bazı yetkilendirme ile mümkün olması, hasta dosyasının ortada bırakılmaması, bilgisayar ekranının başkaları tarafından okunabilecek şekilde bırakılmaması gibi önlemlerin alınması, veri güvenliği konusunda gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik prensiplerinin dikkate alınması gerektiği belirtilmiştir (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge, 2007). Sağlıkla ilgili verilerin işlenmesi için ilgili kişinin açık rızasının olması gerekmektedir (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 2016). Dolayısıyla bu verilerin -kanunda belirtilen haller dışında- silinmesi, yok edilmesi, anonim hale getirilmesi, üçüncü kişilere ya da yurt dışına aktarılması gibi her türlü işlemde kişinin açık rızasını almak bir zorunluluktur. Kişisel verilerin korunması özel yaşamın gizliliği ilkesi, yaşama hakkı ve sağlık hakkı ile doğrudan ilişkilidir (<http://www.kisiselsaglikverileri.org>). Dolayısıyla bu hakkın ihlali, Anayasa’da yer alan temel hakların ihlali anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği, bir sağlık kurumuna başvuran kişi, en özel bilgilerini içeren verileri, kendisine bakım veren sağlık ekibi üyeleri ile paylaşmak durumundadır. Bu açıdan hasta bireylerin 24 saat yanında bulunan ve bakım sorumluluğunu üstlenen hemşireler, hastanın fiziksel, sosyal, kültürel, ekonomik ve psikolojik durumu ile ilişkili bilgilerine ulaşabilir konumdadır. Hemşirelerin hastaların bakımına yönelik hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirme yükümlülüğünün yanında yapılan uygulamaları kayıt etme sorumluluğu bulunmaktadır. Hemşirelik öyküsünün alınması ve elde edilen verilerin tam, doğru ve sistemli bir şekilde kayıt edilmesi, hastanın kişisel verilerinin kayıt ve işlenmesi ile bu verilerin korunmasını da kapsar. Bu noktada bireyler, hem temel hak ve özgürlükler, hem de hasta hakları kapsamında kişisel sağlık verilerinin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Kanunda belirtildiği üzere “*Sağlık hizmeti sunumunda görevli kişiler; ilgili kişinin sağlık verilerine ancak, verilecek olan sağlık hizmetinin gereği ile sınırlı olmak kaydıyla erişebilir*” (Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, 2019). Hastalara bakım veren diğer sağlık üyeleri gibi hemşirelerin de, Kişisel Verilerin Korunması (KVKK) kanununda belirtilen veri sorumlularından biri olduğu düşünüldüğünde, kendileri ile paylaşılan hastaya ait bilgilerin, uygun şekilde kayıt edilmesi, korunması, bu bilgilere erişilmesini ve bilgilerin amacı dışında işlenmesini önleme sorumluluğu bulunmaktadır. Bu sorumluluk, Türk Hemşireler Derneği’nin (THD) 2009’da yayınladığı “*Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar*” metninde “hemşire hizmet verdiği bireyin kendisi ve ailesi ile ilgili olarak paylaştığı bilgileri (...) bireyin rızası olmaksızın başka bireylerle paylaşmaz” şeklinde yer almaktadır. Aynı zamanda savunucu rolü kapsamında hemşirelerin bu sorumluluğa uygun hareket etmesi gerekmektedir.

Literatürde kişisel verilerin korunmasında mahremiyet anlayışının bulunduğu (Dülger, 2015) bu doğrultuda bireylerin kendisine ait bilgilerin ne zaman, nasıl ve ne ölçüde bir başka kişi ya da kuruluşa verileceğini belirleme hakkı (bilgi mahremiyeti) olduğu belirtilmektedir (Leino-Kilpi, 2001). Sağlık hizmetlerinde bireyler bu haklarını aydınlatılmış onam aracılığıyla kullanır. Diğer bir ifade ile bireylerin kişisel verilerini başkalarıyla paylaşım paylaşmama izni, bireyin bu konudaki rıza beyanı “aydınlatılmış onam” ile örtüşmektedir (Zeybek Ünsal ve Örnek Büken, 2018). Ancak aydınlatılmış onam, yalnızca söz konusu olan işlem ile sınırlı olduğu için hemşireler, bireyin rızasının kişisel bilgi paylaşımını kapsadığından emin olmalı ve bu konudaki yükümlülüklerini bilmelidir. Hemşirelerin meslek hayatına yönelik yükümlülükleri konusundaki bilgiler, öğrenim hayatında müfredatta yer alan dersler ile öğrencilere aktarılmaktadır (HUÇEP, 2014).

Hemşirelik lisans programlarında öğrenim gören öğrencilerin, Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) ulusal yeterlikleri ile belirlenen, mesleki uygulamalarda bilişim ve bakım teknolojilerini kullanma, uygulamaları gerçekleştirirken ilgili yasa, yönetmelik ve mevzuatı dikkate alarak, mesleki etik ilke ve değerlere uygun hareket etme gibi yeterliliklerinin olması gerektiği belirtilmektedir (HUÇEP, 2014). Ülkemizde hemşirelik eğitim programlarında bu yeterlilikleri kazandırmaya yönelik dersler verilmekte; öğrenciler etik sorumluluk bilincine sahip meslek üyeleri olarak mezun olmaktadır. Hemşirelik uygulamaları bu bilinçle gerçekleştirildiğinde, mesleki ve hukuki sorumluluk oluşturacak problemlerle karşı karşıya kalma olasılığı azalacaktır. Bu çalışmada,

öğrenci hemşirelerin mesleki ve hukuki sorumluluklarından biri olan kişisel sağlık verilerinin korunmasına yönelik tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırma Sorusu:

Öğrencilerin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması ile ilgili tutumları nasıldır?

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya ilinde yer alan bir devlet üniversitesinin Hemşirelik Fakültesinde okuyan hemşirelik öğrencileri (N= 549), araştırmanın örneklemi ise araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden öğrenciler (n=131) oluşturmuştur (yanıtlanma oranı %23,8). Araştırmada herhangi bir dışlanma kriteri kullanılmamıştır.

Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 3 Temmuz-11 Ağustos 2020 tarihleri arasında, Google formlar ile online olarak oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu ve Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Formlar öğrencilerin mail adreslerine gönderilmiş ve gelen yanıtlar değerlendirilmiştir. Tanıtıcı özellikler formunda öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, aydınlatılmış onam kavramını bilme durumu ile ilgili sorular yer almaktadır.

Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği: Bezirgan-Gözmener, Şenol ve İntepeler (2019) tarafından geliştirilen ölçek, 5'li likert tipte olup maddeler (1) kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) fikrim yok, (4) katılıyorum ve (5) kesinlikle katılıyorum şeklindedir. Ölçek toplam 31 madde ve 5 alt boyuttan (kişisel sağlık verisi bilgisi, yasal bilgiler, yasal veri paylaşımı, kişisel sağlık verisi paylaşımı, kişisel sağlık verisi kaydı) oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçek toplam puanı alınarak ve elde edilen ham puan ölçek madde sayısına bölünerek ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyut puan hesaplamasında da alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünüp, elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçekte kesme noktası 3 olarak belirlenmiş, ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum; kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin farkındalığın düşük, olumlu tutum ise bu konudaki farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tamamı için belirtilen puanlama ve değerlendirme, ölçeğin tüm alt boyutları için de aynı şekilde kabul edilmektedir. Ölçekte ters hesaplanan madde yoktur. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı Bezirgan-Gözmener, Şenol ve İntepeler (2019)'in çalışmasında 0.94 olarak belirtilmiş olup, bu araştırma için 0.87 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 26.0 istatistik paket programında kodlanarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu için normallik testi, ölçek puanlarının değişkenlere göre farklılığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem t testi ve ki kare testleri yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p=0.05$ 'e göre değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülmesi için, Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (No:2020/2739). Formlar ders dönemleri bittikten sonra öğrencilerin e posta adreslerine (online olarak) gönderilmiştir, dolayısıyla formu dolduran öğrenciler araştırmaya katılmaya gönüllü onay vermiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin geçerlik güvenirliğini yapan yazarlardan mail yoluyla izin alınmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde, öğrencilerin %82.4'ünün kadın, %32.8'inin birinci sınıf, %27.5'inin ikinci sınıfta öğrenim gördüğü ve yaş ortalamasının 20.67 (± 1.79) olduğu görülmektedir. Öğrencilerin %74.8'i aydınlatılmış onam kavramını bildiğini ifade etmiş olup, %63.4'ü hemşirelik uygulamaları gerçekleştirilirken aydınlatılmış onamın alınması gerektiğini belirtmiştir.

Öğrencilerin ölçekten aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 2), ölçek toplam puan ortalamasının 4.14 (± 0.35) olduğu görülmektedir. Ayrıca öğrencilerin ölçek alt boyut puan ortalamaları kişisel sağlık verisi bilgisi için 4.03 (± 0.43), yasal bilgiler için 4.43 (± 0.37), yasal veri paylaşımı için 4.34 (± 0.49), kişisel sağlık verisi paylaşımı için 3.88 (± 0.50) ve kişisel sağlık verisi kaydı için 3.89 (± 0.55) olarak belirlenmiştir.

Öğrencilerin cinsiyete göre ölçek puan ortalamaları Tablo 3’de, öğrenim gördükleri sınıflara göre ölçek puan ortalamaları Tablo 4’de verilmiştir. Öğrencilerin cinsiyet ve sınıf değişkeni açısından ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin aydınlatılmış onam kavramını bilme durumlarına göre ölçek ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 5) ölçek genel puanı, kişisel sağlık verisi bilgisi, kişisel sağlık verisi paylaşımı ve kişisel sağlık verisi kaydı alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yasal bilgiler ve yasal veri paylaşımı alt boyut puanları arasında ise anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre aydınlatılmış onam kavramını bildiğini ifade eden öğrencilerin yasal bilgiler ve yasal veri paylaşımı puan ortalamalarının, aydınlatılmış onam kavramını bilmediğini ifade eden öğrencilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Özellikleri (n=131)

Yaş	(Ort±SS)	20.67±1.79	
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	108	82.4
	Erkek	23	17.6
Sınıf	1.Sınıf	43	32.8
	2.Sınıf	36	27.5
	3.Sınıf	20	15.3
	4.Sınıf	32	24.4
Aydınlatılmış onam kavramını bilme durumu	Evet, biliyorum	98	74.8
	Hayır, bilmiyorum	33	25.2
Hemşirelik uygulamalarında hemşirenin aydınlatılmış onam alması gerekliliği	Evet, gereklidir	83	63.3
	Hayır, gerekli değildir	9	6.9
	Bilmiyorum	39	29.8

Tablo 2. Öğrencilerin Ölçekten Aldıkları Puanların Dağılımı (n=131)

Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği boyutları (n=131)	Min	Max	Ort	SS
Kişisel sağlık verisi bilgisi (KSV)	2.83	5.00	4.03	.43
Yasal bilgiler (YB)	3.43	5.00	4.43	.37
Yasal veri paylaşımı (YVP)	2.00	5.00	4.34	.49
Kişisel sağlık verisi paylaşımı (KSVP)	2.75	5.00	3.88	.50
Kişisel sağlık verisi kaydı (KSVK)	2.67	5.00	3.89	.55
Toplam	3.29	5.00	4.14	.35

Tablo 3. Öğrencilerin Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (n=131)

Ölçek boyutları	Cinsiyet	Min	Max	Ort	SS	Test*	p
Kişisel sağlık verisi bilgisi	Kadın (n=108)	2.83	5.00	4.06	.43	t=1.366	p=.174
	Erkek (n=23)	3.25	4.58	3.92	.42		
Yasal bilgiler	Kadın (n=108)	3.57	5.00	4.46	.36	t=1.626	p=.106
	Erkek (n=23)	3.43	5.00	4.32	.42		
Yasal veri paylaşımı	Kadın (n=108)	2.00	5.00	4.38	.48	t=1.842	p=.068
	Erkek (n=23)	3.00	4.80	4.17	.54		
Kişisel sağlık verisi paylaşımı	Kadın (n=108)	2.75	5.00	3.88	.51	t=-.360	p=.719
	Erkek (n=23)	3.00	5.00	3.92	.46		
Kişisel sağlık verisi kaydı	Kadın (n=108)	2.67	5.00	3.90	.56	t=.405	p=.686
	Erkek (n=23)	3.00	5.00	3.85	.55		
Toplam	Kadın (n=108)	3.29	5.00	4.16	.36	t=1.461	p=.147
	Erkek (n=23)	3.42	4.45	4.04	.30		

*bağımsız örneklem t testi

Tablo 4. Öğrencilerin Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sınıfa Göre Dağılımı (n=131)

Ölçek boyutları	Sınıf	Min	Max	Ort	SS	Test*	p
Kişisel sağlık verisi bilgisi	1.sınıf (n=43)	2.83	5.00	3.92	.44	F=1.312	p=.274
	2.sınıf (n=36)	3.33	5.00	4.01	.45		
	3.sınıf (n=20)	3.25	4.58	4.05	.37		
	4.sınıf (n=32)	3.33	5.00	4.20	.40		
Yasal bilgiler	1.sınıf (n=43)	3.57	5.00	4.37	.39	F=2.062	p=.109
	2.sınıf (n=36)	3.57	5.00	4.44	.34		
	3.sınıf (n=20)	3.86	5.00	4.49	.37		
	4.sınıf (n=32)	3.43	5.00	4.48	.40		
Yasal veri paylaşımı	1.sınıf (n=43)	2.00	5.00	4.20	.59	F=0.042	p=.988
	2.sınıf (n=36)	3.40	5.00	4.35	.40		
	3.sınıf (n=20)	3.60	5.00	4.41	.41		
	4.sınıf (n=32)	3.00	5.00	4.50	.47		
Kişisel sağlık verisi paylaşımı	1.sınıf (n=43)	2.75	5.00	3.86	.52	F=0.934	p=.427
	2.sınıf (n=36)	2.75	4.75	3.78	.50		
	3.sınıf (n=20)	3.00	5.00	3.87	.47		
	4.sınıf (n=32)	3.25	5.00	4.05	.49		
Kişisel sağlık verisi kaydı	1.sınıf (n=43)	2.67	5.00	3.82	.61	F=1.160	p=.328
	2.sınıf (n=36)	2.67	5.00	3.85	.59		
	3.sınıf (n=20)	3.00	5.00	3.90	.55		
	4.sınıf (n=32)	3.33	5.00	4.05	.44		
Toplam	1.sınıf (n=43)	3.29	5.00	4.05	.38	F=1.398	p=.246
	2.sınıf (n=36)	3.58	4.84	4.12	.33		
	3.sınıf (n=20)	3.68	4.71	4.17	.28		
	4.sınıf (n=32)	3.42	4.90	4.28	.33		

*One way ANOVA

Tablo 5. Öğrencilerin Ölçek Puanlarının Aydınlatılmış Onam Kavramını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (n=131)

Ölçek boyutları	Aydınlatılmış onam kavramını bilme durumu	Min	Max	Ort	SS	Test*	p
Kişisel sağlık verisi bilgisi	Evet (n=98)	3.25	5.00	4.07	.41	X ² =26.329	p=.238
	Hayır (n=33)	2.83	5.00	3.92	.49		
Yasal bilgiler	Evet (n=98)	3.43	5.00	4.46	.36	X ² =21.329	p=.030
	Hayır (n=33)	3.57	5.00	4.35	.42		
Yasal veri paylaşımı	Evet (n=98)	2.00	5.00	4.41	.49	X ² =24.389	p=.007
	Hayır (n=33)	3.40	5.00	4.15	.45		
Kişisel sağlık verisi paylaşımı	Evet (n=98)	2.75	5.00	3.91	.52	X ² =8.391	p=.495
	Hayır (n=33)	2.75	4.75	3.82	.44		
Kişisel sağlık verisi kaydı	Evet (n=98)	2.67	5.00	3.95	.52	X ² =10.070	p=.185
	Hayır (n=33)	2.67	5.00	3.73	.64		
Toplam	Evet (n=98)	3.42	5.00	4.18	.33	X ² =42.326	p=.414
	Hayır (n=33)	3.29	4.84	4.02	.39		

*Ki kare testi

TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarının incelenmesini amaçlayan bu çalışmada, öğrencilerin ölçekten aldığı puanlar ile cinsiyet aydınlatılmış onam kavramını bilme durumlarına ve okudukları sınıfa göre aldıkları puanlar değerlendirilmiştir.

Kişisel verilerin korunması bireylerin temel hakkıdır. Ancak sağlıkla ilgili verilerin bireyin fiziksel, sosyal, ekonomik ve spiritüel alanları ile ilgili bilgiler içermesi kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasını daha da özellikli kılmaktadır. Günümüzde teknolojik gelişmelerin hemşirelik bakımına yansımalarının olumlu yönleri olmasına rağmen, elde edilen verilerin gizliliğinin sağlanması konusu da tartışılmaktadır. Bakım verirken, hastaya ait bilgilerin kayıt edilmesi hemşirelerin temel sorumluluklarındandır. Bu sorumluluğun meslek üyelerine kazandırılması ise öğrenim hayatında başlamaktadır. Ülkemizde hemşirelik müfredatında yer alan dersler içerisinde özellikle hemşirelik esasları, mesleki etik, temel kavramlar gibi çeşitli dersler kapsamında konunun önemi vurgulanmakta, mezun oluncaya kadar gerçekleştirilen klinik uygulamalarda öğrencilere farkındalık kazandırılması hedeflenmektedir. Bu çalışmada, öğrencilerin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması konusunda farkındalıklarının yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Tural Büyük ve Ünalı Baydın'ın (2020) çalışmasında öğrencilerin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tural Büyük ve Ünalı Baydın, 2020). Koç ve Bilgehan'ın (2019) Türkiye'de kişisel sağlık verilerinin güvenliği hakkında öğrencilerin görüşlerini inceledikleri sistematik incelemede, öğrencilerin kişisel sağlık verilerinin korunması ile ilgili yasal bilgi eksikliklerinin olduğu belirlenmiştir. Aydın (2017)'nin çalışmasında öğrencilerin çoğunluğu, hastaların kişisel sağlık verilerinin korunması ile ilgili sorumluluğun hemşirelerde olduğunu düşünmektedir (Aydın, 2017). Ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunlukla hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik gibi başlıkları içerisinde ele alındığı görülmektedir; Nitekim Soysal ve Kuşçu'nun (2018) çalışmasında öğrencilerin hasta haklarına yönelik genel tutumları boyutundan düşük puan aldığı saptanmıştır. Kim ve Kyung (2018)'un çalışmasında bu çalışma ile benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin hasta mahremiyeti ve gizliliğine yönelik algılarının yüksek olduğu, Kızılcık Özkan, Eyi ve Mayda (2020)'nın çalışmasında öğrencilerin hasta mahremiyetini koruma rollerinin çok yüksek olduğu saptanmıştır. Aydın Er (2012) tarafından yapılan çalışmada, öğrenci hemşirelerin çoğunluğunun hastanın sağlık personelini seçme, aydınlatılma, tıbbi kayıtlarını elde etme ve mahremiyetinin korunması hakkının olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin kişisel sağlık verilerinin korunması ile ilgili olumlu tutuma sahip olmaları öğretim elemanlarının ve klinik uygulamada kendilerine rehberlik eden hemşirelerin konuya özen göstermesini rol model almalarından kaynaklanmış olabilir. Öğrencilerin konu ile ilgili farkındalığı öğrenim hayatında kazanmış olmaları sevindiricidir.

Bu çalışmada öğrencilerin ölçek puan ortalamalarının cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Tural Büyük ve Ünalı Baydın'ın (2020) çalışmasında ise kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın öğrencilerin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumların sınıfa göre değişmediği saptanmıştır. Bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalar (Kaya, Işık, Şenyuva ve Kaya 2017; Kızılcık Özkan, Eyi ve Mayda, 2020) ile paralellik göstermektedir. Süzek, Eksen ve Özkan'ın (2004) çalışmasında ise bu çalışmadan farklı olarak, sınıflar arasında yapılan karşılaştırmada dördüncü sınıftaki öğrencilerin hasta hakları konusunda daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Araştırmada sınıflara göre fark bulunmamasının, öğrencilerin birinci sınıftan itibaren aldığı derslerde konunun önemini vurgulanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aydınlatılmış onam kavramını bildiğini ifade eden öğrencilerin yasal bilgiler ve yasal veri paylaşımı alt boyutundan elde edilen puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yasal mevzuatı değerlendirerek haklarının neler olduğunu bilmeleri, hukuksal olarak karşılaşılabilecekleri sorunların çözümünde önemli bir yer tutar. Güney Kızıl, Beyce İncazlı, Erken, Güntürkün ve Özkan'ın (2015) çalışmasında mesleki bir sertifikaya sahip hemşirelerin görevlerini bilme ve benimseme puanlarının, sertifika sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Teke, Uçar, Demir, Çelen ve Karaalp'in (2007) hemşirelerle yaptıkları çalışmada, hasta hakları ile ilgili eğitim alanlar ile almayanlar arasında farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmada öğrencilerin ölçeğin yasal bilgiler ve yasal veri paylaşımı alt boyutundan aldıkları puanların yüksek olması, öğrencilerin hasta haklarıyla ilgili mevzuatı ve yasal işleyişi yakından takip ettiğini göstermektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir kurumdaki öğrenciler ile gerçekleştirilmiş olması, öğrencilerin sınırlı internet kotasına sahip olmaları ve mail adreslerini düzenli olarak kontrol etmemeleri, bu nedenle kendilerine gönderilen formları, planlanan araştırma süresi içerisinde doldurmamış olmaları, araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

SONUÇ

Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Cinsiyete ve öğrenim gördükleri sınıfa göre öğrencilerin ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmazken, aydınlatılmış onam kavramını bilen öğrencilerin yasal boyutta daha fazla bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Çalışmanın daha geniş katımlı örneklemelerde tekrarlanması, öğrencilerin hastaların kişisel sağlık verilerinin korunmasına yönelik konuları içeren derslere devam edilmesi, meslekte çalışırken bu alandaki duyarlılıklarının sürdürülmesi için sürekli eğitim programlarında bu konuya yer verilmesi ve öğrencilerin konu ile ilgili deneyimlerinin incelenmesi için nitel boyutta çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Yazar Katkıları

Bu çalışmanın tasarlanması, verilerin toplanması, analizi ve raporlanması ile ilgili tüm süreçler sorumlu yazar tarafından yürütülmüştür.

Çıkar Çatışması

Yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Mali destek

Araştırma ile ilgili bir proje yada firmadan mali destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Abouelmehdi, K. Beni-Hessane, A. Khaloufi, H. (2018). Big healthcare data: Preserving security and privacy. *Journal of Big Data*, 5(1), 1-18.
- Aladağ, C. E. Kurtarangel, E. Bahtiyar, Ş. (2014). Medikal bilgi sistemlerinde güvenlik, mahremiyet ve kimlik doğrulama. *Akademik Bilişim*, 273-277.
- Aydın Er, R. (2012). Hemşirelik eğitiminin başında ve sonunda olan öğrencilerin hasta haklarına ilişkin tutumları: Kocaeli Örneği. *Türkiye Klinikleri*, 20 (3):139-45.
- Aydın, M. F. (2017). Kişisel sağlık verileri konusundaki farkındalık ve gözlemlerin öğrencilerde araştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi* 14,1-5.
- Bezircan-Gözmener, S. Şenol, S. ve İntepeler, Ş. S. (2019). Hemşirelik öğrencileri için kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması tutum ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 21-30.
- Büyüç, E. T. Baydın, N. Ü. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılıkları ile kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumları arasındaki ilişki. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 7(4), 198-210.
- Dülger, M. V. (2015). Sağlık hukukunda kişisel verilerin korunması ve hasta mahremiyeti. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1(2), 43-80.
- Dyke, S.O. Dove, E.S. Knoppers, B. M. (2016). Sharing health-related data: A privacy test? *Genomic Medicine*, 1(16024),1-6.
- Grady, C. Cummings, S.R. Rowbotham, M.C. McConnell, M.V. Ashley, E.A. Kang, G. (2017). The changing face of clinical trials: Informed consent. *The New England Journal of Medicine*, 376(9),856-867.
- Güney Kızıl, E. Beyce İncazlı, S. Erken, S. Güntürkün, F. ve Özkan, B. (2015). Hemşirelerin görevlerini bilme, benimseme ve yerine getirme durumları: İzmir örneği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (3), 215-223.
- Hemşirelik ulusal çekirdek eğitim programı (HUÇEP). (2014). http://www.hemed.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=547&Itemid=178 Erişim tarihi: 30.06.2020
- <http://www.kisiselsaglikverileri.org> Erişim tarihi: 22.06.2020
- Kaya, H. Işık, B. Şenyuva, E. Kaya, N. (2017). Personal and professional values held by baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*, 24, 716-731.
- Kızılcık Özkan, Z. Eyi, S. Mayda, Z. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin hasta mahremiyetini korumaya yönelik davranışlarının belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 312-320.
- Kim, M. S. Kyung, M. (2018). Influence of perception of patient rights and ethical values on biomedical ethics awareness in nursing students. *Journal of East-West Nursing Research*, 24, 1-9.
- Kişisel sağlık verileri hakkında yönetmelik. (2019). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/06/20190621-3.htm> Erişim tarihi: 30.06.2020
- Kişisel sağlık verilerinin işlenmesi ve mahremiyetinin sağlanması hakkında yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, (2017). T.C. Resmi Gazete, Sayı: 30250 tarih:24 Kasım 2017.
- Kişisel verilerin korunması kanunu. (2016). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6698.pdf> Erişim tarihi: 21.06.2020
- Koç, A. Bilgehan, T. (2019). *Türkiye’de kişisel sağlık verilerinin güvenliği hakkında öğrencilerin görüşleri*. Uluslararası 5. Adli Hemşirelik 4. Adli Sosyal Hizmet 3. Adli Gerontoloji Kongresi. 14-16 Kasım 2019, Ankara.
- Leino-Kilpi, H. Valimäki, M. Dassel, T. Gasull, M. Lemonidou, C. Scott, A. Arndt, M. (2001). Privacy: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 38, 663-671.
- Soysal, A. Kuşcu, F.N. (2018). Hasta hakları: Üniversite öğrencileri üzerinde bir uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7(1), 102-111.
- Süzek, H. Eksen, M. Özkan, N. (2004). 2002- 2003 Eğitim öğretim yılında Muğla sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin hasta hakları konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 1(1),1-8.
- Teke, A. Uçar, M. Demir, C. Çelen, Ö ve Karaalp, T. (2007). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (4), 259-266.
- Türk Hemşireler Derneği. (2009). Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. <https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf>
- Yataklı tedavi kurumları tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri yönergesinde değişiklik yapılmasına dair yönerge. (2007). https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=228:yatakli-tedavikurumlari-tibbkayit-ve-arv-hmetleryerges&catid=8:ygeler&Itemid=34 Erişim tarihi: 30.06.2020
- Zeybek Ünsal, Ç. Örnek Büken, N. (2018). Biyotıp araştırmaları ile ilgili olarak, “kişisel verilerin korunması kanunu” ve “kişisel sağlık verilerinin işlenmesi ve mahremiyetinin sağlanması hakkında yönetmelik” ne diyor? *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics*, 4(1),82-90.

Elif Zümrüt ACAR¹
Orcid: 0000-0002-8072-5735

Ümmü Yıldız FINDIK²
Orcid: 0000-0003-4120-394X

¹ Lüleburgaz 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi,
Lüleburgaz, Kırklareli, Turkey
² Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne,
Turkey

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Elif Zümrüt ACAR
ezumrutacar@hotmail.com

Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunların Hastalık Algısına Etkisi

The Problems of The Patients That After Surgery Living at Home and Post-Surgery Patients Problems at Home on Illness Perception

* Bu çalışma, 28/06/2019 kabul tarihinde 'Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Hastalık Algısının Etkisi' adı ile Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tez çalışmasından üretilmiştir.

Gönderilme Tarihi: 28.05.2021

Kabul Tarihi: 09.11.2021

Anahtar Sözcükler:

Ameliyat sonrası; günlük yaşam aktiviteleri; hastalık algısı; hemşirelik bakımı.

Keywords:

Postoperative; daily living activities; perception of disease; nursing care.

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunların hastalık algısına etkisini belirlemek amacıyla analitik ve kesitsel bir araştırma olarak yapıldı.

Yöntem: Araştırma, Mayıs 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin cerrahi kliniğinde yatan kriterleri karşılayan 104 hasta ile yapıldı. Veri toplamada, hasta bilgi formu, günlük yaşam aktiviteleri formu ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen hastaların (n:104) 47.61±14.60 yaş ortalamasında, %80'nin kadın, %87'sinin evli, %52'sinin ilköğretim mezunu, % 65'nin çalışmadığı belirlendi. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve sorun yaşama durumu değerlendirildiğinde, %89.4 oranında çalışma/eglenme, %86.8 oranında güvenli çevrenin sağlanması/sürdürülmesi ve %52.9 oranında hareket etme boyutlarında olduğu bulundu. İletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu arttıkça duygusal temsiller algısının, cinsel yaşam sorunu arttıkça süre (akut/kronik) algısının, uyku ve ölüm kaygısı sorunu arttıkça sonuçlar algısının arttığı belirlendi (p<0.05).

Sonuçlar: Bu çalışmada, ameliyat sonrası evde yaşadıkları sorunlardan iletişim, kişisel temizlik-giyim, cinsel yaşam, uyku ve ölüm kaygısının hastalık algısından etkilendiği belirlendi. Hastaların, hastalık algısının artırılarak günlük yaşam aktivitelerinin iyileştirilmesine yönelik hemşirelik bakım planlarının yapılmasını önermekteyiz.

ABSTRACT

Aim: This study was carried out as an analytical and cross-sectional in order to determine the effects of the patients postoperative problems at home and the perception of the disease

Method: This research was carried out with 104 patients appropriate with the criteria at a surgical clinic in the public hospital in between May – November 2018. In data collection; patient data form, daily life activities form and Disease Perception Scale were used. Number, percentage, mean, standard deviation and Pearson correlation analysis were used in the analysis of the data.

Results: The average age of the patients (n:104) included in the study was (47.61±14.60) 80% female, 87% married, 52% primary school graduate and 65% unemployed. The patients' activities of daily living and having problems were found to be in the dimensions of work/entertainment at a rate of 89.4%, providing/maintaining a safe environment at a rate of 86.8% and moving at a rate of 52.9%. It was found that as communication and personal hygiene – clothing increased, the perception of emotional representation increased; as the problem of sexual life increased, the perception of time (acute/chronic) increased; as the anxiety of death and sleep problems increased, the perception of results increased (p<0.05).

Conclusions: In this study, the postoperative problems that patients face with at home including communication, personal hygiene - clothing, sexual life, sleep and death anxiety were affected by the perception of illness. We recommend making nursing care plans to improve patients' daily living activities by increasing their perception of illness.

Kaynak Gösterimi: Acar, E.Z. ve Fındık, Ü.Y., (2021). Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunların Hastalık Algısına Etkisi. *EGEHFD*, 37(3), 197-206. Doi:10.53490/eghehemsire.943140
How to cite: Acar, E.Z. and Fındık, Ü.Y., (2021). The Problems of The Patients That After Surgery Living at Home and Post-Surgery Patients Problems at Home on Illness Perception. *JEUNF*, 37(3), 197-206. Doi:10.53490/eghehemsire.943140

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cerrahi girişimi küresel sağlık gelişimi için önemli bir etken olarak değerlendirmektedir (Weiser, Haynes, Molina, Lipsitz, Esquivel, Uribe-Leitz ve diğerleri, 2016). İlerleyen teknoloji ile birlikte, yeni bakım yaklaşımları ve minimal invaziv cerrahi girişimler artmıştır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerindeki maliyetin artması ve sağlık bakımı ile ilgili enfeksiyonların engellenmesi için hastalar daha kısa süre de hastaneden taburcu edilmektedir (Suhonen, Iivonen ve Välimäki, 2007). Cerrahi girişim sonrası hastalar iyileşme sürecinin büyük bir bölümünü hastane dışında geçirmekte ve bu süreçte evde kaliteli ve güvenli bakımı devam ettirmede sorunlar yaşamaktadır (Bilik, 2017). İyileşme sürecinin evde geçen süresi göz ardı edilmeden hastaneye yatıştan itibaren evde yaşadıkları sorunlara yönelik hemşirelik bakımı planlanması önemlidir (Dal, Bulut ve Demir, 2012; Dinçer, Kurşun 2019). Yapılan araştırmalarda, hastaların taburcu edildikten sonra, beslenme, boşaltım, aktivite, uyku gibi fizyolojik örüntülerde ya da yürüme/hareket etme, merdiven çıkma, giyinme ve soyunma gibi sorunlar yaşadığını ortaya koymaktadır (Karahana ve diğerleri, 2010; Yılmaz ve Çiftçi, 2010).

Kişilerin tüm sistemlerini etkileyen cerrahi girişim, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olmaktadır (Eti Aslan, 2010). Bu nedenle hastalar ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerini tam bağımsız olarak gerçekleştirememekte ve beslenme, kişisel temizlik, uyku, ilaç tedavisi, hareket, egzersiz, günlük yaşam alışkanlıkları, cinsel yaşam, ağrı kontrolü gibi konularda sorun yaşadıkları ya da yaşayacakları fikrine sahip olmaktadır (Pieper, Sieggreen, Freeland, Kulwicki, Frattaroli, Sidor ve diğerleri, 2006). Ameliyat sonrası hastaların yaşadıkları sorunlar hastalık sürecini ve duygularını olumsuz etkilemektedir (Hodgins, Ouellet, Pond, Knorr ve Geldart, 2008).

Hastalık algısı, hastaların içinde bulundukları hastalık süreci ile ilgili geliştirdikleri her türlü inançları ve hastalığın bilişsel yansıması olarak açıklanmaktadır (Karabulutlu ve Karaman, 2015; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Dinamik bir süreç olan hastalık algısı, kişilerin hastalık sürecinde hastalıklarına yüklediği her türlü anlamı içermektedir. Benzer cerrahi işlem geçiren bireylerin hastalığa verdiği tepkiler ve inanışları çok farklılık göstermektedir. Hastalık sürecini farklı kılan ise kişinin hastalık karşısında geliştirdiği inançlar, deneyimleri, bilgisi ve kendine ait değerleridir (Petrie, Jago ve Devhich, 2007; Petrie ve Weinman, 2006). Kişiler, bir hastalık süreci ile karşılaştıklarında genellikle kendi bulundukları durum nedeniyle geliştirdikleri inançları ile bağlantılı bir model sergilemeye başlar. Bu duruma hastalık algı modeli denilmekte ve hastalığı yönetmede önemli bir faktör olarak görülmektedir (Hagger ve Orbell, 2003; Petrie, Jago ve Devhich, 2007). Hastalık durumunda, kişilerin baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme hastalık algısı ile ilişkilidir (Williams, 2001). Hastalık sürecinde, hastaların hastalık algıları, risk azaltıcı sağlıklı davranışların sergilemesinde etkindir (Reiners, Biko, Haenscheid, Hebestreit, Kirinjuk, Baranowski ve diğerleri, 2013).

Gerekli ve yararlı bilgilendirmeyi içeren taburculuk planlanması ile hastaların evde geçirdikleri iyileşme sürecini rahat geçirmesi, hastaların karşılaştıkları sorunları çözebilme gücünü, evde bakımın niteliğini, hasta memnuniyetini artırmakta ve aynı zamanda hastaneye plansız tekrarlı yatışların önüne geçmede önemli bir etken olmaktadır (McMurray, Johnson, Wallis, Patterson, Griffiths, 2007; Pieper ve diğerleri, 2006). Hastaneden ayrılan hastaların geçen süreçte bakım uygulamalarını yapabilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini devam ettirebilmeleri için, hastanın hastaneye yatışından itibaren planlı ve yeterli taburculuk bilgilendirmesi ile hastalık algısının olumsuz yönde etkilenmesi engellenebilmektedir (Aydoğdu, 2015).

Cerrahi girişim sonrası hemşirelerin, bireylerin evde karşılaşılabilecekleri sorunları, cerrahi girişim deneyimi göz önüne alınarak hastalık algısından etkilenme durumlarını bilerek hastalarına bakım vermelidirler. Bu çalışmanın amacı, cerrahi girişim geçiren hastaların evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve hastalık algısının geçirmiş oldukları cerrahi girişime etkisini araştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt bulunmaya çalışılmıştır:

- Hastaların cerrahi girişim sonrası evde yaşadıkları sorunlar nelerdir?
- Hastaların cerrahi girişim sonrası evde yaşadıkları sorunların hastalık algısına etkileri nelerdir?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü, Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, analitik ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırma Mayıs 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında bir hastanenin genel cerrahi servisinde yapıldı.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir devlet hastanesi genel cerrahi servisinde yatan, batın cerrahisi geçiren hastalar oluşturdu. Örneklemenin belirlenmesinde, Dal ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları ‘Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar’ isimli çalışmasındaki bulgular dahilinde (ağrı kontrolüne ilişkin sorunlar %29.1) %95 güven düzeyinde, %5 tolerans oranı ve %80 güç kullanarak power analizle örnekleme en az alınması gereken hasta sayısı 104 olarak belirlendi (Özdamar, 2013) ve çalışma 104 hasta ile tamamlandı

Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek için araştırmacılar tarafından geliştirilen hasta bilgi formu, hastalık algılanmasının değerlendirilmesinde Hastalık Algısı Ölçeği, hastaların evde yaşadıkları sorunları belirlemek adına araştırmacılar tarafından Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne (GYA) uygun günlük yaşam aktiviteleri formu oluşturuldu (Ay, 2011; Ulusoy, 2001; Velioğlu, 2012). Araştırma kriterlerine uygun hastalara Trakya bölgesinde bir devlet hastanesi'nde yüz yüze görüşülerek araştırmanın ne amaçla yapıldığı ve ameliyat sonrası 30 gün sonrasında görüşülerek uygulanacak olan anket formları hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya sözlü onam veren hastaların telefon numaraları ile adres bilgileri alındı. Görüşme yaklaşık 20-25 dakikalık bir süre içinde hastaların evlerinde veya iş yerlerinde tamamlandı. Veriler araştırmacının kendisi tarafından kaydedildi.

Hasta bilgi formu, toplam sekiz soru içermektedir. Hastanın yaşı açık uçlu soru olarak sorulmuş olup, cinsiyeti, medeni durumu (evli/bekar), eğitim durumu (oku-yazar, ilköğretim, ortaöğretim, lisans/yükseklisans), çalışıp çalışmadığı, daha önce cerrahi girişim geçirip geçirmediği, uygulanan cerrahi girişim ve ameliyat sonrası 30 gün içinde evde bakımında (eş, çocuklar, anne-baba, bakıcı ve diğer) kim ve kimler tarafından bakıldığı soruldu.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ): Hastalık algısını ölçmek için kullanılan Hastalık Algısı Ölçeği 1996 yılında Weinmann ve arkadaşları tarafından geliştirildi. Moss- Morris ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yeniden yapılandırıldı. Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve arkadaşları tarafından yapıldı. (Kocaman, Armay, Özkan M, Özkan S, 2007). Araştırmada, HAÖ'nin yenilenmiş formu kullanıldı. HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyut olarak değerlendirilmektedir. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu, otuz sekiz maddelik ve 5'li likert tipi ölçüm (1=Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2= böyle düşünmüyorum, 3=kararsızım, 4= böyle düşünüyorum, 5=kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanıldı. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Ölçekte 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 36. maddeler olumlu, diğer maddeler olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Olumlu ifadeler sırasıyla 5, 4, 3, 2, 1, olumsuz ifadeler ise sırasıyla 1, 2, 3, 4, 5 olarak puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki en yüksek puan 190, en düşük puan 38'dir. Ölçekte puan yüksekliği hastalık algısı yüksekliğini göstermektedir. Orijinal çalışmada HAÖ'nin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 ve alt ölçekler için 0.69-0.77 arasında değiştiği belirlendi (Kocaman, Armay, Özkan M, Özkan S, 2007). Bu araştırmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, hastalık tipi bölümünün 0,87, hastalık hakkındaki görüşler bölümünün 0,89 ve hastalık nedenleri bölümünün 0,86 olarak hesaplandı.

Roper ve arkadaşları Günlük Yaşam Aktiviteleri kapsamında 12 yaşamsal aktivite saptamışlardır. Aktiviteler güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, yeme-içme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, cinsel yaşam, uyku ve ölümü içermektedir. GYA formu bu aktiviteleri içeren 12 başlık ile 16 sorudan oluşmaktadır. Bu formun sorularına yanıt evet/hayır olacak şekilde belirlendi. Evet sorusuna 1 puan, hayır sorusuna 2 puan olacak şekilde puanlama yapılmış olup, en az 16 en fazla. 32 puan olacak şekilde hesaplanmıştır (Ay, 2011; Ulusoy,2001; Velioğlu, 2012). Yüksek puan alan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde daha az sorun yaşadıkları, düşük puan alanların ise günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla sorun yaşadıkları anlamına gelmektedir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma öncesinde bir üniversitesinin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, Devlet Hastanesi'nde yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu'ndan izin alındı. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Nazmiye Kocaman Yıldırım'dan e-mail yoluyla izin alındı. Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis sorumlu hemşiresine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve nasıl uygulanacağı hakkında açıklama yapıldı. Hastaların verdikleri bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı belirtildi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair sözlü izinleri alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programında tanımlayıcı analizler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile belirlendi. Normal dağılım gösteren verilerde gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi ve değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon analizinden yararlanıldı. Sonuçlar için r:0.00 ilişki yok, r:0.01 - 0.29 düşük düzeyde ilişki, r:0.30 - 0.70 orta düzeyde ilişki, r:0.71 – 1.00 yüksek düzeyde ilişki ve p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (Köklü, Büyükoztürk ve Bökeoğlu, 2006).

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların, %80'ni kadın, %87'si evli, %52'si ilköğretim mezunu, %65'i çalışmayan kişilerdir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %63'ü daha önce cerrahi işlem geçirmiştir. Çalışmanın yapıldığı zamanda hastaların geçirdikleri ameliyatların %67.3'nün kolesistektomi ameliyatı oldu ve %33'nün evde eşleri tarafından bakılan kişilerden oluştu (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Diğer Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	Ort±Ss	
Yaş	47.6±14.6	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	83	80.0
Erkek	21	20.0
Medeni Durum		
Evli	90	87.0
Bekar	14	13.0
Eğitim		
Okur-Yazar	4	4.0
İlköğretim	54	52.0
Ortaöğretim	31	30.0
Lisans Ve Yüksek Lisans	15	14.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	36	35.0
Çalışmıyor	68	65.0
Cerrahi Girişim Geçmişi		
Evet	66	63.0
Hayır	38	37.0
Çalışmanın Yapıldığı Zamandaki Ameliyat Türü		
Kolesistektomi	70	67.3
Umbilikal Herni	19	18.2
Apandisit	7	6.7
Diğer	8	7.8
Evde Bakım Yapan Kişi		
Eş	34	33.0
Çocuklar	33	32.0
Anne-Baba	24	23.0
Diğer	13	13.0

Araştırmada, hastaların ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerindeki sorunların başında çalışma-eglençe (%89.4), güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi (%86.8) ve hareket (%52.9) olduğu belirlendi (Tablo 2).

Hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında, hastalık belirtileri puan ortalaması üst değere yakın olarak belirlendi (11.57±5.83) (Tablo 3). Bu değer hastalığın başından itibaren hastaların belirti yaşadıklarını ve belirtileri hastalıkları ile ilişkili olduğunu ve ortalamanın altında olduğunu gösterdi. Hastalık algısının hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, tedavi kontrolü ile süre (döngüsel) (ort±ss:19.12±2.39) algısı üst değere yakın belirlenirken, kişisel kontrol algısı (ort±ss:6.58±1.23) alt değere yakın bulundu (Tablo 3).

Hastaların günlük yaşam aktivitelerinden iletişim ve kişisel temizlik/giyim ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun duygusal temsiller alt boyutu arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı pozitif (r:0.30, p:0.001 ve r:0.31, p:0.001) ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4). Hastaların evde bakım sürecinde iletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu yaşama durumu arttıkça endişelerinin arttığı görüldü.

Günlük yaşam aktivitelerinden cinsel yaşam ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre (akut/kronik) alt boyutu arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı (r:0.42, p:0.001) pozitif ilişki bulunurken, tedavi kontrolü alt boyutu ile orta düzeyde anlamlı (r:-0.32, p:0.001) negatif ilişki bulundu (Tablo 4). Araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası, cinsel yaşamlarında sorun yaşama durumu arttıkça hastalıklarının uzun süreceğine olan inançlarının arttığı ve cinsel yaşamda sorun yaşama durumu arttıkça, tedavilerinin etkinliği hakkındaki düşüncelerinin olumsuz yönde artma gösterdiği belirlendi.

Günlük yaşam aktivitelerinden uyku ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun sonuçlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı ($r:0.30$, $p:0.001$) pozitif ilişki olduğu görüldü (Tablo 4). Ameliyat sonrası uyku sorunu yaşama durumu arttıkça hastalığın kötü sonuçlanacağı inancının arttığı belirlendi.

Günlük yaşam aktivitelerinden ölüm ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun sonuçlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı ($r:0.34$, $p:0.001$) pozitif ilişki olduğu belirlenirken, kişisel kontrol alt boyutu arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı ($r:-0.30$, $p:0.001$) negatif ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4). Hastaların evde bakım sürecinde ölüm kaygısı arttıkça, hastalığın kötü sonuçlanacağı inancının arttığı, bireylerin hastalığının ne kadar süreceği, nasıl seyredeceği ve tedavisi üzerindeki kontrol algısının azaldığı görüldü.

Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile hastalık algısı alt boyutları arasında ilişki değerlendirildiğinde; günlük yaşam aktivitelerinden güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi ile hastalık belirtisi boyutu ve hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun sonuçlar alt boyutu arasında düşük düzeyde anlamlı pozitif ($r:0.23$, $p:0.02$ ve $r:0.23$, $p:0.02$) ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4).

Tablo 2. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri ile ilgili Sorun Yaşama Durumu

Günlük Yaşam Aktivite		n	%
Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi	Evet	90	86.8
	Hayır	14	13.2
İletişim	Evet	7	6.7
	Hayır	97	93.3
Solunum	Evet	43	41.3
	Hayır	61	58.7
Yeme - İçme	Evet	33	31.7
	Hayır	71	68.3
Boşaltım	Evet	27	26.0
	Hayır	77	74.0
Kişisel Temizlik, Giyinme	Evet	53	51.0
	Hayır	51	49.0
Beden Isısı	Evet	12	11.5
	Hayır	92	88.5
Hareket	Evet	55	52.9
	Hayır	49	47.1
Çalışma-Eğlence	Evet	93	89.4
	Hayır	11	10.6
Cinsel Yaşam	Evet	27	26.0
	Hayır	77	74.0
Uyku	Evet	32	30.8
	Hayır	72	69.2
Ölüm	Evet	29	27.9
	Hayır	75	72.1

Tablo 3. Hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

	Ort $\pm$ Ss	Min.	Max.
1.Hastalık Belirtisi (Tipi)	11.5 $\pm$ 5.8	0	28
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler	8.32 $\pm$ 2.0	4	13
Süre (Akut/Kronik)	14.4 $\pm$ 3.2	7	26
Sonuçlar	13.5 $\pm$ 3.3	7	26
Kişisel kontrol	6.5 $\pm$ 1.23	3	9
Tedavi Kontrolü	19.1 $\pm$ 2.3	9	23
Hastalığı Anlayabilme	17.4 $\pm$ 2.5	10	24
Süre (Döngüsel)	19.1 $\pm$ 2.3	5	19
Duygusal Temsiller	15.5 $\pm$ 3.6	7	27
3.Hastalık Nedenleri	42.4 $\pm$ 8.7	18	56

Tablo 4. Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları arasındaki ilişkisi

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

1.Hastalık Belirtisi		2.Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu						3.Hastalık Nedenleri Boyutu	
Günlük Yaşam Aktiviteleri		Süre (Akut/Kronik)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Süre (Döngüsel)	Duygusal Temsiller	
Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi	r:0.23	r:0.09	r:0.23	r:0.16	r:-0.17	r:-0.19	r:0.06	r:0.11	r:-0.01
	p:0.02	p:0.34	p:0.02	p:0.11	P:0.08	p:0.06	p:0.06	p:0.25	p:0.92
İletişim	r:-0.01	r:0.14	r:-0.02	r:-0.14	r:-0.06	r:-0.09	r:0.04	r:0.30	r:-0.30
	p:0.90	p:0.16	p:0.87	p:0.15	p:0.57	p:0.34	p:0.67	p:0.00	p:0.78
Solunum	r:-0.09	r:0.07	r:0.15	r:-0.05	r:0.00	r:-0.07	r:0.03	r:0.21	r:-0.06
	p:0.34	p:0.51	p:0.13	p:0.60	p:0.99	p:0.50	p:0.80	p:0.03	p:0.54
Yeme-İçme	r:-0.02	r:0.24	r:-0.33	r:-0.03	r:-0.05	r:0.07	r:-0.06	r:0.24	r:-0.01
	p:0.81	p:0.01	p:0.77	p:0.78	p:0.64	p:0.49	p:0.54	p:0.001	p:0.92
Boşaltım	r:0.28	r:-0.29	r:-0.12	r:-0.02	r:0.14	r:-0.03	r:0.05	r:-0.12	r:-0.14
	p:0.00	p:0.36	p:0.21	p:0.80	p:0.17	p:0.74	p:0.61	p:0.22	p:0.14
Kişisel temizlik ve giyim	r:-0.03	r:0.12	r:0.03	r:-0.10	r:-0.04	r:-0.17	r:0.14	r:0.31	r:0.07
	p:0.73	p:0.23	p:0.74	p:0.33	p:0.67	p:0.08	p:0.15	p:0.00	p:0.50
Beden ısının kontrolü	r:-0.15	r:0.23	r:0.29	r:-0.07	r:-0.19	r:-0.29	r:0.00	r:0.00	r:0.05
	p:0.14	p:0.02	p:0.00	p:0.45	p:0.06	p:0.00	p:0.98	p:0.29	p:0.62
Hareket	r:-0.04	r:-0.20	r:-0.05	r:-0.02	r:0.13	r:0.09	r:-0.02	r:0.00	r:-0.10
	p:0.66	p:0.04	p:0.62	p:0.87	p:0.17	p:0.36	p:0.82	p:-0.08	p:0.29
Çalışma ve Eğlenme	r:0.11	r:0.07	r:0.19	r:0.06	r:-0.08	r:-0.14	r:-0.13	r:0.41	r:0.10
	p:0.29	p:0.45	p:0.05	p:0.54	p:0.40	p:0.14	p:0.18	p:0.08	p:0.30
Cinsel Yaşam	r:-0.10	r:0.42	r:0.27	r:0.06	r:-0.32	r:0.03	r:0.20	r:0.43	r:0.15
	p:0.30	p:0.00	p:0.00	p:0.54	p:0.00	p:0.74	p:0.04	p:0.37	p:0.13
Uyku	r:-0.07	r:0.21	r:0.30	r:0.06	r:-0.12	r:-0.10	r:0.00	r:0.00	r:-0.06
	p:0.49	p:0.03	p:0.00	p:0.56	p:0.22	p:0.32	p:0.98	p:0.35	p:0.52
Ölüm	r:-0.11	r:0.20	r:0.34	r:-0.30	r:-0.17	r:-0.20	r:-0.17	r:0.00	r:0.09
	p:0.26	p:0.03	p:0.00	p:0.00	p:0.08	p:0.04	p:0.08	p:0.06	p:0.34

Günlük yaşam aktivitelerinden solunum ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun duygusal temsiller alt boyutu arasında düşük düzeyde anlamlı pozitif ($r:0.21$, $p:0.03$) ilişki bulundu.

Günlük yaşam aktivitelerinden yeme-içme ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre(akut/kronik) alt boyutu ve duygusal temsiller alt boyutu arasında düşük düzeyde anlamlı pozitif ($r:0.24$, $p:0.01$ ve $r:0.24$, $p:0.01$) ilişki bulundu.

Günlük yaşam aktivitelerinden beden ısısının kontrolü ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre (akut/kronik) alt boyutu ve sonuçlar alt boyutu arasında düşük düzeyde anlamlı ($r:0.23$, $p:0.02$, $r:0.29$, $p:0.001$) pozitif ilişki belirlenirken, hastalığı anlayabilme alt boyutu ile düşük düzeyde anlamlı ($r:-0.29$, $p:0.001$) negatif ilişki belirlendi.

Günlük yaşam aktivitelerinden cinsel yaşam ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun sonuçlar alt boyutu ve süre (döngüsel) alt boyutu arasında düşük düzeyde anlamlı ($r:0.27$, $p:0.001$ ve $r:0.20$, $p:0.004$) pozitif ilişki görüldü.

Günlük yaşam aktivitelerinden uyku ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun süre(akut/kronik) alt boyutu arasında düşük düzeyde anlamlı ($r:0.21$, $p:0.001$) pozitif ilişki olduğu bulundu.

TARTIŞMA

Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve hastalık algısının etkisini değerlendirmek için yürütülen bu çalışmada, hastaların ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerindeki sorunların başında çalışma-eğlence (%89.4), güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi (%86.8) ve hareket (%52.9) olduğu belirlendi. Ameliyat sonrası hastaların evde karşılaştıkları sorunları belirlemek için Dal ve arkadaşları (2012) yaptığı çalışmada, hastaların evde %71 oranında ağrı başta olmakla üzere, %32 oranında egzersiz ve aktivite ile %41 oranında öz bakıma ilişkin sorunlar yaşadıklarını buldular (Dal, Bulut ve Demir, 2012). Açık kalp ameliyatı olmuş kişilerin evde bakım ihtiyaçlarının saptanması için Yılmaz ve Çiftçi'nin (2010) yaptığı çalışmada, hastaların taburcu edildikten bir hafta sonra, %96'sının beslenme, %87'sinin boşaltım, tümünün (%100) aktivite, %89'unun uyku gibi fizyolojik örüntülerde sorun yaşadığını açıkladılar (Yılmaz ve Çiftçi, 2010). Karahan ve diğerleri (2010) tarafından yapılan farklı bir çalışmada, hastaların gününbirlik cerrahi işleminden 7-10. gün sonrasında evde yapmakta zorlandıkları aktiviteler arasında, yürüme/hareket etme, merdiven çıkma, giyinme ve soyunma olarak belirlendiler (Karahan ve diğerleri, 2010). Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası evde en çok yaşadıkları sorunların arasında ağrı, uyku, beslenme, aktivite ve hareket, boşaltım, çalışma-eğlence ve öz bakım ile ilgili olduğu belirlendi. Cerrahi girişim sonrası evde yaşanan sorunların sonuçları literatürde belirtilen çalışmaların sonuçları ile benzer olduğu evde yaşanan sorunların sıralamasında bazı değişimlerin olduğu görüldü.

Ölçekteki tedavi kontrolü, kişinin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançları olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, hastaların cerrahi girişim sonrası hastalıklarının iyiye gideceğine ve döngüsel bir sürece sahip olduğuna dair inançlarının olduğu görüldü. Başka çalışmalara baktığımızda, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarında farklı sonuçlar olduğu görüldü. Beyin hasarı olan hastalarda yapılan bir çalışmada, en yüksek algı puanını hastalığı anlama algısında, en düşük puanın ise süre olduğu belirlendi (Var ve Rajeswaran, 2012). Cherrington, Lawson ve Clark (2006) yaptığı çalışmada, hastaların kalp yetmezliğinin, tedavi yoluyla kontrol edebilecekleri ciddi sonuçları olan kronik, döngüsel bir hastalık olduğuna inandığını belirlediler (Cherrington, Lawson, Clark. 2006). Multipl sklerozlu hastalarda yapılan bir çalışmada, hastaların hastalık süresi hakkında olumsuz, hastalık kontrolü ve tedavi inancında ise olumlu hastalık algısına sahip olduklarını belirlediler (Spain ve arkadaşları 2006). Hemodiyaliz hastalarının süre algısının yüksek olduğu ve hastalığı kronik algıladıkları belirlendi (Karabulutlu ve Okanlı, 2011; Yıldırım, Ayşe, Karabulutlu, Karahisar, Özkan, 2013). Araştırmamızda, kişisel kontrol algısı ($ort\pm ss:6.58\pm1.23$) ortalamasının altında belirlendi. Ölçekteki kişisel kontrol algısının düşük olması kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısının az olduğu anlamına gelmektedir. Araştırmanın sonuçları, hastaların hastalık belirtisi algılarının düşük, hastalık hakkındaki tedavi ve süre algıları yüksek ve kişisel kontrollerinin düşük olduğunu gösterdi. Hastalık nedenleri algıları ise yüksek bulundu ($ort\pm ss:42.47\pm8.71$).

Günlük yaşam aktiviteleri ile hastalık algısı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, hastalık algılarının birçok günlük yaşam aktivitesine etki ettiği belirlendi.

Günlük yaşam aktivitelerinden iletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu arttıkça duygusal temsiller algısının arttığı görüldü. Hastalık algısının duygusal temsiller alt boyutu kişinin hastalığı ile ilgili endişelerini göstermektedir. Yıldırım ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada ameliyat sonrası hastaların ameliyat ile ilgili endişeleri arttıkça, iletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu yaşama durumunun arttığı, anksiyetesi olan hastaların duygusal temsil algısının yüksek olduğunu bulundular (Yıldırım, Okanlı, Karabulutlu, Karahisar ve Özkan, 2013). Yılmaz ve Aydın cerrahi girişim deneyimleyen hastaların ameliyat sonrası dönemde anksiyete yaşadıklarını belirtmiştir (Yılmaz ve Aydın, 2013). Başka bir çalışmada, Akinsulore ve arkadaşları (2015) cerrahi girişim deneyimleyen hastaların %16'sının ameliyat sonrası dönemde anksiyetelerinin devam ettiğini açıkladılar (Akinsulore ve diğerleri, 2015). Ameliyat sonrası hastaların öz bakım yeterliliğinin eğitim, sosyoekonomik durum, kültür, yaş, sağlık durumu ve anksiyete gibi özelliklerden etkilendiği görüldü (Alemdar ve Pakyüz, 2015; Altay ve Avcı, 2009; Jawaid, Mushtaq, Mukhtar ve Khan, 2007). Sonuçlara göre hastaların hastalığıyla ilgili hissettikleri arttıkça iletişim ve kişisel temizlik algılarının arttığı görüldü. Çalışmamızda diğer araştırmalarla benzer şekilde ameliyat sonrası iletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu arttıkça hastaların hastalığı ile ilgili endişelerinin arttığı belirlendi.

Araştırmada, günlük yaşam aktiviteleri ile hastalık algısı arasında bulunan diğer pozitif yöndeki ilişki cerrahi girişim sonrası hastaların, hastalıklarının uzun süreceğini düşünmesi cinsel yaşamlarında sorun yaşama durumunu arttırdığını gösterdi. Yılmaz ve Çiftçi (2010) yaptığı çalışmada hastaların koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı sonrası evde bakımları sırasında altıncı haftada %70 oranında cinsel yaşamda sorun yaşadığını açıklamışlardır (Yılmaz ve Çiftçi, 2010). Araştırmada yer alan hastaların 'Süre (Akut/Kronik) puan ortalaması 14.45 ± 3.2 (en az 7, en fazla 26) dir. Hastalar koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı olan hastalar gibi ameliyat sonrası dönemlerinin uzun süreceğini, cinsel yaşamdan uzak kalmaları gerektiğini düşünmekte ve bunu da sorun olarak algılamaktadırlar.

Araştırmada, günlük yaşam aktiviteleri ile hastalık algısı arasında bulunan bir diğer pozitif yöndeki ilişki, ölüm kaygısı ve uyku sorunu arttıkça sonuçlar algısının artma yönünde olduğudur. Ameliyat sonrası, hastalığının kötü sonuçlanacağı inancı hastaların uykusuzluk ve ölüm kaygısı daha çok yaşamasına neden olmaktadır. Hastaların, cerrahi girişim geçirmesi bireyi fiziksel olarak etkilemesinin yanında psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden de değişikliğe uğramasına neden olmaktadır ve hayatındaki en önemli tecrübelerden birini oluşturmaktadır (Aksoy, Kanan ve Akyolcu, 2012; Erdil, 2012; Eti Aslan, 2009). Bireylerin yaşadıkları kaygı, stres, depresyon, öfke gibi psikososyal risk faktörlerini artmasına neden olmaktadır. Bireylerin yaşadıkları kaygı ve korku, anestezi tipine, kişilik özelliklerine, kişinin önceki deneyimlerine, cerrahi girişime bağlı olarak ortaya çıkan endişelere ve cerrahi girişim sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlara bağlı olarak değişmektedir (Taşdemir, Erakgün, Deniz ve Çertuğ, 2013). Cerrahi hastaları ile yapılan bir araştırmada, hastaların %78 oranında kanser olma korkusu ve ölüm korkusu yaşadıkları bulundu (Kaçmaz, 2006). Kişilerin, sağlıkları ile ilgili sorun ortaya çıktığında, stresle baş etmenin yanında temel gereksinimlerini de karşılamak zorunda olduğundan normal uyku ve dinlenmenin sağlanması daha da önemli olmaktadır (Yılmaz, Kutlu ve Çeçen, 2008). Redeker ve Hedges (2002) yaptıkları araştırmada, kalp ameliyatı sonrası hastalarda uykuya dalmada güçlük, sık uyanma, yüzeysel uyku gibi sorunlar yaşandığı bulundu. Ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede başkasına bağımlı olma düşüncesi iyileşme sürecinin olumsuz şekilde etkilenmesine neden olmaktadır (Turhan, Avcı ve Özcengiz, 2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların, iyileşme süreçlerinin nasıl olacağına dair inançlarını etkileyen birçok etken vardır. Bu nedenle hastaların sonuçlar hakkında olumsuz düşünce ve inançları uyku ve ölüm kaygısını arttırmaktadır. Yapılan diğer araştırmalarda olduğu gibi çalışmamızda da uyku ve ölüm kaygısı arttıkça hastalığın kötü sonuçlanacağı inancı artmaktadır.

Günlük yaşam aktiviteleri ile hastalık algısı arasında negatif yönlü ilişkiler de bu araştırmada bulundu. Negatif yönlü ilişkilerde, cinsel yaşam sorunu arttıkça tedavi kontrolü algısının azalmakta olduğu belirlendi. Hastalık algısı ölçeğindeki tedavi kontrolü, hastaların, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını göstermektedir. Negatif yönlü ilişkinin bir diğeri, hastaların ameliyat sonrası tedavilerinin etkinliği hakkındaki düşüncelerinin olumsuz olması ile cinsel yaşamda sorun yaşama ihtimalinin arttığı yönündedir. Meme kanseri tanısı olan ve ameliyat olmuş hastalarda Leila ve diğerleri (2016) yaptığı araştırmada %53'ünde cinsel ilişki sıklığında azalma, hastaların %81'inde azalmış cinsel çekicilik görüldü. Yapılan başka bir araştırmada, hastalık algısının tedavinin etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu belirlendi (Williams ve Healy, 2001). Bu sebeple hastalığın tedavi ile kontrol edilebildiği algısı hastaların tedaviye uyumunu arttırmakta ve hastalığın kontrolünün sağlanmaktadır. Çalışmamızda literatürde olduğu gibi ameliyat sonrası cinsel yaşam sorunu arttıkça uygulanan tedavinin etkinliği azalmaktadır.

Negatif yönlü ilişkilerden bir diğeri ise ölüm kaygısı arttıkça kişisel kontrol algısının azalmakta olduğu görüldü. Hastalık algı ölçeğindeki kişisel kontrol, hastalığının ne kadar süreceği, nasıl seyredeceği ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısı olarak değerlendirilmektedir. Bu bulgu, hastalığı üzerinde iç kontrol algısı düşük olan hastalarda ölüm kaygısının yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmamızda diğer araştırmalarda olduğu gibi ölüm kaygısının artmasıyla kişisel kontrolün azaldığı doğrultusunda olduğu görüldü. Bireylerde, ölüm korkusu arttıkça depresyona girme, iletişimde bozulma, yeme içme ve eğlenceden uzaklaşma artmaktadır. Buna bağlı olarak kişisel kontrol azalmaktadır (Öz, 2001). KABG ve kapak replasman ameliyatı olan hastaların psikolojik durumunu inceleyen Fredericks ve diğerleri (2012) yaptıkları araştırmada, taburculuk sonrası ilk ayda orta ve şiddetli düzeyde kaygı ve depresyonun olduğunu ve öz-bakım davranışlarına etki ettiğini buldular. Ölüm kaygısının artmasının, hastaların kişisel kontrollerini azalmasına neden olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar cerrahi girişim geçiren hastaların, evdeki iyileşme dönemlerinde, ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerindeki sorunların başında çalışma-eğlence, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi ve hareket sorunları gelmektedir. Araştırmadan çıkarılan diğer bir sonuç hastalık algılarının birçok günlük yaşam aktivitesine etki ettiğini göstermektedir. İletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu arttıkça duygusal temsiller algısı, cinsel yaşam sorunu arttıkça süre (akut/kronik) algısı, uyku ve ölüm kaygısı sorunu arttıkça sonuçlar algısı artmıştır.

Hastaların evde bakım döneminde öncelikle yaşadıkları sorunların neler olduğu bilinmeli ve hastane yatıştan itibaren evde yaşanabilecek sorunlara yönelikte hemşirelik bakımı verilmelidir. İletişim ve kişisel temizlik sorunları giderilmelidir. Eş desteği ile cinsel yaşam sorunları azaltılarak hastalığın uzun süreceği algısı azaltılmalı ve tedavi kontrol algısı artırılmalıdır. Hastaların kişisel kontrolü ölüm kaygısı ve uyku sorunları azaltılarak desteklenmelidir. Cerrahi hemşireleri hastalara evde bakım dönemi için bakım planlaması yaparken hastaların hastalık algılarını göz önünde bulundurmalarıdır. İletişim ve kişisel temizlik/giyim sorunu arttıkça hastalık ile ilgili endişelerinin arttığı, cinsel yaşam sorunu arttıkça hastalıklarının uzun süreceğine dair inançlarının arttığı ve bunun yanında cinsel yaşam sorunu arttıkça tedavi kontrol algısının azaldığı ve ölüm kaygısının artması ile kişisel kontrolün azaldığı bilinen hastaların iyileşme sürecinin desteklenmesi önerilir.

Yazar katkısı

Fikir/Kavram: Elif Zümrüt Acar, Ümmü Fındık Yıldız

Tasarım: Elif Zümrüt Acar, Ümmü Fındık Yıldız

Denetleme Danışmanlık: Ümmü Fındık Yıldız

Veri Toplama ve İşleme: Elif Zümrüt Acar

Analiz ve Yorum: Elif Zümrüt Acar, Ümmü Fındık Yıldız

Kaynak Taraması: Elif Zümrüt Acar

Makale Yazımı: Elif Zümrüt Acar

Eleştirel İnceleme: Ümmü Fındık Yıldız

Çıkar çatışması

Yazarların çıkar çatışması bulunmamaktadır

Mali destek

Bu çalışma için herhangi bir mali destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Akinsulore, A., Owojuyigbe, MA., Faponle, AF., Fatoye, FO. (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East Journal of Anaesthesiology* , 23(2), 235- 240.
- Aksoy, G., Kanan, N., Akyolcu, N. (2012). Ameliyat sonrası dönem. Aksoy G (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği kitabı içinde* (s.139-144) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Alemdar, H., Pakyüz, SÇ. (2015). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2,19-30.
- Altay, B., Avcı, İ. A. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4), 275-282.
- Aydoğdu, Ö. (2015). Gününbirlik cerrahi sonrası hastaların evde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. (Yükseklisans Tezi). Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, KKTC.
- Ay, F. A. (2011). Günlük yaşam aktiviteleri modeli. *Sağlık uygulamalarında temel kavram ve beceriler. kitabı içinde* s.36-49) Hadımköy İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Bilik Ö. (2017). Klinikten eve uzanan yolculuk: Ameliyat olan hastaların evde bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 114-127.
- Dal, Ü., Bulut, H. Demir, S. G.(2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
- Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB (2006). Illness representation of patients with systolic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*, 21(4), 190-195.
- Dinçer, A., Kurşun Ş. (2019). Yaşlı bireylerin cerrahi girişim sonrası evde yaşadıklarının sorunların belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 10(3), 518-523.
- Erdil, F. (2012). Cerrahi hastalıkları hemşireliğinde, ameliyat sonrası dönem. Erdil F, Elbaş NÖ (Editörler) *Cerrahi hemşireliği kitabı içinde* (s.14-101) Ankara: Aydoğdu Kitapevi.
- Eti, Aslan, F. (2009). Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12, 104-113.
- Eti, Aslan, F. (2010). Ameliyat sonrası bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Hasta Bakımı kitabı içinde* (s.345-386). Adana: Nobel Tıp Kitabevi.
- Fredericks, S., Lapum, J. (2012). Anxiety, depression and self-management: a sytematic review. *Clin Nursing Research*, 2012 Nov;21(4), 411-30. doi: 10.1177/1054773812436681.
- Hagger MS, Orbell S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol & Health*, 18(2), 141-184. doi: 10.1080/088704403100081321.
- Hodgins, M.J., Ouellet, L.L., Pond, S., Knorr, S., Geldart, G .(2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *Applied Nursing Research*, 21(4), 218-226. doi:10.1016/j.apnr.2007.008.
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-148.
- Kaçmaz, N. (2006). Konsültasyon-Liezon Psikiyatrisi ve konsültasyon liezon psikiyatrisi hemşireliği: Tarihsel bakış. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 75-85.
- Karabulutlu, E., Karaman, S. (2015). Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *HSP*, 2(3), 271-284. doi: 10.17681/hsp.84549.
- Karahan, A., Kav, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N. Tepe A. (2010). Gününbirlik cerrahiye takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(3), 38-48.

- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Kocaman, N., Armay, Z., Özkan, M., Özkan, S. (2007) Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8, 271-280.
- Köklü, N., Büyükoztürk, Ş., Bökeoğlu, Ö.Ç. (2006). *Sosyal bilimler için istatistik*. (s.62). Ankara, Pegem-A Yayıncılık.
- Leila, M., Nada, C., Kais, C., Jawaher, M. (2016). Sexuality after breastcancer: Cultural specificities of Tunisian population. *Pan Afr Med J*, 25(17), 1-10. doi: 10.11604/pamj.2016.25.17.10399
- McMurray, A., Johnson, P., Wallis, M., Patterson, E., Griffiths, S.(2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal Of Clinical Nursing*, 16, 1602-1609. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.1725.x
- Özer N. (2016). Cerrahi ve cerrahi hemşireliğinin tarihçesi cerrahinin sınıflandırılması cerrahi gerektiren durumlar hasta üzerindeki etkileri. Aslan FE. (Ed), *Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte kitabı içinde* (s.3-5). Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.
- Özdamar, K. (2013). Örneklem Yöntemleri. *SPSS ile biyoistatistik kitabı içinde* (9.Baskı) (s.67-68) Ankara: Nisan Kitabevi.
- Petrie, K.J., Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6, 536-539. doi: 10.7861/clinmedicine. 6-6-536.
- Petrie, J.K., Jago, A.L., Devhich, D.A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 163-167. doi: 10.1097/YCO.0b013e328014a871
- Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M. ... Sidor D. (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurses Journal*, 33, 281-291.
- Redeker, N.S., Hedges, C. (2002). Sleep during hospitalization and recovery after cardia csurgery. *Europen Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), 56-68.
- Reiners, C., Biko, J., Haenscheid, H., Hebestreit, H., Kirinjuk, S. ... Baranowski O. (2013). Twenty-five years after chernobyl: outcome of radioiodine treatment in children and adolescents with very-high-risk radiation-induced differentiated thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Meta*, 98, 3039-3048.
- Spain LA, Tubridy N, Kilpatrick TJ, Adams SJ, Holmes ACN (2007). Illness perception and health-related quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand*, 116(5), 293-299.
- Suhonen, R. A., Iivonen, M. K., Välimäki, M. A. (2007) Day-case surgery patients' health-related quality of life. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 121-129.
- Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M. N., Çertuğ, A. (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Türk J Anaesth Reanim*, 41, 44-49.
- Turhan, T., Avcı, R., Özcengiz, D. (2012). Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*, 20(1), 27-33.
- Ulusoy, M., Görgülü, R. (2001). *Hemşirelik esasları: Temel kuram, kavram, ilke ve yöntemler* (s.98-124). Ankara: 72 TDFO Ltd.Şt.
- Var F, Rajeswaran J.(2012). Perception of illness in patients with traumatic brain injury. *India Psychol Med*, 34(3), 223-226.
- Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. T., Esquivel, M. M. ... Uribe-Leitz T. (2016). Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bull World Health Organ*, 94 (3), 201-209F.
- Williams, B., Healy, D. (2001). Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental healt team: Explanatory model or exploratory map? *Social Science&Medicine*, 53, 465-476.
- Velioğlu, P. (2012). *Yaşam aktiviteleri. Hemşirelikte kavram ve kuramlar kitabı içinde* (s.184-135). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Yıldırım, N.K., Okanlı, A., Karabulutlu, E.Y., Karahisar, F., Özkan, S. (2013) Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14, 252-259.
- Yılmaz, E., Aydın, E.(2013) Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 23(8), 80-95.
- Yılmaz, M., Çiftçi, S.E. (2010). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi*. 18(3), 183-189.

Yeşim Ahmedov¹
Orcid: 0000-0003-2454-4136

Anvar Ahmedov²
Orcid: 0000-0002-5100-4672

¹ İstanbul Okan Üniversitesi, Hemşirelikte
Doktora Programı, Halk Sağlığı Hemşireliği,
İstanbul

² İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Anvar Ahmedov
anvar.ahmedov@yahoo.com

Anahtar Sözcükler:

Acil durumlar; kazara düşmeler;
hastane kayıtları; hemşireler.

Keywords:

Emergencies; accidental falls;
hospital records; nurses.

Acil Serviste Yatan Hastaların Düşme Risklerinin Belirlenmesi

Determination of Fall Risks of Patients Hospitalized in
Emergency Service

Gönderilme Tarihi: 28.08.2020

Kabul Tarihi: 18.11.2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, acil serviste gözlem altına alınan hastaların düşme risklerini, düşme ve yaralanma durumlarını, Hendrich II düşme riski ölçeğinin duyarlılığını belirlemektir.

Yöntem: Bu prospektif kohort çalışmada, 18-89 yaş arasında travma ve/veya acil cerrahi girişim nedeniyle gözlem altına alınan 295 hasta değerlendirildi. Hastaların düşme riskleri Hendrich II düşme riski ölçeği ile tanımlandı. Veriler tanımlayıcı istatistik yöntemler ve ROC (receiver operating characteristic curve) analizle değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada izlem sırasında 63 hastanın düştüğü saptandı. Düşen hastaların yaş ortalaması 47, %68.3'ü (n=43) kadındı. Düşme sonrası 14 hastada küçük, 2 hastada orta derecede yaralanma gelişti. Ölçeğin %95 güven aralığında ROC eğrisi altındaki alan değeri 0.661 olarak belirlendi. Geliştirenler tarafından önerilen 5 ve üzeri puan kesim noktasında ölçeğin duyarlılığı %95.2, özgüllüğü %9.1 olarak bulundu.

Sonuç: Acil serviste hastaların düşme riskini tanılamada Hendrich II düşme riski ölçeğinin kabul edilebilir düzeyde ayrıma sahip olduğu, 5 ve üstü puan kesim noktasında tanısal performansının düşük olduğu sonucuna varıldı.

ABSTRACT

Objective: It is to determine the fall risks, the status of falls and injuries, and the sensitivity of the Hendrich II fall risk scale in patients who are observed in the emergency service.

Methods: In this prospective cohort study, 295 patients aged 18-89 years who were under observation due to trauma and /or emergency surgery were evaluated. Falling risks of the patients were diagnosed using the Hendrich II fall risk scale. The data were evaluated by descriptive statistical methods and ROC (receiver operating characteristic curve) analysis.

Results: It was found that 63 patients fell during follow-up in the study. The average age of the patients who fell was 47, 68.3% (n = 43) of them were women. After the fall, 14 patients had minor injuries and 2 patients had moderate injuries. The area under the ROC curve was determined as 0.661 at the 95% confidence interval of the scale. The sensitivity of the scale was 95.2% and the specificity was 9.1% at the cut-off point of 5 and above recommended by the developers.

Conclusion: It was concluded that the Hendrich II fall risk scale had an acceptable distinction in diagnosing the fall risk of patients in the emergency service and that its diagnostic performance was low at the cut-off point of 5 and above.

GİRİŞ

Düşme, bireyin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, baygınlık ya da inme olmadan, dikkatsizlik sonucu bulunduğu düzeyden daha aşağıdaki bir düzeyde hareketsiz bir hale gelmesi olarak tanımlanır (Işık ve diğerleri, 2006; Myers, 2003).

Kaynak Gösterimi: Ahmedov, Y. ve Ahmedov, A., (2021). Acil Serviste Yatan Hastaların Düşme Risklerinin Belirlenmesi. *EGEHFD*, 37(3), 207-216. Doi:10.53490/egehemsire.899608

How to cite: Ahmedov, Y. and Ahmedov, A., (2021). Determination of Fall Risks of Patients Hospitalized in Emergency Service. *JEUNF*, 37(3), 207-216. Doi:10.53490/egehemsire.899608

Düşmeler hastanelerde en sık görülen kazalar içinde yer almakta olup, hastalar hastanede kaldıkları süre içerisinde düşme ve kayma yönünden risk altında bulunmaktadır (Bilge, 2010; Soyuer, 2009). Hasta güvenliğini tehdit eden durumlar arasında yer alan düşmelerin etkisi ve şiddetinin sonuçları ise ölümcül olabilmektedir (Soyuer, 2009). Bu bağlamda hemşirenin en önemli yasal ve etik sorumluluklarından biri hastanelerde güvenli ortamın sağlanarak sürdürülmesi ve hastaların ikincil yaralanmalardan korunmasıdır.

Hastanede izlem sırasında hastaların %6.06'sında düşme gerçekleşmektedir. Düşen hastaların %87.5'inin 65 yaş ve üzerinde, %62.5'inin erkek, %62.5'inin bilincinin açık, %37.5'inin tıbbi tanısının Parkinson olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %12.50'sinin yatak korkuluklarının olmadığı ya da çalışmadığı, %37.5'inin yatak yüksekliğinin uygun olmadığı, özel eşyalarının kendisine uygun uzaklıkta olmadığı ve gece aydınlatmanın yeterli olmadığı belirlenmiştir (Yaşar ve Türk, 2018). Cerrahi hastalarda ise; düşme riski %67.7 iken, hastaların %37.2'si 65 yaştan büyük, %6.6'sının son bir ayda düşme öyküsü, %44.4'ünün kronik hastalığı, %35.8'inin fiziksel destek ihtiyacı, %38.5'inin dörtten fazla ilaç kullanımı ve %27.4'ünün son bir haftada riskli bir ilaç kullanım öyküsü olduğu belirlenmiştir. Bu hastalarda ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası düşme riski daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Yaş grupları, eğitim ya da medeni duruma göre karşılaştırmalar düşme riskini değiştirmedeği saptanmıştır (Karaman ve diğerleri, 2015). Hastane ortamında düşen hastaların büyük çoğunluğunu yardıma muhtaç geriatrik hastalar oluşturmaktadır (Anderson ve diğerleri, 2015; Rafiq ve diğerleri, 2014; Turner ve diğerleri, 2017).

Çalışmalarda kliniklere göre düşme oranlarının, dahiliye kliniğinde her 1000 hastada 6.12, nöroloji kliniğinde 6.12, genel cerrahi kliniğinde 2.18, ortopedi kliniğinde 0.8'dir (Hendrich ve diğerleri, 1995; Hitcho ve diğerleri, 2004). Çapacı çalışmasında, acil servislerde yatan hastaların %40'ının düşmekten etkilendiğini ve hastaneye yatan her 1000 hastadan en az 3-6'sının düştüğünü bildirmiştir (Çapacı, 2007). Karaman ve diğerlerinin yaptığı çalışmada, genel cerrahi kliniğinde yatan hastaların daha fazla düşme riskine sahip olduklarını, hastanenin farklı kliniklerinde meydana gelen toplam düşme olaylarının %32.4'ünün yetersiz görme nedeni ile oluştuğunu belirtmişlerdir (Karaman ve diğerleri, 2015). Rosendahl ve arkadaşları yaşlı bakım hizmetlerinde yaşanan düşme olaylarında yetersiz görmenin düşmeyi etkilediğini bildirdiler (Rosendahl ve diğerleri, 2003).

Hastanelerde düşmelerin en çok hasta odasında (%37), hasta nakilleri sırasında (%28), sandalyeye oturma (%20), yürüme sırasında (%15) görüldüğü bildirilmiştir (Çapacı, 2007). Ayrıca hastanede düşmelerin büyük bir kısmı silmekten dolayı kaygan olan veya yemek dökülmesinden dolayı yağlanmış zemin üzerinde düşmenin bir sonucu olarak meydana gelmektedir (Rafiq ve diğerleri 2014; Sezgin, 2007).

Hendrich ve diğerlerinin yaptığı çalışmada, düşmelerin dörtte birinden fazlasının berelenme, kesik ya da kırık gibi fiziksel yaralanma ile sonuçlandığı belirlenmiştir (Hendrich ve diğerleri, 1995). Nyberg ve Gustafson'un 153 düşme olgusu ile yaptığı bir çalışmada ise, hastaların %24'ünde küçük, %4'ünde ise ciddi yaralanmalar ortaya çıktığı bulunmuştur (Nyberg ve Gustafson, 1995). Küçük yaralanmaları, çürük, yumuşak doku yaralanmaları, sütür gerektirmeyen yaralanmalar oluştururken, ciddi yaralanmaların kalça, pelvis, radius kırığı, sütür gerektiren yaralanmalar, intraserebral hematoma ya da ölümlerle sonuçlanabildiği görülmektedir (Hitcho ve diğerleri, 2004; Işık ve diğerleri, 2006).

Acil cerrahi girişim gerektiren hastaların düşme nedenleri genelde ameliyat öncesi yapılan ilaçlar, duyu algı kapasitesinde yaşanan sorunlar, ameliyat anksiyetesiyle ilgili olarak yaşanan dikkat eksikliği ve hasta yatağının, sedyenin ameliyat masasından yüksek olması veya aynı düzeyde olmaması olarak belirtilmektedir (Çeçen ve Özbayır 2010).

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu) 2005 yılındaki raporunda 271 düşme vakası olduğunu bunun da tıbbi personel kaynaklı hataların %5.8'ini oluşturduğunu bildirmektedir (akt. Erdil ve Bayraktar, 2010). NCIPC (National Center for Injury Prevention and Control 2003 - Amerika Birleşik Devletleri Yaralanmaların Önlenmesi ve Kontrolü Ulusal Merkezi) tarafından yayınlanan araştırma sonuçları gözden geçirildiğinde, düşmeler nedeni ile ölenlerin %60'ından fazlasının 75 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu bildirilmektedir. Aynı rapora göre düşmelerin maliyeti 1994 yılında 20 milyar dolar iken, 2020 yılında 34 milyar doların üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (akt. Erdil ve Bayraktar, 2010).

Literatürde hastaların hastane ortamında düşmesinin tamamen önlenemeyeceği, ancak uygulanacak etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceği vurgulanmaktadır (Terzi ve diğerleri, 2018; Toraman ve diğerleri, 2006). Bu anlamda en yaygın yaklaşımın, öncelikle hastalarda düşmeye eğilimi belirleyen risk düzeyinin tanımlanması olduğu görülmektedir. Hastanın kabulü ile başlayan tanılama aşamasında bir model, ölçek ya da skorlama sisteminden yararlanılarak düşme riskinin belirlenmesi, gerekli bakım girişimleri ve koruyucu önlemlerin zamanında alınmasını sağlarken, aynı zamanda hastanın zarar görmesini de engelleyecektir. Ayrıca JCI düşme riskini azaltmaya yönelik olarak; yatak alarmı kullanılması, yatak kenarlarının kaldırılması, hasta ve ailenin eğitimi, çağrı sisteminin düzenlenmesi, alçak yatakların kullanılmasını önermektedir (Joint Commiission International (JCI), 2017).

Hastaların düşme risklerinin belirlenmesi, düşmelerin önlenmesinde en önemli koruyucu önlemler arasında yer almaktadır. Hemşirelerin önemli yasal ve etik sorumluluklarından biri de, hastanelerde güvenli ortamın sağlanarak sürdürülmesi ile hastayı ikincil yaralanmalardan korumaktır (Ang ve diğerleri, 2007). Bununla birlikte literatürde hemşirelik alanında acil cerrahi işlem uygulanan hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde düşme riskine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Düşmeler hastanelerde kaza bildirim raporlarının yaklaşık %40'ını oluşturmakta, hastaların %3-4'ünde kırık, çıkık, laserasyon, intrakraniyal travma gibi büyük yaralanmalar oluşmakta, hatta mortaliteye yol açmaktadır (Çapacı, 2007; Degelau ve diğerleri, 2012; Halfon ve diğerleri 2001; Kim ve diğerleri, 2007; Mülayim ve İntepeler, 2011; Özden ve diğerleri, 2012; Rafiq ve diğerleri, 2014).

Günümüzde sağlık sistemlerini en çok ilgilendiren konulardan biri hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmeti sürecinde oluşan riskleri belirleme, zararları önleme ve iyileştirmeleri kapsamaktadır (Sezgin, 2007). Hasta güvenliği hedefleri kapsamında düşmelerin önlenmesine yönelik girişimler arasında hastanın kabulü ile başlayan tanılama aşamasında bir model, ölçek ya da skorlama sisteminden yararlanılarak düşme riskinin belirlenmesi yer almaktadır. Böylece gerekli bakım girişimleri ve koruyucu önlemlerin zamanında alınması ve hastanın zarar görmesinin engellenmesi hedeflenmektedir.

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı acil serviste gözlem altına alınan hastaların Hendrich II Düşme Riski Ölçeğine göre düşme risklerini, düşme ve yaralanma durumlarını tanımlamak ve ölçeğin düşmeyi belirlemedeki duyarlılığını değerlendirmektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yapıldığı Yer

Bu prospektif kohort çalışması, 1 Haziran 2012-30 Ağustos 2012 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin travma ve acil cerrahi servisinde yapıldı.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Üniversite hastanesinin travma ve acil cerrahi servisine başvuran hastalar çalışmanın evrenini oluşturdu. Travma ve Acil cerrahi servisine yılda yaklaşık 1200 hasta başvurusu olmaktadır. Çalışmaya, 1 Haziran 2012 - 30 Ağustos 2012 tarihleri arasında travma ve/veya acil cerrahi girişim nedeniyle müşahede altına alınan, 18 yaş ve üstünde olan, çalışmaya katılmaya onay veren 295 hasta ardışık olarak alındı. Çalışma süreci öncesi müşahede altına alınan veya düşen hastalar çalışma kapsamı dışında tutuldu.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada acil serviste poliklinik-müşahede odalarında izlem sırasında hastaların Hendrich II Düşme Riski Ölçeğine göre düşme riski değerlendirildi, düşmeleri önlemeye yönelik olarak alçak yataklar kullanılarak yatak kenarları kaldırıldı, hasta ve ailesine eğitim verildi, hasta yanında mutlaka bir yakını bırakılarak çağrı sistemi düzenlendi. Verilerin elde edilmesinde ilgili literatür ışığında hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik Bireysel Özellikler Formu, hastaların düşme risklerini değerlendirmeye yönelik olarak Hendrich II Düşme Riski Tanılama Ölçeği ve hastaların düşme risklerinin takip edilmesini sağlayan Hasta takip Formu kullanıldı.

Bireysel Özellikler Formu: Bu form hastanın yaşı, cinsiyeti, akut hastalık, düşme öyküsü, kronik hastalık varlığı, mevcut kronik hastalıkları, sürekli ilaç kullanma durumu ve kullanılan ilaç türlerini ve alkol kullanımı ile ilgili sorulardan oluştu. Formda yer alan sorular müşahede odasına alınan ve çalışmaya katılmaya onay veren hasta/ailesinden görüşme yöntemi ve tıbbi kayıtlardan elde edildi.

Hendrich II Düşme Riski Ölçeği: Bu ölçek özel bir alana özgü olmayıp, tüm alanlardaki hastaların düşme riskini değerlendirmektedir. Düşme için risk faktörleri hakkında kapsamlı bir literatür üzerine temellenen model 1995 yılında Hendrich ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (Hendrich ve diğerleri, 1995) ve 2003 yılında yeniden gözden geçirilerek ikinci versiyonu oluşturulmuştur (Hendrich ve diğerleri, 2003). Konfüzyon (4 puan), depresyon (2 puan), boşaltımda değişim (1 puan), baş dönmesi (1puan), erkek cinsiyet (1 puan) gibi risk faktörlerini, antiepileptik (2 puan) ve benzodiazepin kullanma (1 puan) durumunu ve kalkıp yürüme testini (8 puan) içeren ölçekte alınabilecek en yüksek puan 20'dir. Toplam 5 ve üstü puan yüksek risk varlığını göstermektedir. Türkiye'de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Atay, San ve Aycan tarafından yapılmıştır (Atay ve diğerleri, 2010). Gözlem odasına alınan hastanın ölçeğe ilişkin düşme riski gözlem ve görüşme yöntemiyle elde edildi. Ölçeğin uygulanması yaklaşık 5-7 dk sürdü.

Hasta Takip Formu: Bu form, ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturuldu. Hastaların travma ve acil cerrahi birimine kabul edildikleri andan başlayarak ilgili birimlere nakilleri sağlanıncaya kadar geçen sürede uygulandı. Form hastane ortamında düşmeye yönelik alınan ve alınmayan önlemlerin izlemine takip edebilmeye yönelik toplam 10 maddeden oluşmaktadır (Aktaş, 2017; Arslan, 2019; Demir ve İntepeler, 2012; Oksel, 2018; Oyur ve Zungal, 2016; Sarı, 2017).

Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapıldığı poliklinik-müşahede ünitelerinde 12 saatlik vardiyalar halinde her vardiyada iki hemşire görev almaktadır. Aynı şekilde gündüz ve gece vardiyalarında dörder kişilik bir doktor ekibi görev yapmaktadır. Hastalar poliklinik bölümüne başvurup muayene olduktan sonra tetkikleri yapılarak acil cerrahi girişim gerektirip gerektirmedikleri değerlendirilir. Hastaların acil cerrahi girişim gerektirmeleri durumunda yakın izlem ve ameliyata hazırlıkları için poliklinik gözlem odalarına alınırlar. Travma hastaları da aynı acil cerrahi girişim gerektiren hastalar gibi değerlendirildikten sonra, konsültan hekimler (nöroşirurji, ortopedi, plastik cerrahi ve benzeri) onayı ile poliklinik-müşahede odalarında yakın takibe alınırlar. Hastalar poliklinik-müşahede bölümünde tanı ve durumlarına göre en çok 2 gün takip edildikten sonra servise (ya da ilgili birime) sevk edilirler.

Çalışma hakkında bilgilendirilen hasta ya da ailesi, çalışmaya katılmaya yazılı onay verdikten sonra, bireysel özellikler formu ve Hendrich II Düşme Riski Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Bireysel Özellikler Formu hasta/ailesine ilk gelişte, Hendrich II Düşme Riski Ölçeği Travma ve acil cerrahi servisi poliklinik-gözlem odalarına hastanın kabul edildiği ilk gün ve kaldığı süre boyunca her gün uygulandı. Her bir hastanın düşme ve yaralanma varlığı her gün Hasta Takip Formu ile izlendi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadaki değişkenlerin analizi yapılırken normal dağılıma uygunluğu değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistik yöntemler (frekans, ortalama, medyan, standart sapma), normal dağılıma uymayan nonparametrik verilerde Mann-Whitney U test kullanıldı. Ölçeklerin duyarlılık ve özgüllüğü ROC analizi ile değerlendirildi. Çalışma verileri SPSS 11.5 programı aracılığıyla değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma için öncelikle İstanbul Üniversitesi hastanesi Dekanlığı'ndan çalışmaya ilişkin yazılı kurum izni, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (18.04.2012-1 onay tarihli, 66 protokol numaralı) yazılı izin alındı. Hasta ya da ailesinden çalışmaya katılmak üzere yazılı onam alındı.

BULGULAR

Bu çalışmada 18-89 yaş aralığında yer alan 295 katılımcının yaş ortalaması 47 (ortanca yaş 48), %57.6'sı kadındı. Katılımcıların %91.8'inin Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'ne göre düşme riskinin yüksek olduğu görüldü. Hastaların %42.7'si kronik bir hastalığa sahip olup, %43.4'ü sürekli ilaç kullandıklarını, %39 (n=115)'u son bir yılda en az bir kez düşüklerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya dahil edilen, acil serviste müşahade altına alınan hastaların çoğunluğunun tanısı düşmedir (n=68; %23.1) (Tablo 1).

Acil serviste izlem sırasında 295 katılımcıdan 63 (%21.4)'ünün düştüğü görüldü. Bu, düşme prevalansının her 1000 yatış gününde 0.214 olduğunu göstermektedir. Düşen hastaların %25.4'ünde düşmeye bağlı yaralanma görüldü. Düşme sonucu yaralanan hastaların %22.2 (n=14)'sinde abrazyon, laserasyon, hematoma gibi sürtür gerektirmeyen küçük yaralanmalar, %3.2 (n=2)'sinde ise baş bölgesinde yaralanma oluştu. Ciddi yaralanma oluşan hastalardan biri tuvalet gereksinimi için yataktan kalkarken düşen ve başını yatak kenarına çarpan, diğeri ise tuvalette düşen hastaydı. Bu iki hastaya tedavi gördüğü hastalık dışında tanılayıcı testler uygulandı ve radyolojik inceleme sonrası şüpheli alanlar nedeniyle nöroşirurji takibine alındılar (Tablo 2).

Çalışmamızda 295 hastanın Hendrich II Düşme riski ölçeğine göre düşme riski ortalaması 8.2 ± 2.9 olup, hastaların %91.9 (n=271)'unun yüksek riskli oldukları saptandı. Düşen hastaların %95.2 (n=60)'sini Hendrich II Düşme Riski Ölçeğinin yüksek riskli olarak tanıladığı saptandı. Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'nin düşük riskli olarak tanıladığı ancak düşen üç hastadan (n=4.8) birinde alkol intoksikasyonu vardı. Bu hastalardan biri epilepsi hastalığı, diğeri depresyon tanısı olan, antiepileptik ve antidepresan ilaç kullanan hastalardı (Tablo 3).

ROC analizi değerlendirme sonuçlarına göre Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'nin %95 güven aralığında Eğri Altındaki Alan (EAA) (area under the ROC curve; AUC) değeri 0.585-0.736 arasında yani kabul edilebilir düzeyde ayrıma sahip olduğu görüldü. Buna göre Hendrich II Düşme Riski Ölçeğinin düşme riskini 0,661 oranında ayırmadığı saptandı. Hendrich II Düşme Riski Ölçeğinin yanlış pozitiflik oranı %90.9 olarak bulundu. ROC analizine göre Ölçek için yüksek düşme riski olarak bildirilen 5 ve üstü toplam puan (Hendrich ve diğerleri, 2003) kesim noktası (cutoff) olarak alındığında, Hendrich II Düşme Riski Ölçeğinin duyarlılığı %95.2 ve özgüllüğü %9.1 olarak bulundu (Tablo 4, Grafik 1).

Duyarlılık kısaca "gerçekte hasta olanların testte alınan kesim noktasına göre de hasta olması", özgüllük "gerçekte sağlıklı olanların test sonucunda da sağlıklı bulunması"dır. En faydalı tanı testi doğru pozitiflik oranı yani duyarlılığı yüksek ve yanlış pozitiflik oranı düşük olan testtir (Tomak ve Bek, 2010). Tablo 5'de görüldüğü gibi Hendrich II Düşme Riski Ölçeğinin yanlış pozitiflik oranı %90.9 olarak bulundu.

Tablo 1. Hastaların Bireysel Özellikleri (N=295)

Değişkenler	n	%	
Yaş (yıl) x ± SD	47.6 ± 18.0 (dağılım, 18-89)		
Yaş grupları	18-31 yaş	74	25.1
	32-45 yaş	58	19.7
	46-59 yaş	81	27.5
	≥ 60	82	27.7
Cinsiyet	Kadın	170	57.6
	Erkek	125	42.4
Tıbbi tanı	Düşme	68	23.1
	Akut kolesistit	34	11.5
	Apandisit	31	10.5
	Akut pankreatit	27	9.2
	Araç dışı trafik kazası	23	7.8
	İleus	23	7.8
	Araç içi trafik kazası	22	7.5
	Mide perforasyonu	15	5.1
	Mekanik ikter	14	4.7
	GİS kanama	12	4.1
	Bıçaklanma	11	3.7
	Üzerine cisim düşme	10	3.4
	Kurşunlanma	5	1.6
Kronik hastalık	Yok	169	57.3
	Var	126	42.7
Sürekli ilaç kullanımı	Yok	167	56.6
	Var	128	43.4
Son 1 yılda düşme öyküsü	Yok	180	61.0
	Var	115	39.0
Alkol kullanımı	Yok	228	77.3
	Var	67	22.7

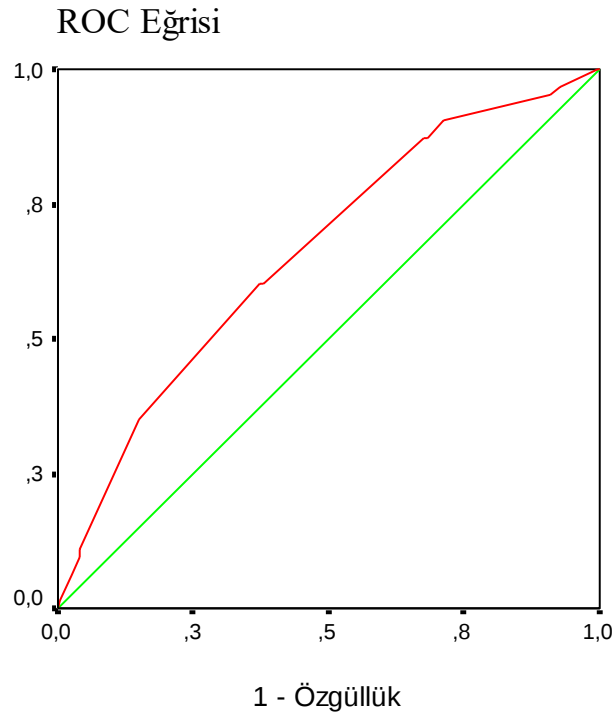
Tablo 2. İzlem Sırasında Hastaların Acil Serviste Düşme Durumları (n=295)

Değişkenler	n	%
Düşme		
Var	63	21.4
Yok	232	78.6
Düşme nedeni (n=63)		
Anksiyeteye bağlı dikkat eksikliği	26	41.3
Baş dönmesi	37	58.7
Düşme yeri		
Yürürken (odada, tuvalete giderken, tuvalette)	63	100
Yaralanma durumu (n=63)		
Var	16	25.4
Yok	47	74.6
Yaralanma şekli (n=16)		
Küçük yaralanma (çürük, yumuşak doku yaralanmaları, sütür gerektirmeyen yaralanmalar)	14	87.5
Ciddi yaralanma (kalça, pelvis, radyus kırığı, sütür gerektiren yaralanmalar, intraserebral hematom)	2	12.5

Tablo 3. Hendrich II Düşme Riski Ölçeğine Göre Hastaların Düşme Riski (n=295)

Hendrich II Düşme Riski	n	%
x ± SD	8.4 ± 2.9 (dağılım, 2-16)	
Düşük risk (< 5)	24	8.1
Yüksek risk (≥ 5)	271	91.9

Hendrich II Düşme Riski Ölçeğinin Duyarlılık ve Özgüllüğü



Grafik 1. ROC Analizine Göre Ölçeğin Duyarlılık ve Özgüllüğü

Tablo 4. ROC Analizinde Düşme Durumunu Öngörmede Hendrich II Riski Ölçeğinin Kestirim Değeri ve Eğri Altındaki Alan (EAA) Değerine Toplam ≥ 5 Puan Kesim Noktasına Göre Duyarlılık ve Özgüllüğü

	Kesim Noktası	Duyarlılık	Özgüllük	Eğri altındaki alan (%95 güven aralığı)	SH	p
Hendrich II	≥ 5	95.2	9.1	0.661 (0.585 - 0.736)	0.038	<0.001

Tablo 5. Toplam ≥ 5 Puan Kesim Noktasına Göre Hastaların Düşme Riskleri ile Düşme Durumları

Ölçek (Kesim noktası)	Risk Sınıfı	Düştü		Düşmedi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Hendrich II (≥ 5)	Yüksek risk	60	95.2	211	90.9	271	91.9
	Düşük risk	3	4.8	21	9.1	24	8.1
	Toplam	63	100	232	78.6	295	100

TARTIŞMA

Bu çalışmada düşen hastaların yaş ortalaması 47'dir (median 48). Çeçen ve Özbayır'ın (2010) yaptığı çalışmada, düşme sıklığının yaşla birlikte arttığı (Çeçen ve Özbayır, 2010), düşen hastaların yaş ortalamasının düşmeyen hastalardan anlamlı olarak yüksek olduğu (Savcı ve diğerleri, 2009), Yılmaz ve Kundakçı'nın (2018) da yaptığı çalışmada gençlere göre 65 yaş ve üzeri yaşlılarda düşmelerin daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Yılmaz ve Kundakçı, 2018). Literatürde yaş artışı ile artan fiziksel yetersizliğin düşme riskini arttıran bir faktör olduğu, hastanelerde düşen hastaların yaş ortalamasının düşmeyen hastalardan anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmektedir (Fischer ve diğerleri, 2005; Hitcho ve diğerleri, 2004; Karataş ve Maral, 2001; Kerzman ve diğerleri, 2004; Kim ve diğerleri, 2007; Krauss ve diğerleri, 2004). Karadakovan ve Yeşilbalkan'ın (2005)'de çalışmasında olduğu gibi 60-65 yaş grubunun yüksek risk, 80 yaş ve üzerinin çok daha yüksek risk oluşturduğu vurgulanmaktadır (Karadakovan ve Yeşilbalkan, 2005). Hastanelerde düşmeler sadece yaşlıları değil, acil servislerdeki genç hastaları da etkileyebilir. Bu çalışmada olduğu gibi, iki yıllık sürede acil serviste gözlem odasında düşen 56 hastada 57 düşme raporlarının incelendiği çalışmada da hastaların yaş ortalamasının 50 olduğu (medyan 48) bildirilmiş olup, bulgumuz bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir (Savcı ve diğerleri, 2009; Terrell ve diğerleri, 2009).

Çalışmamızda düşen kadın hasta oranı erkeklerle göre daha fazla olmakla birlikte bu durumun istatistiksel anlamlı fark göstermemesi ($p=0.054$) katılımcılarının çoğunun kadın cinsiyet olmasının bir sonucu olabilir. Literatürde nedeni tam olarak belirlenememesine karşın, erkeklerin daha fazla düştüğü ve cinsiyetin risk faktörü olduğu belirtilmekte ve bu çalışmada kullanılan Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'nde olduğu gibi düşme riskini değerlendiren bazı model, ölçek ya da skorlama sisteminde erkek cinsiyet risk kriterleri arasında verilmektedir (Hendrich ve diğerleri, 2003). Bununla birlikte acil serviste hasta düşmelerine ilişkin yayınlanan önceki çalışmaların birinde erkeklerin (Terrell ve diğerleri, 2009), diğerinde kadınların daha fazla düştüğü bildirilmektedir (Savcı ve diğerleri, 2009). Benzer şekilde diğer kliniklerdeki düşmelere ilişkin yapılan çalışmalarda da cinsiyete ilişkin tartışılabilir sonuçlar bildirilmektedir (Bıyıklı, 2006; Çeçen ve Özbayır, 2010; Hendrich ve diğerleri, 2003; Karataş ve Maral, 2001; Savcı ve diğerleri, 2009; Terrell ve diğerleri, 2009). Literatür göz önüne alındığında hastanelerde düşme sıklığı açısından cinsiyet faktörünün inceleneceği kapsamlı çalışmaların yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kronik hastalığı olmayanlara (%36.5) göre kronik hastalığı olan (%63.5), sürekli ilaç kullanmayanlara (%34.9) göre sürekli ilaç kullanan hastaların (%65.1) daha fazla oranda düştükleri ve aralarında istatistiksel anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Önceki çalışmalarda sedative-hipnotik, trankilizan ve benzodiazepin gibi santral sinir sistemine etki eden ilaçların (Hendrich ve diğerleri, 2003; Hitcho ve diğerleri, 2005; Krauss ve diğerleri, 2004; Poe ve diğerleri, 2005), diyabetik ilaçların (Krauss ve diğerleri, 2004) düşme riski ile ilişkili olduğu, antiepileptik (Hendrich ve diğerleri, 2003), digoksin, beta-blokerler, antikoagülanlar (Hitcho ve diğerleri, 2004), diüretikler ve antihipertansifler (Poe ve diğerleri, 2005) bilişsel durum ve dengeyi etkileyerek düşmeye neden olabileceği gösterilmiştir (Bıyıklı, 2006). Eğer hastanın psikotropik veya antidiyabetik ilaç kullanımı söz konusu ise, kognitif bozukluğu veya kronik hastalığı varsa, ileri yaşta ise düşme riskinin önemli ölçüde arttığı belirtilmektedir (Degelau ve diğerleri, 2012). Bu çalışmada da literatürle benzer şekilde (Hendrich ve diğerleri, 2003; Krauss ve diğerleri, 2004; Hitcho ve diğerleri, 2004; Poe ve diğerleri, 2005) düşen hastaların %26.8'inin sürekli olarak antidiyabetik, %17.5'inin antihipertansif ilaç kullandıkları ve düşme öncesi %46'sının benzodiazepin, %17.5'inin antiepileptik ilaç aldıkları belirtilmektedir (Degelau ve diğerleri, 2012).

Bu çalışmada yer alan hastaların %39'u son bir yılda düşme öyküsüne sahipti. Aynı zamanda son bir yılda düşen hastaların çoğunluğunun baş dönmesi (%3.2) nedeniyle, evde düştüğü ve bu durumu %25.2 ile hastane ortamının takip ettiği ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada düşen hastaların yarısından fazlasının son 12 ayda bir veya birden fazla düşme öyküsü vardı (%50.8). Düşme öyküsü varlığı geçirilmiş düşme öyküsü ve düşme korkusunun tekrarlayan düşmeler ile ilişkili olduğu ve düşmeleri önemli ölçüde artırdığı belirtilmektedir (Özden ve diğerleri, 2012; Rafiq ve diğerleri, 2014; Savcı ve diğerleri, 2009; Turner ve diğerleri, 2016). Araştırmamızda hastanede izlem sırasında düşen hastaların büyük çoğunluğunun daha önce sosyal yaşam alanlarında düşme deneyimlemiş olması bu bulguları desteklemektedir. Düşme korkusu, hastalarda düşmeye karşı önlemlerin alınmasına yardımcı olabilir ancak, onların daha sağlam ve sağlıklı olmalarını sağlayacak egzersiz veya günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına yol açabilir (Berke ve Aslan, 2010; Özden ve diğerleri, 2012). Yaşa bağlı azalan kas gücüyle beraber, bireyin düşeceğine dair endişe ve korkusuyla attığı kararsız adımlar tekrarlayan düşmelere neden olmaktadır. (Işık ve diğerleri, 2006; Karataş ve Maral, 2001).

Çalışmamızdan çıkan sonuca göre 295 hastanın Hendrich II düşme riski ölçeğine göre düşme riski ortalaması 8.2 ± 2.9 olup, hastaların büyük çoğunluğunun yüksek riskli oldukları saptandı. Çeçen ve Özbayır'ın (2010), (65-85 yaş) üzerinde yapılan 121 kişinin dahil edildiği bir çalışmada, hastaların %38.0'ının Hendrich II düşme riski ölçeği puanlamasına göre yüksek risk taşıdığı gösterilmiştir (Çeçen ve Özbayır, 2010). Başka bir çalışmaya göre, 20-81 yaş grubu 110 hastanın % 55.5'inin yüksek risk taşıdığı tespit edilmiştir (Savcı, 2009). Çalışmalardan elde edilen bu değişik bulguların sebebi, çalışmalara dahil edilen hasta sayısı, hastaların yaş grupları, hastaların bireysel özellikleri, çalışmaların yapıldığı klinikler gibi kriterlerin farklılığı olabilir.

Çalışmamızda izlem sırasında düşerek yaralanan hastaların %22.2'sinin küçük yaralanmalara (çürük, yumuşak doku yaralanmaları, suture gerektirmeyen yaralanmalar) maruz kaldığı, %3.2'sinin ($n=2$) ciddi yaralanmalara (kalça, pelvis, radius kırıkları, suture gerektiren yaralanmalar, intraserebral hematoma) maruz kaldığı saptanmıştır. Başka bir araştırmada, düşen hastaların %87.5'i düşme sonucu yaralanmış olup, hastaların %87.5'inde ağrı, %75'inde kızarıklık, %50'sinde laserasyon, %37.5'inde hematoma ve %12.5'inde minör dış kanama oluşmuştur (Yaşar ve Türk, 2018).

Çalışmamızda ROC analizi değerlendirme sonuçlarına göre ölçeğin hastaların düşme riskini tanılamada kabul edilebilir düzeyde ayırma sahip olduğunun bulunması (Hendrich II 0.661), ölçeğin acil serviste hastaların düşme risklerinin tanımlanmasında kullanılabileceğini göstermektedir. Ancak ölçek için bildirilen kesim noktasında (≥ 5 puan) ölçeğin duyarlılığı (Hendrich II %95.2) yüksek olmakla birlikte yanlış pozitiflik oranının da oldukça yüksek bulunması (Hendrich II %90.9) yani düşük ve yüksek riskli hastaları ayırt etme özelliğinin olmaması, bu kesim noktasında ölçeğin tanısal yeterliliğinin olmadığını göstermektedir. Çünkü bir testin tanısal yeterliliği, testin değişik sağlık durumlarını ayırt etmede, o testin vermiş olduğu bilginin kalitesinin bir ölçüsü, sağlıklı hastalardan ayırt etme özelliğinin bir ölçütü olarak bildirilmektedir (Tomak ve Bek, 2010). Sonuç olarak araştırmanın yapıldığı

kliniklerde düşme riski olan hastayı belirlemede etkin olmadığını göstermektedir. Conley skalası ile Hendrich II düşme risk modelinin duyarlılık ve özgünlüğünü değerlendiren Lovallo, Rolandi, Rosetti ve Lusignani (2010) ise Conley skalasının duyarlılığının (%69.49) Hendrich II (%45.76)' ye göre daha yüksek olduğu bulmuş ve çalışmanın sonunda ise sağlık sektöründe Conley skalasının kullanılmasını önermiştir (Özden ve diğerleri, 2012). Bununla birlikte Ang, Mordiffi, Wong, Devi ve Evans (2007) Morse düşme ölçeğinin (%88) duyarlılığının Hendrich II Düşme Riski ölçeğinden (%70) daha yüksek olduğunu tam tersi Hendrich II düşme risk ölçeğinin özgünlüğünün (%61.5) Morse düşme ölçeğine (%48.3) göre daha yüksek olduğunu bildirmektedirler (Özden ve diğerleri, 2012).

Acil serviste hasta düşmelerine ilişkin yayınlanan çalışmaların birinde, Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'nin düşen hastaların yaklaşık 1/3'ünden biraz fazlasını yüksek riskli olarak tanıladığı ve ölçeğin duyarlılığının (%37.7) düşük olduğu bildirilmiş ve acil serviste düşme riski yüksek hastaların tanılanmasında ölçeğin güvenilir olmadığı sonucuna varılmıştır (Terrell ve diğerleri, 2009). Bu çalışmada önceki çalışmadan farklı olarak ölçeğin duyarlılığının yüksek bulunması, önceki çalışmanın retrospektif kohort çalışması olması, yazarların da bildirdiği gibi hastalarının tıbbi durumlarına ve bazı düşme risk faktörlerine ilişkin kayıtların elde edilememiş olmasının bir sonucu olabilir. Diğer kliniklerde yapılan çalışmalarda Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'nin duyarlılığı %42-75, özgüllüğü %46-74 arasında geniş yelpazelerde bildirilmiş olup, bulgumuz bu çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir (Hendrich ve diğerleri, 2003; Kim ve diğerleri, 2007; Özden ve diğerleri, 2012). Klinik Sistemleri Geliştirme Enstitüsü'nün (Institute for Clinical Systems Improvement) akut bakım alanlarında düşmelerin önlenmesine yönelik 2012 raporunda, günümüzde geliştirilmiş ve geçerliliği gösterilmiş birçok düşme riskini tanılama aracı bulunmakla birlikte bu araçların güvenilirliğine ilişkin fikir birliği olmadığı, duyarlılık ve özgüllük açısından aslında bu araçlardan en iyisinin bile hastaların düşme riskinin ölçeğin tanıladığının çok daha altında ve düşmelerin ise tanılananın çok daha üstünde olduğu bildirilmektedir (Degelau ve diğerleri, 2012). Bu çalışmada da hastaların düşme riskinin ölçeğin tanıladığının çok daha altında, düşmelerin de ölçeğin tanıladığının çok daha üstünde olduğu görülmekte olup, bulgumuz literatürle uyumludur (Aktaş, 2017; Arslan, 2019; Degelau ve diğerleri, 2012; Özden ve diğerleri, 2012). Ölçeğin düşme riski yüksek olarak tanıladığı hastalar içinden düşmeyen, düşük riskte tanıladığı hastaların içlerinde düşenlerin olduğu, yapılan ROC analizinde ölçek puanları ile düşme durumu arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda hastaların düşme riskinin ölçeğin tanıladığının çok daha altında, düşmelerin de ölçeğin tanıladığının çok daha üstünde olduğu görülmekte olduğu sonucuna varıldı. Bu araştırmada örnekleme giren hasta sayısı ile paralel bir şekilde düşme oranı incelendiğinde, literatürle karşılaştırıldığında oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle, düşme risk belirleme araçlarını kullanarak düşme riski olan hastaları belirlenmesi önemlidir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, ölçeğin araştırmanın yapıldığı klinikte daha uzun süreli, geniş hasta grubuna uygulanması ve farklı ölçüm araçları ile de düşme riski olan hastaların belirlenmesi, düşme riskini belirlemede toplumumuza uygun düşme riski değerlendirme araçlarının geliştirilmesi, farklı toplumlarda geliştirilmiş düşme riski değerlendirme araçlarının toplumumuza uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması ve kurumlarda kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Hendrich II Düşme Ölçeği'ni kullanan kurumların, bu ölçeğin düşme riskini yeterli düzeyde tanılayıp tanılamadığını belirleyen çalışmalar yapması, Hendrich II Düşme Ölçeği'nin daha geniş bir hasta örnekleminde geçerlik-güvenirlilik ve duyarlılık-seçicilik çalışmalarının yapılması, Hendrich II Düşme Ölçeği'nin başka düşme risk ölçüm araçları ile duyarlılık-seçicilik düzeylerinin karşılaştırıldığı araştırmaların gerçekleştirilmesi, hasta düşmelerine yönelik yapılan araştırmaların uzun süreli izlem çalışmaları ile değerlendirilmesi ve hastanelerde uygulanabilmesi için rehber çalışmaların planlanması önerilebilir.

Yazar Katkı Payları

Y.A.; fikir, tasarım, veri toplama ve analiz, yazma aşamalarında gerekli uygulamaları yapmıştır, %70 oranında makaleye katkısı mevcuttur.

A.A.; verilerin değerlendirilmesi, süpervizyon ve düzenleme aşamalarında gerekli uygulamaları yapmıştır. %30 oranında makaleye katkısı mevcuttur.

Çıkar Çatışması

Araştırmacılar arasında çıkar çatışması yoktur.

Mali destek

Araştırma ile ilgili bir proje ya da firmadan mali destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Aktaş, G. K. (2017). *Göz ameliyatı olan hastalarda düşme riskinin belirlenmesi ve düşmeyi önlemeye yönelik yapılan girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Anderson, C., Dolansky, M., Damato, E.G., Jones, K. R. (2015). Predictors of serious fall injury in hospitalized patients. *Clinical Nursing Research*, 24(3), 269-283.
- Ang, N. K. E., Mordiffi, S. Z., Wong, H.B., Devi, K. and Evans, D. (2007). Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 427-435.
- Arslan, Ö. (2019). *İnmeli hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi: Üç düşme risk değerlendirme aracının karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
- Atay, S., San A. T., Aycan Ö. (2010). *Hendrich II Düşme Riski Modeli'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Uluslararası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Özet Kitabı, Sivas, s.218.
- Berke, D., Aslan, F. (2010). Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: düşmeler, nedenler ve önlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 72-77.
- Bıyıklı, K. (2006). *Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda düşme ile ilgili faktörler: Demografik özellikler, sağlık sorunları ve kullanılan ilaçlar*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bilge, A. (2010). *Sağlık hizmetlerinde kalite*. T.C. Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğü Kitapçığı.
- Çapacı, K. (2007). İnmede düşme ve kırıklar. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53(1), 7-10.
- Çeçen, D., Özbayır, T. (2010). Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastalarda düşme riskinin belirlenmesi ve düşmeyi önlemeye yönelik girişimlerin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(1), 11-23.
- Demir, N. Y., İntepeler Ş. S. (2012). Morse Düşme Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve duyarlılık-seçicilik düzeyinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 57-71.
- Degela, J., Belz, M., Bungum, L., Flavin, P. L., Harper, C., Leys, K., Lundquist, L., Webb, B. (2012). Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Prevention of falls (acute care). *Health care protocol*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Updated April, 1-43.
- Erdil, F., Bayraktar, N. (2010). Yaşlı bireylerde kas iskelet sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 18(2), 106-113.
- Fischer, I., Krauss, M., Dunagan, W., Birge, S., Hitcho, E. B., Johnson, S., Costantinou, E., Fraser, V. J. (2005). Pattern and predictors of inpatient fall and fall-related injuries in a large academic hospitals. *Journal of Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26(10), 822-827. PMID: 16276957.
- Halfon, P., Egli, Y., Melle, G. V., Vagnair A. (2001). Risk of falls hospitalized patient: A predictive model based on routine available data. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), 1258-1266. PMID: 11750195.
- Hendrich, A., Nyhuis, A., Kippenbrock, T. U., Soja, M. E. (1995). Hospital falls: Development of a predictive model for clinical practice. *Applied Nursing Research*, 8(3), 129-139. PMID: 7668855.
- Hendrich, A., Bender, P. S., Nyhuis, A. (2003). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*, 16(1), 9-21. PMID: 12624858.
- Hitcho, E. B., Krauss, M. J., Birge, S., Claiborne, D. W., Fischer, I., Johnson, S., Nast, P. A., Costantinou, E., Fraser, V. J. (2004). Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen International Med*, 19(2), 732-799. PMID: 15209586.
- Işık, A. T., Cankurtaran, M., Doruk, H., Mas, R. (2006). Geriatrik olgularda düşmelerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(1), 45-50.
- Joint Commission International (JCI). (2017). Fall reduction program-definition of a fall (AHC/OBS). [https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqId=1522&ProgramId=46]. (Erişim Tarihi: 01.12.2020).
- Karadakovan, A., Yeşilbalkan, Ö. U. (2005). Nalidere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(2), 72-77.
- Karaman Özlü, Z., Yayla, A., Özer, N., Gümüş, K., Erdağı, S., Kaya, Z. (2015). Cerrahi hastalarda düşme riski. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(3), 94-99.
- Karataş, G. K., Maral, I. (2001). Ankara-Gölbaşı ilçesinde geriatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 4(4), 152-158.
- Kerzman, H., Chetrit, A., Brin, E. L., Toren, O. (2004). Characteristics of falls in hospitalized patients. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 223-229. PMID: 15196196.
- Kim, E. A., Mordiffi, S. Z., Bee, W. H., Devi, K., Evans, D. (2007). Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *J Adv Nurs*, 60(4), 427-435. PMID: 17919164.
- Krauss, M., Evanoff, B., Hitcho, E. B., Kinyungu, A. (2004). Predictors of falling in elderly hospital patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 3(8), 213-229. doi:10.1016/j.archger.2008.06.004.
- Mülayim, Y., İntepeler Ş. S. (2011). Bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığı ve kök neden analizi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(3), 21-34.

- Myers, H. (2003). Hospital fall risk assessment tools: A critique of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 9(4), 223–235. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00430.x>.
- Nyberg, L., Gustafson, Y. (1995). Patients fall in stroke rehabilitation. *Stroke*, 26(5), 838-842. PMID: 7740577.
- Oksel, E. (2018). Düşmeye hemşire bakışı ve değerlendirilmesi. *Aegean J Med Sci*, 1(4),140-142.
- Oyur, Ç. G., Zıngal, H. (2016). Beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların düşme risklerinin ve alınan önlemlerin belirlenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1),7-11.
- Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Kurukız, S. (2012). Hastaların iki ölçeğe göre düşme riskinin belirlenmesi ve bu ölçeklerin düşmeyi belirlemede duyarlılığı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2),80-88.
- Poe, S. S., Cvach, M. M., Gartrell, D. G., Radzik, B. R., Joy, T. O. (2005). An evidence-based approach to fall risk assessment, prevention, and management: lessons learned. *Journal of Nursing Quality*, 20(2), 107-116. PMID: 15841556.
- Rafiq, M., McGovern, A., Jones, S., Harris, K., Tomson, C., Gallagher, H., Lusignan, S. (2014). Falls in the elderly were predicted opportunistically using a decision tree and systematically using a database-driven screening tool. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(8), 877-886.
- Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Kallin, K., et al. (2003). Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. *Aging Clin Exp Res*, 15(2), 142-147.
- Savcı, C., Kaya, H., Acaroğlu, R., Kaya, N., Bilir, A., Kahraman, H., Gökerler, N. (2009). Noroloji ve Nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 19-25.
- Sarı, Z. (2017). *Bir üniversite hastanesinde yatan geriatrik hastalarda düşme riskinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). K.K.T.C Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
- Sezgin, B. (2007). *Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Soyuer, F., İsmailoğulları, S. (2009). Yaşlılık ve denge. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, 15(1), 1-5.
- Terrell, K. M., Weaver, C. S., Giles, B. K., Ross, M. J. (2009). ED patient fall sand resulting injuries. *Journal of Emergency Nursing*, 35(2), 89-92. PMID: 19285168
- Terzi, A., Oksel, E., Akyol, A., (2018). Yaşlı bireyde düşme sonrası Abdellah'ın modeline göre hemşirelik bakımı: Bir olgu sunumu. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*,13, 104-116.
- Tomak, L., Bek, Y. (2010). İşlem karakteristik eğrisi analizi ve eğri altında kalan alanların karşılaştırılması. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 27(2),58-65.
- Toraman, A., Ardahan, M., Ergül, Ş. (2006). Evde yaşayan yaşlılarda düşme riskinin belirlenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(2), 75-80.
- Turner, J. P., Tervonen, H. E., Shakib, S., Singhal, N., Prowse, R., Bell, J. S. (2017). Factors associated with use of falls risk-increasing drugs among patients of a geriatric oncology outpatient clinic in Australia: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(2),361-368.
- Yaşar, G., Türk, G., (2018). Hasta düşmelerinde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1 (1), 15-20.
- Yılmaz, M., Kundakçı G. A., Sözmen, M. K. (2018). Yaşlılarda düşme ve düşmeye ilişkin özelliklerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3), 73 – 88.

Nurten Gülsüm BAYRAK
Orcid: 0000-0002-7658-9961

Nermin GÜRHAN
Orcid: 0000-0002-3472-7115

Didar KARAKAŞ
Orcid: 0000-0002-4499-521X

¹ Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Çocuk İzlem Merkezi,
Giresun/Türkiye

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği,, Tokat /Türkiye

³ Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği, Ankara/Türkiye

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Nurten Gülsüm BAYRAK
nurtenbayrak28@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Çocuk, çocuk istismarı, ihmal,
hemşirelik.

Keywords:

Child, child abuse, neglect,
nursing.

Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezleri, Adli Görüşme Süreci ve Hemşirelerin Rol - Sorumlulukları

Child Advocacy Centers, Process of Forensic Interviewing,
Nurses’ Roles and Responsibilities in Turkey

*Bu çalışma 15-16-17 Kasım 2019 tarihinde, Fransa/Paris’te düzenlenen International Paris
Conference On Social Sciences-III kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Gönderilme Tarihi: 31.12.2019

Kabul Tarihi: 25.06.2021

ÖZ

Çocuğun gelişimini her yönüyle olumsuz etkileyen çocuk cinsel istismarı tüm dünyada hukuki, ahlaki, psikolojik ve sosyolojik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu soruna ilişkin bilimsel çalışmalar 2000’li yıllardan itibaren artış göstermiş olsa da gerçek verilerin, literatürde belirtilen verilerden çok daha fazla oranda olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde çocuk cinsel istismarını tüm boyutları ile ele alıp, çocuğun bu süreçte örselenmesini en aza indireyecek birimlerin açılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Çocuk İzlem Merkezleri faaliyete geçmeden önce, cinsel istismar mağduru çocuklar yaşadıkları istismarı farklı kişilere anlatmak durumunda kalıp her defasında örselenmekteydi. Çocuk İzlem Merkezlerinin kuruluş amacı ise çocuğa yönelik cinsel istismar şüphesi ya da varlığı söz konusu olduğunda, alanında uzman kişilerce çocuğun ifadesinin alınıp, sürece ilişkin tüm işlemlerinin tek seferde yapılmasıdır. Önce pilot uygulama olarak başlayıp sonrasında ülke geneline yayılan bu merkezlerde uzman psikiyatri hemşiresi, psikolog, sosyal çalışmacı, çocuk gelişim uzmanı gibi meslek elemanları belirli bir sertifika programına tabi tutulmakta, teorik ve uygulamalı sınavlarda başarılı olanlar ise adli görüşmeci olarak merkezlerde görevlendirilmektedir. Bu merkezler multidisipliner bir ekip anlayışı içinde birçok kurum ve kuruluş ile koordineli bir şekilde hizmet vermektedir. Birçok ilde faaliyete geçen Çocuk İzlem Merkezleri ile günümüzde çocuk cinsel istismarına yönelik daha somut veriler elde edilmeye başlanmıştır. Bu merkezlerde çocuk ve aile dinamikleri birlikte değerlendirilmekte olup, çocuğun maruz kaldığı istismarın durumuna göre gerekli tedbir kararları alınmaktadır. Makalenin amacı Türkiye’deki Çocuk İzlem Merkezleri, adli görüşme süreci ve bu merkezlerde adli görüşmeci olarak görev alan hemşirelerin rol ve sorumluluklarına yönelik bilgi vermektir.

ABSTRACT

Child sexual abuse, which negatively affects the development of the child in all aspects, emerges as a legal, moral, psychological and sociological problem all over the world. Although scientific studies on this problem has increased since the 2000s, it is estimated that the actual data are much more than the data stated in the literature. In our country, there was a need to evaluate all the aspects of child sexual abuse and establish new units to minimize the child trauma from the seprocess. Before Child Advocacy Centers’ establishment, children who were victims of sexual abuse had to testify to different people about their abuse and were traumatized each time. The establishment purpose of Child Advocacy Centers is taking the testimony of the child by experts in the field and performing all the procedures related to the process at once when there is a suspicion or presence of sexual abuse against a child. In the secenters, which started as a pilot application at first and then spread through out the country; professional ssuch as specialist psychiatric nurses, psychologists, social workers, child development professionals are subjected to a certain certificate program and those who are successful in theoretical and practical exams are assigned to the centers as forensic interviewers. These centers serve in coordination with many institutions and organizations with a multidisciplinary team understanding. Today, more concrete data on child sexual abuse have started to be obtained with Child Advocacy Centers, which have been operating in many provinces. In these centers, the dynamics of the child and family are evaluated together, and necessary injunctions are taken according to the abuse the child is exposed to. The aim of the article is to provide information about the Child Advocacy Centers, the process of forensic interviewing and the roles and responsibilities of the nurses who work as forensic inter viewers in the secenters in Turkey.

Kaynak Gösterimi: Bayrak, N.G., Gürhan, N. ve Karakaş D.,(2021). Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezleri, Adli Görüşme Süreci ve Hemşirelerin Rol- Sorumlulukları. *EGEHFD*, 37(3), 217-222. Doi:10.53490/eghehemsire.667533

How to cite: Bayrak, N.G., Gürhan, N. and Karakaş D.,(2021). Child Advocacy Centers, Process of Forensic Interviewing, Nurses’ Roles and Responsibilities in Turkey. *JEUNF*, 37(3), 217-222. Doi:10.53490/eghehemsire.667533

GİRİŞ

Cinsel istismarın yasalara göre suç teşkil etmesi nedeniyle, adli soruşturma yapılmaktadır. Bu süreçte ise tekrarlayan ifade verme gerekliliğinin çocuk ve ailelerde olayları tekrar tekrar anlatmaya bağlı olarak ek strese neden olduğu bildirilmiştir. Oysa istendik olan, cinsel istismar gibi büyük bir travmaya maruz kalmış olan çocuğun daha fazla ek travmaya maruz kalmamasıdır (Nathanson ve Heger, 2000; Newton ve Vandeven, 2010; Olafson, 2012). Bu nedenle yineleyen adli görüşmelerin yol açtığı ikincil duygusal örselenmeyi azaltmak amacıyla ilk olarak ABD'nin Alabama eyaletinde Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) (Child Advonccacy Centers- CAC) kurulmuştur (Faller ve Palusci, 2007). ÇİM'ler 34'ten fazla ülkede 1000'den fazla merkezde faaliyet göstermektedir (Ulusal Çocuk Savunuculuk Merkezi, 2020). Türkiye'de ise ilk olarak 2010 yılında Ankara'da pilot uygulama ile kurulan ÇİM'ler, 2012 yılından itibaren birçok ilde faaliyet göstermeye başlamıştır (Bağ ve Alşen, 2016). Bu merkezler adli tıp, çocuk koruma birimleri, sağlık çalışanları gibi profesyonellerin multidisipliner yaklaşım gösterdiği çalışma alanlarıdır. ÇİM'lerde temel amaç ihmal ya da istismar bildirimi ile başlayan yasal süreçte çocukların farklı mercilere tekrar tekrar ifade vermesini ve örselenmesini en aza indirmektir (Newton ve Vandeven, 2010).

Çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar, çocuğu duygusal yönden sarsan, onu derinden yaralayan, yaşantısını köklü olarak değiştiren ve etkileri yaşam boyu devam eden acı bir deneyimdir. Çocuklar aynı anda birden fazla istismar tipine maruz kalabilmekte, cinsel istismara maruz kalan çocuklar aynı zamanda duygusal ve fiziksel istismar da yaşamaktadırlar (Lalor ve McElvaney 2010; Radford vd., 2015; Raws, 2019; Theimer ve Hansen, 2018). Çocukların psikolojik, sosyal ve bilişsel gelişimlerini etkileyen cinsel istismar, her yaşta, her sosyo-ekonomik düzeyde, her bölgede ve her türlü etnik grupta ve kültürde yaşanabilen evrensel bir sorundur (Lalor ve McElvaney, 2010).

Dünyadaki artışa paralel olarak ülkemizde de çocuk istismar ve ihmaliindeki artış dikkat çekmektedir. Bu artışın sebebine ilişkin net verilerimiz bulunmamaktadır. Olguların; Çocuk cinsel istismarına yönelik farkındalığın artması ya da toplumun bilinçlenmesinden mi, yoksa artan ihbarlar ya da istismarcı sayısındaki artıştan mı kaynaklandığına dair henüz sağlıklı verilerimiz bulunmamaktadır. Çocuğa yönelik cinsel istismarın neden ve sonuçlarının ortaya çıkarılmasında ve somut verilerin elde edilmesinde adli görüşme süreci önemli bir basamaktır. ÇİM'lerde diğer sağlık disiplinleri (psikolog, çocuk gelişim uzmanı, sosyal çalışmacı) gibi uzman hemşireler de çocuk ile adli görüşme yapmakta ve bu süreçte birçok hemşirelik rol ve sorumluluklarını da yerine getirmektedir. Bu çalışma Türkiye'deki ÇİM'ler, adli görüşme süreci ve bu merkezlerde multidisipliner ekibin bir üyesi olarak görev yapan hemşirelerin rol ve sorumluluklarına yönelik bilgi vermeyi amaçlamaktadır.

Türkiye'de Çocuk İzlem Merkezlerinin Açılması

Ülkemizde 1980'li yıllarda çocuk ihmal ve istismarına yönelik artan farkındalıkla birlikte Çocuk Koruma Birimleri kurulmaya başlamıştır. İlk çocuk koruma birimi 1998 yılında İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi'nde kurulmuş ve 2000'li yıllardan itibaren ise çoğunluğu üniversite bünyesinde olmak üzere Çocuk Koruma Birimleri sayısı artmaya başlamıştır. İlk olarak 2006 yılında Gazi Üniversitesi bünyesinde, daha sonra İstanbul, İzmir, Adana, Kayseri, Antalya, Samsun, Düzce, Aydın gibi illerde açılan Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezleri; fiziksel, duygusal ve cinsel istismara maruz kalmış çocukların değerlendirilmesi, tedavilerinin ve izlemelerinin yapılması amacıyla kurulmuştur. Ancak bu birimlerde yeterli sayıda ve nitelikte personelin olmayışı, koordinasyondaki birtakım sıkıntılar vb. nedenlerle çocuklar zaman zaman ikincil bir örselenmeye maruz kalmışlardır. Bu nedenle özellikle paydaş kurumlarla iş birliği halinde olma ve çocuğun örselenmesini en aza indirmeye gerekliliği ÇİM'lerin açılmasına ilişkin çalışmaların başlamasına neden olmuştur. Bu gerekliliğin bir sonucu olarak paydaş kurumlar; Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Diyanet İşleri Bakanlığı ile Ankara Üniversitesi işbirliği içinde ÇİM Yönetim ve Koordinasyon Kurulu oluşturulmuştur. Paydaş kurum temsilcileri ile yapılan toplantılar sonucu pilot uygulama olarak ilk ÇİM 2010 yılında Ankara'da açılmıştır. 2012 yılından itibaren Ankara, Kayseri, Gaziantep, Samsun gibi illerde resmi olarak açılmış ve ülke genelinde tüm illerde açılması planlanmıştır. Türkiye'de 2019 yılı itibarıyla 4'ü İstanbul 'da olmak üzere 37 ilde toplam 40 ÇİM bulunmaktadır. ÇİM'ler 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile faaliyet göstermektedir ve henüz bir yönetmeliği yoktur. Bu merkezlerde görevlendirilecek kişilerin psikolog, uzman psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı gibi çocuk ile ilgili alanlarda eğitim almış olması, ayrıca çocukla adli görüşme sertifikasına sahip olması gerekmektedir. ÇİM'ler kurulmadan önce, istismar mağduru ya da şüphesi olan çocuk, konuyu önce kolluğa sonra savcıya, mahkeme heyetine ve adli tıp kurumu görevlilerine anlatmak durumunda kalıp her defasında tekrar tekrar örselenmekteydi. ÇİM'lerin amacı, cinsel istismar şüphesi ya da mağduru olan çocuğun örselenmesini en aza indirgeyip ilgili paydaş kurumlar ile koordineli bir şekilde güvenli ve çocuk dostu bir ortamda, çocuğun ifadesini almaktadır. ÇİM'lerde ayrıca çocuk ve ailesine yönelik gerekli tedbir kararları alınmakta, çocuğun koruma altına alınması gerekli durumlarda kalabileceği uygun bir ortam sağlanıncaya kadar, geçici bir süre barınma, beslenme, giyim, sağlık ve güvenlik gereksinimleri karşılanmaktadır. Bu birimlerde ayrıca aile dinamikleri değerlendirilmekte, ailenin ilk danışmanlık gereksinimleri karşılanmaktadır. (Acehan vd., 2013; Beyazova ve Şahin, 2007; Dağlı vd., 2012). Bu merkezlerde çocuk ile adli görüşme yapacak profesyonellerin birtakım yetkinliklere sahip olması gerekmektedir. Bu amaçla bu merkezlerde çalışacak profesyonellerin, Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen "Çocukla Adli Görüşme Sertifika Eğitimi" programını başarı ile tamamlamaları beklenmektedir.

Adli Görüşme Sertifika Eğitimi

Çocuk ile adli görüşme sertifika eğitimi; teorik eğitim, sınıf içi uygulama ve saha uygulaması olmak üzere üç aşama olup; 40 saat teorik, 216 saat uygulamalı eğitim ve değerlendirmeyi içermektedir. Katılımcıların sertifika alabilmeleri için ilk aşamada teorik eğitimi tamamlamaları ve eğitim sonunda yapılan sınavdan 100 üzerinden en az 70 puan almaları gerekmektedir. İkinci aşamada sınıf içi uygulamalar (örn; rol-play) yapılmakta, üçüncü aşamada ise katılımcıların cinsel istismar mağduru çocuk ile en az sekiz adli görüşme yapıp raporlandırmaları gerekmektedir. Tüm bunları tamamlayan katılımcılar ÇİM sorumlu hekimi ve iki adli görüşmeciden oluşan bir komisyon tarafından değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Saha uygulamasından da 100 üzerinden en az 70 puan alan katılımcıların sertifikaları Sağlık Bakanlığınca onaylandıktan sonra geçerlilik kazanmaktadır. (Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programı, 2017).

Çocuk İzlem Merkezlerinin işleyişi; mağdur çocuğun polis ya da jandarma eşliğinde ÇİM’e getirilmesinin ardından, ön görüşme, aile görüşmesi, adli görüşme, gerektiğinde tıbbi ve adli muayenenin yapılması ve adli görüşme raporunun yazılması şeklinde altı başlık altında açıklanabilir.

Çocuk İzlem Merkezlerinin İşleyişi ve Hemşirelerin Rol- Sorumlulukları

Hemşirelik, son yüzyılda değişen ve artan rolleri, sorumlulukları ile sadece hastanelerde uygulanan bir meslek değildir. Toplumsal sorunlar nedeniyle sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları sürekli değiştiği için hemşireliğin işlev ve rolleri de değişmektedir. Çağdaş hemşireliğin rolleri; bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici ve savunuculuktur. ÇİM’lerin açılması ile birlikte uzman hemşireler bu birimlerde adli görüşmeci olarak çalışmaya başlamışlardır. Bu merkezlerde cinsel istismar mağduru çocuklar ve aileleri ile görüşme yapan uzman hemşireler, mağdur çocuğu ve ailesini holistik bir bakış açısıyla değerlendirmekte, çocuk ve aileye yönelik risk faktörlerini belirlemekte, ailelerin danışmanlık gereksinimlerini belirleyip onlara gerekli bilgilendirmeleri yapmakta, çocuğun üstün yararı için elde ettiği bilgiler doğrultusunda, tedbir kararlarının uygulanması amacıyla, adli ve aile görüşme raporlarında görüş sunmaktadırlar. (Akça Ay, 2015; Aydemir Gedük, 2018; Erdemir, 1998; Potter vd., 2009; Resmi Gazete Çocuk İzlem Merkezi, 2012).

Müracaat ve Çocuğun ÇİM’e Getirilmesi

Çocuğa yönelik cinsel istismar varlığı ya da şüphesi söz konusu olduğunda, adli bildirim yapılır. Olayın ulaştığı Polis merkezi, Çocuk şube veya diğer polis birimlerinde görevli personel, Cumhuriyet Savcılığı’nı bilgilendirerek talimat alır. Çocuğun ÇİM’e nakli için Çocuk Şube Müdürlüğü ya da İlçe Emniyet Müdürlüğü ile irtibata geçilir. Polis birimlerinde mağdur çocuktan olayla ilgili ifade alınmaz ancak başvuru ve ÇİM’e nakil esnasında sivil polis memurunun kendisini tanıtarak süreç hakkında kısaca bilgi vermesi beklenir (Bağ ve Alşen 2016; Çocuk İzlem Merkezi, 2020). Mağdur çocuğun ÇİM’e getirilmesiyle ilk olarak ön görüşme ardından adli görüşme yapılır.

a-Adli Görüşme Öncesi Hazırlık/Ön görüşme

Hemşirelik mesleğinin görev ve işlevlerinin temelini, sağlıklı ve hasta bireye yardım etmek oluşturur. Yardım sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve yeniden kazandırılması için yapılan uygulamaların bütünüdür (Akça Ay, 2015). Çocukla adli görüşmeyi yapacak olan uzman hemşire, bu amaçla iletişim ve rahatlatıcı rolünü kullanarak, adli görüşme öncesi mağdur çocuk ile uygun iletişim tekniklerini kullanarak ön görüşme yapar ve çocuğu adli görüşmeye hazırlar. Bu aşama, çocuk ile tanışma, bilgi verme, güven oluşturma, çocuğu rahatlatma, geliş nedenine yönelik ön bilgi alma ve ön değerlendirmeyi kapsar. Adli görüşmeyi yapacak olan uzman hemşire bu süreçte çocuğun gelişim düzeyinin yaşına uygun olup olmadığını değerlendirerek çocuktan elde edilecek bilgiye dair beklentiyi ve detayları belirler. ÇİM’ i tanıtır, adli görüşmeyi anlatır ve çocuğun ortama alışmasını sağlar (Aydemir Gedük, 2018; Bağ ve Alşen, 2016; Gümüş, 2017; Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programı, 2017; Topdemir, 2016).

b-Adli Görüşme Süreci

Adli görüşme odası, çocuğun dikkatini dağıtmayacak şekilde sade döşenmiş, yeterince havalandırılmış, sessiz, uygun ısı ve aydınlıkta olmalıdır. Çocuk ile yapılan adli görüşmeden elde edilen bilginin nitelik ve niceliğinin sağlanması ve korunması, adli sürecin sağlıklı yönetilmesi açısından önemlidir. Uzman hemşire adli görüşme sürecini yönetirken iletişim ve koordinatörlük rolünün yanı sıra danışmanlık rolünü de aktif olarak kullanır. Bu amaçla mağdur çocuk ile teröpatik iletişim tekniklerini kullanarak, empatik yaklaşım ile mağdur çocuğu anlamaya çalışır ve yaşadığı istismarı ifade edebilmesine yardımcı olur. Bu amaçla adli görüşmenin başlangıcında çocuğun kendisini rahat ve hazır hissetmesini sağlar. Sözel ve sözel olmayan yollarla yakın ve sıcak bir ilgi sunar ve çocuğu rahatsız etmeyecek düzeyde göz teması kurar (Tablo 1). Adli görüşme yapan uzman hemşire, öncelikle kendisini tanıtır, ardından adli görüşme odasının özelliklerini, görüşmeyi izleyen kişiler olduğu ve görüşmenin kayıt altına alınacağını yaş düzeyine uygun biçimde belirtir. Çocuğa haklarını anlatır (görüşme esnasında bilmediğin bir şey olursa bilmiyorum, hatırlamadığın bir şey olursa hatırlamıyorum, anlamadığın bir şey olursa anlamadım diyebilirsiniz gibi). Görüşmeyi izleyen kişilerin sorularının, adli görüşmeciye kulaklık aracılığı ile sorulacağını belirtir. Yavaş ve kısa cümleler kurarak çocuğun anlaması için zaman tanır (Tablo 1). Adli görüşmenin başlangıcında çocuğun gerçek yalan ayırımını yapıp yapamadığını değerlendirir. “Adli görüşme odasının çok önemli

bir kuralı var biz burada sadece gerçekleri konuşuyoruz” der ve ardından “Gerçek nedir?” şeklinde soru yöneltir. Çocuğun verdiği cevap üzerinden gerçek yalan ayrımını yapıp yapamadığını değerlendirir. Çocuğun demografik bilgilerini alır (doğum tarihi, hangi okula gittiği, nerede ve kimlerle yaşadığı, adresi), ardından çocuğa “Şimdi burada bulunma sebebine yönelik konuşalım neler oldu anlatır mısın?” diyerek yaşamış olduğu olayı anlatmasını ister. Adli görüşme süresince çocuğun sözünü kesmeden yaşamış olduğu olayı düz bir şekilde anlatması beklenir. Görüşme boyunca ara ara anlattıklarından dolayı teşekkür edilir. Yargılayıcı, yanlı, yüklü sorular yöneltilmeden, açık uçlu sorular ile olayın detaylandırılması sağlanır (Tablo 1). Çocuk ilgisiz şeyler anlatıyorsa konuşmasının bitmesi beklenir ve daha sonra ilgili soru yeniden yöneltir. Yaşadığı istismarı ifade etmekte zorlanan, utanan ya da olayın detayını anlatamayan çocuklarda anatomik resimler kullanılır. Yaşı küçük olan çocuklarda çocuğun kendisi, ailesi, yakın çevresi hakkında bilgi edinmek, iyi kötü dokunmayı ayırt edip edemediğini belirlemek amacıyla Johnson resimleri kullanılır. Johnson resimleri; projektif yardımcı materyallerdir. Bu amaçla çocuk ve hekim muayene resmi, kemerli adam ve çocuk resmi, yataktaki çocuk resmi gibi resimler üzerinden çocuğa sorular yöneltilerek değerlendirilir. Görüşmenin sonunda çocuğa verdiği bilgiler için teşekkür edilir. Uzman hemşire bu aşamada eğitici rolünü kullanarak doğru davranışı kazandırma ve çocuğun kendisini koruyabilmesini sağlamak amacıyla “Vücudumuz bize özel, birisi senin iznin olmadan vücuduna dokunduğunda “hayır yapma” diyebilirsin, devam ederse bağırıp, yardım isteyebilirsin ve bu olayı hemen güvendiğin birine anlatmalısın” şeklinde kısa bir eğitim verir. Uzman hemşirenin adli görüşme sonrası savunuculuk rolü kapsamında, mağdur çocuk ve ailesini içinde bulunduğu durumla ilgili hakları konusunda bilgilendirmek, aldığı kararları desteklemek, çocuk ve ailenin çıkarlarını korumak gibi sorumlulukları vardır. Adli görüşme sonrası (istismar aile içi değilse) çocuk ailesi ile bir araya getirilmeden önce aile sakinleştirilmeli ve çocuğa yönelik tepkileri değerlendirilmelidir (Acehan vd., 2013; Akça Ay, 2015; Aktepe, 2009; Ardahan, 2003; Aydemir Gedük, 2018; Baugerud ve Johnson, 2017; Çağlar ve Kocabaşoğlu, 2018; Çağlar ve Türk, 2019; Çocukla Adli Görüşme İçin Rehber, 2014; Gürhan, 2015; Rohrabough ve ark 2016; Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeciler Sertifikalı Eğitim Programı, 2017

Tablo 1. Adli Görüşmede Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Yapılması Gerekenler	Yapılmaması Gerekenler
Çocuğun yaşına, gelişim düzeyine uygun bir dil kullanılmalı	Çocuğa yanlı, yüklü, yönlendirici ve gereksiz sorular yöneltilmemeli
Göz teması kurulmalı, odak noktada kalınmalı	Yargılayıcı, suçlayıcı, otoriter bir tutum sergilenmemeli
Adli görüşme öncesi çocuğun yemek, su, tuvalet ihtiyacı varsa giderilmesinde yardımcı olmalı	Çocuğa kendisini suçlu hissettirecek; Neden oldu? Niçin öyle yapmadın? Neden kaçmadın? gibi sorular yöneltilmemeli
Adli görüşmeciler ipuçlarına dikkat etmeli	Sosyal baskı uygulanmamalı, ikna etmeye çalışılmamalı, istismarcı olumsuz sıfatlarla betimlenmemeli
Görüşme esnasında oluşabilecek sessizliği tolere edebilmeli	Çocuğun davranışlarına yorum yapılmamalı, varsayımlarda bulunulmamalı
Çocuğun duygularına uygun şekilde karşılık verebilmeli	Adli görüşmeciler kendi görüşlerini ifade etmemeli, karşılanamayacak beklentiler oluşturulmamalı, vaatler verilmemelidir.

(Gürhan, 2015; Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeciler Sertifikalı Eğitim Programı, 2017)

c-Aile Görüşmesi

Adli görüşme sonrasında yapılacak değerlendirmenin ve alınacak kararların sağlıklı ve objektif olabilmesi için aile görüşmesi yapılmalıdır. Uzman hemşireler ÇİM’lerde aile görüşmecisi olarak da görev alırlar. Araştırmacı ve danışmanlık rolleri kapsamında aile dinamiklerini değerlendirir, aileden kapsamlı bilgi alır ve ailenin danışmanlık ihtiyaçlarını belirlerler. Aile görüşmesinde, mağdur çocuğun ve ailesinin sosyo demografik bilgileri (çocuğun adı, adresi, okulu, telefonu, ailede bulunan kişilerin eğitim düzeyleri, meslekleri) değerlendirilir. Ebeveynler arasında akraba evliliği olup olmadığı, evlilik şekli, sabıka kaydı, alkol madde kullanımı sorgulanır. Aile bireylerinin olaydan nasıl etkilendikleri, çocuğa karşı tutumları, çocuk ve aileye yönelik risk faktörlerinin yanında çocuk ve aile yaşantıları hakkında bilgi alınır. Oturulan evin fiziksel özellikleri, oda sayısı, çocuğun kendisine ait odasının olup olmadığı, ısınma şekli, ailenin gelir düzeyi, sosyal güvencesinin olup olmadığı, sosyal yardım alıp almadıkları, ailedeki risk faktörleri (işsizlik, erken yaşta evlilik, uygun olmayan yaşam koşulları, şiddet vb.) ve çocuğa ilişkin risk faktörleri (intihar girişimi, evden kaçma, alkol, madde, sigara kullanımı, kötü arkadaş çevresi vb.) sorgulanır. Çocuğun beslenmesi, genel sağlık durumu, uykusu, boş zaman aktiviteleri vb. değerlendirilir. Çocuk ve ailesine yönelik kapsamlı bir değerlendirme yapılarak bu doğrultuda ailenin danışmanlık gereksinimleri belirlenir ve aileye danışmanlık eğitimleri verilir, gerektiğinde uygun kurum ve kuruluşlara yönlendirilir (Acehan vd., 2013; Aydemir Gedük, 2018; Polat, 2006; Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeciler Sertifikalı Eğitim Programı, 2017; Topdemir, 2016).

d-Çocuğa Adli ve Tıbbi Muayenenin Yapılması

Adli görüşmenin ardından gerekli olduğu durumlarda, savcının talimatı doğrultusunda mağdur çocuktan iç ve dış beden muayenesi, ruh sağlığının yerinde olup olmadığına dair rapor istenir. Mağdur çocuğa iç ve dış beden muayenesi yapılması gerektiğinde adli ve aile görüşmecisi olarak görev yapan uzman hemşirelerin dışında, görevlendirilen başka bir hemşire muayene esnasında çocuğun yanında bulunur. Hemşire bu esnada iletişim rolünü kullanarak çocuğu rahatlatır ve muayeneye hazırlar. Delil olabilecek tahlil, sürüntü, sperm örneği, tükürük, saç tırnak içi kazıntısı vb örneklerinin yanı sıra uyuşturucu madde kullanımının olup olmadığını değerlendirmek için kan, idrar örnekleri alınarak Adli Tıp Kurumuna gönderilir. Muayene ve tahlil sonuçları Adli Tıp Uzmanı tarafından raporlandırılarak Cumhuriyet Savcılığı’na iletilir, Adli Tıp Uzmanı’nın olmadığı durumlarda muayene, ilgili hekimlere konsültasyon ile gerçekleştirilir. Yineleyen muayeneleri önlemek amacıyla iç ve dış beden muayenesi kolposkop ile kayıt altına alınır. Nüfusa kayıtlı yaşının büyük olduğu iddia edilen mağdurlardan kemik yaşı tespiti istenir. Gereken durumlarda mağdur çocuğun mental durum değerlendirmesi, beyanının güvenilirliği ya da fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı, davranışlarını yönlendirme kapasitesinin gelişip gelişmediği değerlendirilir ve raporlandırılır (Taylan vd., 2012; Topdemir, 2016)

e-Adli Görüşme Raporunun Yazılması

Adli görüşme raporu, çocuktan alınan tüm bilgilerin anlatılan sıraya göre aktarılmasını, mağdurun genel görünümü ve duygulanımına ilişkin gözlemleri, travmanın mağdurun ruh sağlığı üzerindeki etkilerini, aile dinamiklerinin değerlendirilmesini ayrıca görüş ve tedbir önerilerinin sunulmasını kapsar. Adli görüşmeyi yapan uzman hemşire bu süreçte özerklik ve sorumluluk sahibi olma rolünü kullanarak elde ettiği bilgiler ve gözlemleri doğrultusunda mağdur çocuk ve ailesi ile ilgili görüş ve kanaatlerini bildiren adli görüşme raporunu yazar. Adli görüşme raporunda öncelikle mağdur çocuğun demografik bilgileri, ardından ailenin sosyoekonomik durumu, fiziksel koşulları, yeterlilikleri gibi aile dinamikleri değerlendirilir. Çocuğun akademik başarısı, ailenin çocuk hakkındaki görüşlerinin belirtilmesinin ardından ailede kronik hastalık, sabıka kaydı, madde kullanım öyküsü gibi olası risk faktörleri varsa belirtilir. Son olarak çocuğun olaya ilişkin maruz kaldığı eylem ve şüpheliye ilişkin bilgiler yine çocuğun verdiği ifade doğrultusunda belirtilir ve genel bir değerlendirme yapılarak çocuk ve ailesi için gerekli olduğu düşünülen tedbir kararları, danışmanlık önerileri ile ilgili görüş belirtilir (Aydemir Gedük, 2018; Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programı, 2017; Taylan vd., 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuğun gelişimini her yönüyle olumsuz etkileyen çocuk cinsel istismarı tüm dünyada hukuki, ahlaki, psikolojik ve sosyolojik bir sorundur. ÇİM’ler multidisipliner bir ekip ile hizmet vermekte olup bu ekibin bir parçası olan uzman hemşireler de cinsel istismar mağduru çocuklar ile adli ve aile görüşmeleri yapmaktadır. Uzman hemşireler ÇİM’lerde eğitici, karar verici, savunucu, danışmanlık gibi birçok rollerini yerine getirerek mağdur çocuğu ve ailesini değerlendirir, çocuk ve ailelerin danışmanlık gereksinimlerini belirler, adli ve aile görüşme raporlarını düzenlerler.

Çocuk cinsel istismarını önlemek ya da var olan istismarı ortaya çıkarmak amacıyla, ülke çapında öğrencilere okul temelli eğitimlerin yanında, ailelere de farkındalık eğitimlerinin verilmesi ve ÇİM’lerin her ilde açılarak yaygınlaştırılması önemlidir. Bunun yanında, mağdur çocuk ve ailesine her aşamada hukuki ve psikolojik destek sağlanmalı ve danışmanlık yapılmalıdır. Çocuk istismarına yönelik çalışmaların artırılması ve daha somut verilerin elde edilmesinin sağlanması, böylelikle mağdur çocuklar için koruyucu, önleyici ve sürdürücü tedbirlerin alınması, çocuğun ve ailesinin güçlendirilmesi ve farkındalığının artırılmasına yönelik çalışmalara ağırlık verilmesinin, çocukları cinsel istismardan korumaya yönelik adımlar olabileceği düşünülmektedir. Bunlardan dolayı sahada çalışan hemşire ve diğer sağlık personellerine hizmet içi eğitimler verilerek farkındalıkları artırılmalı, özellikle lisans ve lisansüstü eğitimlerin müfredatlarında da bu hassas konuya duyarlılık sağlanmalı ve meslek adaylarında bilgi ve beceri geliştirmeye yönelik içeriklerin yer alması teşvik edilmelidir

Yazar Katkıları

Fikir: N.G.B., N.G., D.K.; Tasarım: N.G.B., N.G., D.K.; Veri toplama ve /veya İşleme: N.G.B., N.G., D.K.; Analiz ve /veya Yorum: N.G.B., N.G., D.K.; Yazıyı Yazma: N.G.B., N.G., D.K.; Eleştirel İnceleme veya Revizyon: N.G.B., N.G., D.K.

Çıkar Çatışması

Yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Mali destek

Araştırma ile ilgili bir proje ya da firmadan mali destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Acehan, S., Bilen, A. C., Ay, O. M., Gülen, M., Avcı, A., İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591-614. Erişim adresi: dergipark.org.tr/en/pub/aktd/issue/2206/29347
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 95-119. Erişim adresi: psikguncel.org/archives/vol1/no2/cap_1_9.pdf
- Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 7(2), 23-27.
- Ay Akça, F. (Ed.). (2015). *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler*. (7. Baskı) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s:19-21.
- Aydemir Gedük, E. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *HSP*, 5(2), 253-258.doi: 10.17681/hsp.358458
- Bağ, Ö., Alşen, S. (2016) Çocuğun cinsel istismarının değerlendirilmesinde yeni model: Çocuk izlem merkezleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 6(1),9-14.doi: 10.5222/buchd.2016.009
- Baugerud, G. A., Johnson, M. S. (2017). The NICHD protocol: Guide to follow recommended investigative interview practices at the barnahus? Collaborating against child abuse in: Johansson S., Stefansen, K., Bakketeig, E., Kaldal, A. (eds.). *Collaborating Against Child Abuse* (pp.121-143). Switzerland. Palgrave Macmillan, Champp.
- Beyazova, U., Şahin, F. (2007). Çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşımda hastane ve çocuk koruma birimleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 42, Özel sayı, 16-18.
- Çağlar, A. E., Türk, T. (2019) İstismara maruz kalan çocuklarda adli görüşme NICHD protokolü önerisi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 38, 393-412. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/690606>
- Çağlar, E. E., Kocabaşoğlu, N. (2018). Bellek boşluklarını doldurmaya zorlamanın çocuk görgü tanığı belleği üzerindeki olumsuz etkileri. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 9(34), 451-473. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/980863>
- Çocukla Adli Görüşme İçin Rehber (2014). Erişim adresi: unicef.org/turkey/raporlar/çocuklarla-adli-görüşme-için-rehber-2014
- Çocuk İzlem Merkezi (2020). Erişim adresi: karabukeah.saglik.gov.tr/TR,180603/--cocuk-izlem-merkezi-html
- Dağlı, T., Şahin, F., Ulukol, B. (2012). VII. Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu ulusal çocuk ve ergen ruh sağlığı çalıştay raporu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 19(1), 47-50. Erişim adresi: <http://psikiyatridizini.net/articles.aspx?journalid=17&year=2014&volume=21&number=1>
- Erdemir, F. (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1): 59-62. Erişim adresi: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/dergi.php?name1=hemsireliky o&vil=1998&cilt=2&sayi=1>
- Faller, K. C., Palusci, V. J. (2007). Children's advocacy centers: Do they lead to positive case outcomes? *Child Abuse&Neglect*, 31, 1021-1029.
- Gümüş, A. E. (2017). Çocuk cinsel istismarı şüphesinin bildirimi öncesinde çocukla yapılacak ilk görüşme. *Klinik Psikiyatri*, 20, 45-58 doi: 10.5505/kpd.2017.32032
- Gürhan, N. (Ed.). (2015). Her yönüyle çocuk ihmal ve istismarı. (1.Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Lalor, K., McElvaney, R. (2010). Overview of the nature and extent of child sexual abuse in Europe. In Council of Europe, *Protecting children from sexual violence – a comprehensive approach*. Strasbourg: Coincil of Europe. Europe Publishing.nationalcac.org/history/ Erişim tarihi: 23.12.2020.
- Nathanson M., Heger, A. H. (2000). The pathology of trauma: The phsysically and emotionally abuse dchild, sexual violence (pp.155-190). Ed. Mason JK, Purdue BN. 3rd Ed. Arnold Pub London.
- Newton A. W., Vandeven A. M. (2010). Child abuse and neglect: a worldwide concern. *Curr Opin Pediatr*, 2, 226-233.
- Olafson, E. (2012) A call for field relevant research about child forensic interviewing for child protection. *J Child Sex Abuse*. 21(1), 109-129.
- Polat, O. (2006). Ensest, aile içi cinsel tecavüz. (ss.198-210). İstanbul: Nokta Kitap.
- Potter, P. A., Perry, A. G. E., Hall, A. E., & Stockert, P. A. (2009). *Fundamentals of nursing*. Elsevier mosby.
- Radford, L., Allnock D., Hynes, P. (2015). Preventing and responding to child sexual abuse and exploitation evidence review. <https://www.unicef.org/media/84081/file/Preventing-Responding-to-Child-Sexual-Abuse-Exploitation-Evidence-Review.pdf>
- Raws, P. (2019). Adolescent neglect: Messages from research for policy and practice. *Child Abuse Review*, 28, 240-247.
- Resmi Gazete Çocuk İzlem Merkezi (2012). Erişim adresi: resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/10/20121004-5.htm
- Rohrbaugh, M., London, K., Hall, A. K. (2016). Planning the forensic interview. In W.T. O'Donohue , M., Fanetti (eds.). *Forensic interviews regards child sexual abuse: A guide to evidence based practice* (pp:197-218). Switzerland: Springer International Publishing.
- Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmecisi Sertifikalı Eğitim Programı (2017). Erişim adresi: shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/8608/0/çocukla-adli-gorusmeci-standartlaripdf.pdf
- Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 66-74. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/338165842_Hemsirelik_Roller_i_ve_Ozerklik
- Theimer, K., Hansen , D. J. (2018). Child sexual abuse: Stigmatization of victims and suggestions for clinicians. *The Behavior Therapist*, 41, 213-219.
- Topdemir, C. (2016). İstismar mağduru çocuğun korunmasında bir uygulama: Çocuk izlem merkezi. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 4(43): 0-0. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/749788>
- Ulusal Çocuk Savunuculuk Merkezi (2020). Erişim adresi: nationalcac.org/history/

Pınar YEL¹

Orcid: 0000-0003-2319-025X

Ayfer KARADAKOVAN²

Orcid: 0000-0002-7225-6860

Epilepsi Hastalarında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler

Compliance with Treatment in Epilepsy Patients and Affecting Factors

Gönderilme Tarihi: 01.06.2020

Kabul Tarihi: 10.03.2021

¹ İstanbul Şişli Meslek Yüksekokulu, Anestezi Programı, İstanbul

² Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Pınar YEL

pinar.yel@sisli.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Tedaviye uyum; epilepsi; hemşire; etkileyen faktörler.

Keywords:

Compliance with treatment; epilepsy; nurse; influencing factors.

ÖZ

Epilepsi; kortikal nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarj sonucu ortaya çıkan, ani gelişen, tekrarlayıcı ve tanımlanabilen bir olayla tetiklenmemiş epilepsi nöbetleri ile karakterize kronik nörolojik bir hastalıktır. Dünyada ve ülkemizde ırk, cins, kültür, ekonomik düzey ayrımı olmaksızın yaklaşık 50 milyon insanı etkilemektedir. Erişkinlerde beyin damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Epilepside nöbetleri önlemek ve bireyin yaşam kalitesini arttırmak için antiepileptik ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Kullanılan ilaç tedavisi nöbetlerin türüne ve sıklığına göre monoterapi ya da politerapi olarak değişiklik göstermektedir. Epilepsi hastalarında, nöbetlerin kontrol altına alınmasında tedaviye uyum oldukça önemlidir. Tedavi uyumu, bireyin ilaçları uygun dozda ve zamanında kullanması, sağlık bakım çalışanlarının önerilerine ve diyetine uyması ve yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme davranışı olarak tanımlanmaktadır. Epilepsi tedavisine uyumu birçok faktör etkilemektedir. Bunlar; hasta ile ilgili faktörler (demografik, sosyokültürel, davranışsal), hastalıkla ve tedaviyle ilişkili faktörler, sağlık ekibi ve sağlık sistemi ile ilgili faktörler olarak sınıflandırılabilir. Yeterli uyum sağlayamayan bireylerde nöbet geçirme olasılıkları, sağlık hizmet kullanım sıklığı ve sağlık bakım maliyetleri artmaktadır. Tedavi uyumunu arttırmak için; birey fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik yönden çok boyutlu değerlendirilmeli, aile ve sosyal destek sistemleri için eğitim stratejileri belirlenmeli, sağlık çalışanları ile işbirliği içerisinde programlar düzenlenmelidir. Bu makalede epilepsi hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler ve uyum oranlarını arttırmak için uygulanabilecek stratejilerde hemşirenin sorumlulukları ele alınmıştır.

ABSTRACT

Epilepsy; chronic neurological disease characterized by abnormal and excessive electrical discharge in cortical neurons, characterized by a sudden developing, recurrent and unidentifiable epileptic seizures. It affects approximately 50 million people in the world and in our country regardless of race, breed, culture and economic level. It takes the second place after brain vascular diseases in adults. In epilepsy, antiepileptic drug therapy is applied to prevent seizures and improve the quality of life of the individual. The medication used varies as monotherapy or polytherapy depending on the type and frequency of seizures. Compliance with treatment is very important in controlling seizures in epilepsy patients. Treatment compliance is defined as the behavior of the individual to use the drugs at the appropriate dose and on time, to follow the recommendations and diet of the health care workers, and to maintain lifestyle changes more positively. Compliance with epilepsy treatment affects many factors. These; patient-related factors (demographic, sociocultural, behavioral), disease- and treatment-related factors can be classified as healthcare team and healthcare-related factors. The probability of seizures, frequency of healthcare use and healthcare costs increase in individuals who do not adapt adequately. In order to increase treatment compliance; the individual should be evaluated in terms of physiological, sociological and psychological aspects, education strategies should be determined for family and social support systems, and programs should be organized in cooperation with healthcare professionals. In this study, factors affecting the compliance of epilepsy patients to treatment and strategies that can be applied to increase compliance rates are discussed within the scope of nurse's responsibilities.

GİRİŞ

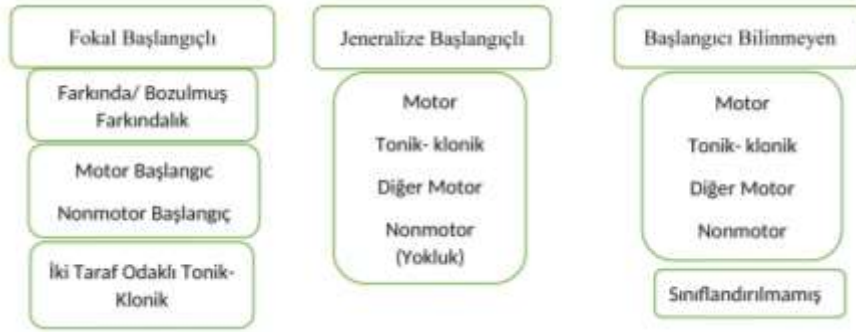
Epilepsi, uzun süreli tedavi ve takip gerektiren en yaygın kronik nörolojik hastalıklardan biridir. Nörolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçlarından dolayı beyinde kronik olarak nöbet geçirme olarak tanımlanan epilepsi dünyadaki hastalık yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Engel, 2013). Epilepsi insidansı toplumdan topluma değişiklik göstermekle birlikte, dünyada her yaştan yaklaşık 50 milyon kişiyi etkilemektedir. Epilepsili bireylerin yaklaşık % 80'i düşük ve orta gelir düzeyinde olan ülkelerde yaşamaktadır.

Kaynak Gösterimi: Yel, P. ve Karadakovan, A.,(2021). Epilepsi Hastalarında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler. *EGEHFD*, 37(3), 223-228. Doi:10.53490/eghehemsire.746425

How to cite: Yel, P. and Karadakovan, A.,(2021). Compliance with Treatment in Epilepsy Patients and Affecting Factors. *JEUNF*, 37(3), 223-228. Doi:10.53490/eghehemsire.746425

Yüksek gelirli ülkelerde her yıl epilepsi prevalansının 100.000 kişide 49 olduğu, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise bu rakamın 100.000 kişide 139'a kadar çıkabileceği öngörülmektedir (World Health Organization, 2019). Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda epilepsi prevalansının 1000 kişide 5.7-12.2 arasında olduğu bildirilmiştir (Balal, Demir, Aslan, Bozdemir 2017; Velioglu, Bakirdemir, Can, Topbas 2010).

Epilepsi türleri; nöbetlerin ortaya çıkış yaşı, nedenleri, köken aldığı alan, EEG'deki anormallikler ve nöbetin klinik tipine göre sınıflandırılmaktadır (Karadakovan, 2019). Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği'nin (International League Against Epilepsy-ILAE) 2017 yılında nöbet tiplerinin basit şekilde sınıflandırması Şekil 1'deki gibidir.



Şekil 1. ILAE 2017 Nöbetlerin basit şekilde sınıflandırılması (Fisher ve diğerleri, 2017)

Epilepsi hastalarının tedavi hedefleri arasında; nöbetleri önlemek, ilaç yan etkilerini ve ilaç etkileşimlerini önlemek ya da azaltmak, maliyet etkin bakım, hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek ve memnuniyetini sağlamak yer almaktadır (Burkhart ve Sabate, 2003; Krumholz ve Wiebe 2015). Antiepileptik ilaç (AEİ) tedavisinin amacı, epileptik nöbet oluşumunu engellemektir. Antiepileptik ilaç seçiminde en önemli ve öncelikli durum; ilacın klinik etkinliğidir. İlacın tolere edilebilirliği, ilaç kullanım kolaylığı ve diğer ilaçlar ile etkileşimleri de dikkate alınması gereken durumlardır (Kayani ve Goud, 2017).

Antiepileptik ilaçların başlanması, devam edilmesine ve bırakılmasına bireysel özelliklerin (nöbet türü, sayısı, patolojinin yeri vb.) çok yönlü olarak değerlendirilmesiyle karar verilmektedir. Tedavide ilk seçenek monoterapidir. Hasta monoterapi ile nöbet geçirmeye devam ediyorsa politerapiye geçilir (Gül ve Çokar, 2015). İlaç tedavisinde epilepsi türüne göre dar spektrumlu (Karbamazepin, Okskarbazepin gibi) ya da geniş spektrumlu (Levetirasetam) ilaçlar tercih edilmektedir (Vossler, Weingarten, Gidal, 2018).

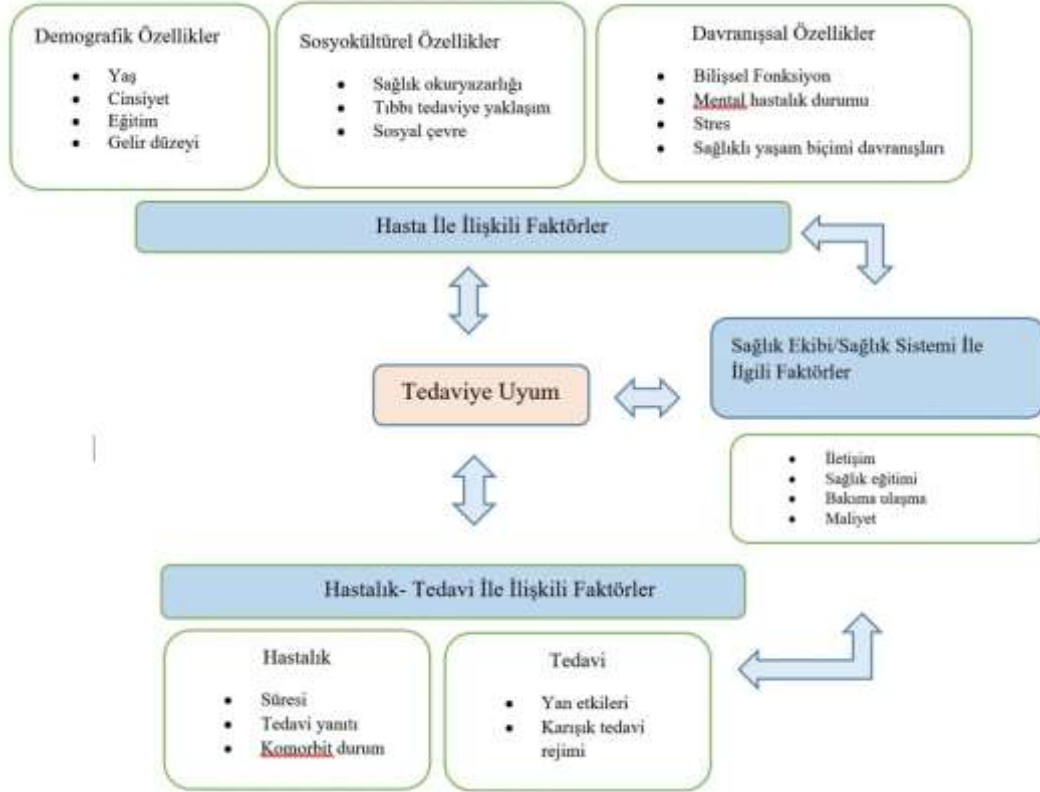
İlaç tedavisi yıllarca hatta ömür boyu devam edebilmektedir. Uzun dönemli tedavilerde ilacın yan etkilerinden kaçınmak, hastanın psikososyal ve iş uyumunu korumak ya da yeni duruma uyumunu sağlamak önemlidir (Acaroğlu ve Yılmaz, 2016). Bir ilaç rejimine uyum genellikle hastaların kendisine reçete edilen ilaçları ne ölçüde aldıkları olarak tanımlanır (Osterberg ve Blaschke, 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tedaviye uyum; “bireyin ilaçları uygun dozda ve zamanda kullanma, sağlık bakım çalışanlarının önerilerine ve diyetine uyma, yaşam biçimi değişikliklerini daha olumlu sürdürme davranışı” olarak tanımlanmaktadır. Tedaviye iyi uyum ve uygun sağlık eğitimi epilepsinin başarılı yönetimi için temel oluşturmaktadır (Burkhart ve Sabate, 2003). Epilepsi tedavisinde ilaç uyumsuzluğunun en önemli nedeni epilepsinin ağrı gibi sürekli algılanan bir semptom yerine daha seyrek semptom göstermesidir. Bu nedenle hastalar epilepsiyi kronik bir hastalık olarak görmezler. Hastalar tarafından kasıtlı veya kasıtlı olmadan ilaçların düzensiz kullanılması ile hastalıkta alevlenmeler, atak sıklıkları görülebilir. Tedavi uyumsuzluğu yaşayan hastaların nöbet riski % 21'den daha fazladır (Al-aqeel ve Al-sabhan, 2011; Faught, 2012). Tedaviye yeterli uyum sağlayamayan hastalarda nöbet geçirme olasılığı, sağlık hizmetlerini kullanım sıklığı ve sağlık bakım maliyetleri artmaktadır (Gurumurthy, Chanda, Sarma, 2017; Luga ve McGuire, 2014).

Bu makalede, epilepsi hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler ve uyum oranlarını arttırmak için uygulanabilecek stratejilerde hemşirenin sorumlulukları ele alınmıştır.

Epilepsi Tedavisine Uyumu Etkileyen Faktörler

Kronik hastalığı olan bireylerde, ilaç tedavisine uyumsuzluk oranındaki artışın ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile ters orantılı olduğu bilinmektedir. Ayrıca yaş arttıkça tedaviye uyumsuzluk düzeyinin de arttığı belirtilmektedir (Yılmaz ve Yavuz, 2018). Kronik hastalığı olan hastalarda ilaç uyumunun incelendiği bir çalışmada; ilaç uyumunun en çok hipertansiyon (%80) hastaları arasında olduğu ve bunu hipotiroidizm (% 68.4), tip 2 diyabet (%65.4), epilepsi (%60.8), hiperkolesterolemi (%54.6), osteoporoz (%51.2) ve guttun (%36.8) izlediği bildirilmektedir (Briesacher, Andrade, Fouayzi, Chan, 2008). Ülkemizde yapılan tedavi uyumu çalışması 2018 verilerine göre,

kronik hastalığı olan her beş kişiden biri tedavi uyumsuzluğu yaşamaktadır (IPSOS Healthcare, 2018). Yapılan çalışmalarda; epilepsi hastalarının % 48-64'ünün tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri belirtilmiştir (Liu, Liu, Ding, Yang 2013; Sweileh ve diğerleri, 2011). Epilepsi tedavisine uyumu; hasta ile ilgili faktörler (demografik, sosyokültürel, davranışsal), hastalıkla ve tedaviyle ilişkili faktörler ve sağlık ekibi- sağlık sistemi ile ilgili faktörler etkilemektedir (Şekil 2) (Ferrari, Sousa, Castro, 2013).



Şekil 2. Epilepsi tedavisinde uyumu etkileyen faktörler (Luga ve McGuire, 2014) kaynak doğrultusunda yazar tarafından şematize edilmiştir.

Hasta ile ilişkili faktörler; Epilepsi hastalarının cinsiyetler arasındaki görülme oranı hemen hemen aynı olmasına rağmen, erkek cinsiyette ve 55 yaşın üzerindeki yetişkinlerde tedaviye uyumsuzluğun daha fazla olduğu belirtilmektedir (Bano ve Numan, 2016; Juwita, Hazlina, Ismail Hanim, 2011; Liu ve diğerleri, 2013; Sweileh ve diğerleri, 2011). Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı, hastalığa ilişkin geliştirdikleri olumlu yaşam biçimi davranışları ve tedaviye uyumları artmaktadır (Jones, Butler, Thomas, Peveler, Prevettbet, 2006). Sosyal destek varlığının olmaması ve ekonomik açıdan orta ve düşük gelir düzeyine sahip olan hastalarda tedavi uyumsuzluğunun arttığı bildirilmektedir (Gülay, Kendirli, Demir, Sonkaya, Özdağ, 2018; Getnet ve diğerleri, 2016; Gurumurthy ve diğerleri, 2017). Epilepsi, bireylerin iş bulma imkanlarının azalmasına, çalışma hayatında sıkıntı yaşamalarına, sosyal çevrenin epilepsili kişiye olan bakış açısı ve aile içinde olumsuzluklar yaşanmasına neden olur (Gurumurthy ve diğerleri, 2017). Birey hastalığa karşı negatif bir tutum içerisinde ve damgalanma korkusu yaşıyorsa tedaviye uyumu daha da azalmaktadır (Ay, 2017; Liu ve diğerleri, 2013). Epilepsi hastalarında psikososyal sorunlar özellikle de depresyon ve anksiyete daha sık görülmekte (Görgülü ve Fesci, 2011; Karaca ve Durna, 2018) olup, depresyon tanısı olan bireylerde ise antiepileptik ilaçlara karşı uyum azalmaktadır (Ettinger, Good, Manjunath, Edward Faught, Bancroft, 2014).

Hastalık-tedavi ile ilişkili faktörler; epilepsi kronik bir hastalıktır ve tedavisi uzun yıllar hatta ömür boyu sürebilmektedir. Hastalık süresi beş yıldan daha az olanlarda tedaviye karşı uyum gücüğü yaşanırken, hastalık süresinin artmasıyla birlikte tedaviye uyumun da arttığı belirtilmektedir (Getnet ve diğerleri, 2016; Bautista ve Rundle-Gonzalez 2012; Liu ve diğerleri, 2013; Sweileh ve diğerleri, 2011). Nöbet tipi de tedaviye uyum sağlamada önemli bir etkidir. Yapılan bir çalışmada fokal nöbet tipi olan epilepsi hastalarının tedaviye uyum sağlamada daha fazla güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Gurumurthy ve diğerleri, 2017). Epilepsi hastalarında nöbet odaklarının bulunduğu bölgenin etkilenmesine ve epileptik ilaçların yan etkilerine bağlı olarak duyuşsal değişiklikler görülmektedir (Shiota, Simpson, Kirsch, Levenson, 2019). Bu hastalar en çok unutkanlık, yorgunluk, uyuşukluk, duyuş durum değişikliklerinden yakınmaktadır. Bu yakınmalar arasında, tedavi uyumunu olumsuz etkileyen en

önemli etmen unutkanlıktır (Gurumurthy ve diğerleri, 2017; Kayani ve Goud, 2017; Liu ve diğerleri, 2013). Epileptik hastalarda beraberinde ek bir hastalığının olması veya epilepsi dışındaki hastalıklar için kullanılan ilaçların yan etkileri tedaviye uyumsuzluğu arttırmaktadır. Uzun süreli antiepileptik ilaç kullanımı kemik mineralizasyon bozukluklarına neden olmaktadır. Bu ilaçların etkisiyle %10-30 arasında osteopeni/ osteoporoz geliştiği belirtilmektedir (Çetinkaya ve diğerleri, 2014). Osteoporozlu hastalarda hipokalsemiye bağlı olarak epilepsi nöbetleri daha fazla görülmektedir (Erdal, Gömceli, Kutlu, 2015). Bireyin epilepsi dışı diğer hastalıkları nedeniyle, günlük aldığı ilaç miktarının da tedavi uyumsuzluğunu etkilediği belirtilmektedir. Günde bir defa ilaç alanların iki veya üzerinde ilaç alanlara göre tedavi rejimlerine uyumlarının ve tedavi memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Bano ve Numan, 2016; Bautista ve Rundle-Gonzalez, 2012; Chen, Tsai, Lin, Shih, Chen, 2010; Kayani ve Goud, 2017; Saini, Schoenfeld, Kaulback, Dubinsky, 2009; Sweileh ve diğerleri, 2011). Reçetenin yenilenmesi veya reçete edilen ilaçların alınmasında yaşanan zorluklar, ilaç dozlarını yanlış zamanda ve miktarda alma, ilaçların hekim kontrolü olmadan kesilmesi tedavide en sık karşılaşılan diğer uyumsuzluk durumlarıdır (Kayani ve Goud, 2017).

Sağlık ekibi ve sağlık sistemi ile ilgili faktörler; Hastaların hastalık hakkında bilgi sahibi olmaları için sağlık çalışanlarının belirli aralıklarda eğitim programı düzenlemesinin ve sağlık çalışanı ve hasta arasındaki etkili iletişimin de tedaviye uyumu arttırdığı belirlenmiştir (Malik, Yoshida, Erkin, Salim, 2014). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada modüler epilepsi eğitim programı kapsamında hastalara; epilepsinin etiolojisi, epidemiyolojisi, tanı, tedavi seçenekleri, öz denetim, epilepsiyle yaşam ve psikososyal boyutları ile ilgili bilgi verilmiş ve programa dahil edilen hastaların hastalıklarıyla başa çıkmada anlamlı derecede artış olduğu belirlenmiştir (May ve Pfafflin, 2002). İran’da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan epilepsi hastalarına verilen öz yönetim eğitiminin ilaç uyumuna etkisine bakıldığında, eğitim verilen grupta ilaç uyumu anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Dash, Sebastian, Aggarwal, Tripathi, 2014). Gelir düzeyi düşük ülkelerde sağlık çalışanlarının sayısının ya da teknolojik cihazların yeterli olmaması gibi nedenlerle epilepsi hastalarında tedaviye uyumda güçlükler yaşanmaktadır (Trinka, Kwan, Lee, Dash, 2019).

Bununla birlikte hasta-sağlık çalışanları arasındaki iletişimsizlik, maliyet ve ilacı temin edememe de hastaların tedavi uyumsuzluğu yaşamalarına neden olan durumlar arasındadır (Kayani ve Goud, 2017; Liu ve diğerleri, 2013).

Epilepsi Tedavisine Uyumun Arttırılmasına Yönelik Stratejiler

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarını yönetmede sağlık ekibi ve aile üyeleri ile işbirlikçi tutum içerisinde olmaları gerekmektedir. Kronik bir hastalık olan epilepside, davranışsal ve psikososyal değişikliklerle nöbetleri önlemek ve yaşam kalitesini arttırmak mümkündür (Kobau ve DiIorio, 2003). Hemşirelerin; hasta ve aile bireylerine hastalık hakkında bilgi verme, bireyin özyönetim becerilerini geliştirerek yaşam kalitesinin arttırılmasına destek olma, disiplinler arası iletişim ve toplumun epilepsi hakkında bilgi sahibi olması gibi rolleri bulunmaktadır (Fitzsimons, Normand, Varley, Delanty, 2016; Smith, Wagner, Edwards, 2015). Epilepsi yönetiminde başarılı olmak için, öncelikle hastanın eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve bireyin hastalık üzerinde özyönetimi sağlanarak tedavi uyumları arttırılmalıdır. Hastaların tedaviye uyumlarını arttırmaya yönelik stratejiler ise şunlardır;

- Hasta ve ailesine; epilepsinin etiolojisi, tedavisi, ilaç kullanımı, nöbet riskini arttıran ya da azaltan önlemler hakkında bilgi verilmelidir (Karadakovan, 2019).
- İlaç tedavisinin hastalık üzerindeki olumlu etkileri, nöbet ve sonrasında oluşabilecek travmalar nedeniyle hastane yatışlarını azalttığı ve ilaçların neden tek veya kombine biçimde kullanılması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir (Faugh, 2012).
- İlaç yan etkileri konusunda bilgilendirilme yapılmalı, ciddi yan etkilerde ilaç kesilmesi ve değişikliği için sağlık kurumuna başvurusunun önemi anlatılmalıdır,
- İlaçların uygun dozda ve saatte kullanılması için bir elektronik hatırlatıcı ya da ilaç kutularının kullanılmasına teşvik edilmelidir (Adadioğlu ve Oğuz, 2016).
- Doz atlandığı veya unutulduğu zaman bir sonraki alacağı ilaç dozu miktarı konusunda hekim önerisi doğrultusunda uygulama yapılmasının önemi anlatılmalıdır,
- Hasta ve ailesine nöbetler için ilk yardım eğitimi verilmelidir (Smith ve diğerleri, 2015).
- İlaçların düzenli kullanılmasında sosyal desteğin önemi anlatılmalıdır (Karadakovan, 2019).
- Sosyal desteği olmayan bireylere yazılı olarak ilaç kullanımı konusunda bilgi verilmelidir (Faugh, 2012).
- Hasta ve ailesine sağlıklı yaşam biçimi davranışları (beslenme, egzersiz, uyku vb.) ve güvenli yaşam konusunda bireysel motivasyonel görüşmeler düzenlenmelidir (Al-aeel ve Al-sabhan, 2015).
- Klinik kontrollerinin düzenli aralıklarla yaptırılmasının önemi açıklanmalıdır (Malek, Heath, Greene, 2017).
- Birey ve ailesinin toplum tarafından damgalanma ve ayrımcılık yaşamasını engellemek için okul, iş yerlerinde akran ve toplum eğitimleri planlanmalı, kitle iletişim araçları ile toplumun farkındalığı ve eğitimi sağlanmalıdır (World Health Organization. 2019).

SONUÇ

Antiepileptik ilaç tedavisine uyum sağlamada birçok güçlükler vardır. Tedaviye uyumsuzluk sonucu epileptik nöbet sıklığı ile nöbetlere ilişkin olarak gelişen travmalara bağlı hastane yatışları ve maliyetleri artmakta, bunun sonucunda da tedavi başarısı azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda ilaçlarını düzenli kullanan epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Hastalığın yönetimini, tedaviye uyumu ve hastaların yaşam kalitesini arttırmak için; tedaviye uyumsuzluğu etkileyen faktörler göz önünde bulundurularak birey-hemşire arasındaki etkili iletişim sağlanmalı, hastalığa ve tedaviye yönelik eğitim programları planlanmalı, bireyin özyönetimi arttırılmalıdır. Hastalık üzerinde öz-yönetimi gerçekleştirebilen bireylerde antiepileptik ilaç tedavisine uyum artmakta, nöbetler azalmakta, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyleri artarak yaşam kalitesi de artmakta ve sağlık hizmetlerine olan talep ve sağlık harcamaları azalmaktadır. Hemşireler; multidisipliner bakış açısı ile hastaları toplumda daha aktif rol oynamaları ve kendilerini daha rahat şekilde ifade edebilmeleri yönünde desteklemelidir. Ayrıca toplum temelli eğitimler planlanarak epilepsi farkındalığı oluşturulmalı ve hastalık ile ilgili önyargıları yıkmak için yazılı ve görsel medyanın gücünden faydalanılmalıdır.

Yazar Katkıları: Fikir: P.Y.; Tasarım: P.Y., A.K.; Veri toplama ve /veya İşleme: P.Y.,A.K.; Analiz ve /veya Yorum: P.Y., A.K.; Yazıyı Yazma: P.Y., A.K.; Eleştirel İnceleme veya Revizyon: A.K.

Çıkar Çatışması: Yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Mali destek: Araştırma ile ilgili bir proje yada firmadan mali destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Acaroğlu, G., Yılmaz, E. (2016). Epilepsili hastalarda ilaç uyumunun yaşam kalitesine etkisi. *Epilepsi*, 22(1), 17-25. DOI: 10.5505/epilepsi.2016.36449
- Adadoğlu, Ö., Oğuz, S. (2016). Epilepsi ve öz yönetim. *Epilepsi*, 22(1), 1-4 DOI:10.5505/epilepsi.2015.76588.
- Al-aqeel, S., Al-sabhan, J. (2011). strategies for improving adherence to antiepileptic drug treatment inpatients with epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(1) DOI: 10.1002/14651858.CD008312.pub2.
- Ay, R. (2017). Epilepsi ve damgalanma: bir gözden geçirme, *Klinik Psikiyatri*, 20, 129-136. DOI:10.5505/kpd.2017.47965
- Balal, M., Demir, T., Aslan, K., Bozdemir, H. (2017). The determination of epilepsy prevalence in adana city center and relationship with sociodemographical factors. *Turkish Journal of Family Medicineand Primary Care*, 11 (1), 20-28, DOI: 10.21763/tjfmpe.296272.
- Bano, S., Numan, A. (2016). Factors influencing antiepileptic drug non-compliance in epileptic patients of pakistan. *Pakistan Journal of Neurological Sciences*, 11(1),Article5. Erişim adresi <http://ecommons.aku.edu/pjns/vol11/iss1/5>
- Bautista, R.D., Rundle-Gonzalez, V. (2012). Effects of antiepileptic drug characteristics on medication adherence. *Epilepsy & Behavior*, 23(4), 437–441. DOI: 10.1016/j.yebeh.2012.02.002
- Briesacher, B.A., Andrade, S.E., Fouayzi, H., Chan, K.A. (2008). Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy*, 28(4), 437-443 DOI: 10.1592/phco.28.4.437.
- Burkhart, P.V., Sabate, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh*, 35(3), 207. PMID: 14562485
- Chen, H.F., Tsai, Y.F., Lin, Y.P., Shih, M.S., Chen, J.C. (2010). The relationships among medicine symptom distress, self-efficacy, patient-provider relationship and medication compliance in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 19(1), 43– 49. DOI: 10.1016/j.yebeh.2010.06.007
- Çetinkaya, Y., Sezikli, H., Ekmekçi, D., Baştuğ Gül, Z., Tutkavul, K., Tireli, H. (2014). The effect of valproic acid or carbamazepine at bone metabolism in epileptic patients, *Epilepsi*, 20(1), 29-34. DOI: 10.5505/epilepsi.2014.83702
- Dash, D., Sebastian, M.T., Aggarwal, M., Tripathi, M. (2015). Impact of health education on drug adherence and self-care in people with epilepsy with low education, *Epilepsy Behav*, 44, 213–21. DOI: 10.1016/j.yebeh.2014.12.030
- Engel, J. (2013). Seizures and epilepsy. Second edition. Oxford University.
- Erdal, A., Gömceli, Y., Kutlu, G., (2015). Epilepsi ve komorbidite. *Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi*, p: 34-44
- Ettinger, A.B., Good, M.B., Manjunath, R., Edward Faught, R., Bancroft, T. (2014). The relationship of depression to antiepileptic drug adherence and quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav*, 36, 138-143. DOI: 10.1016/j.yebeh.2014.05.011
- Faught, E. (2012). Adherence to antiepilepsy drug therapy, *Epilepsy Behav*, 25(3), 297-302. DOI:10.1016/j.yebeh.2012.08.027
- Ferrari, C.M., Sousa, R.M., Castro, L.H. (2013). Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy in brazil. *Seizure*, 22(5), 384-389. DOI: 10.1016/j.seizure.2013.02.006
- Fisher, R.S., Cross, J.H., French, J.A., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F.E...Zuberi, S.M. (2017). Operational classification of seizure types by the international league against epilepsy: position paper of theILAE commission for classification and terminology. *Epilepsia*, 58(4), 522–530. Doi:10.1111/epi.13670
- Fitzsimons, M., Normand, C., Varley, J., Delanty, N. (2012). Evidence-based models of care for people with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 23, 1-6. DOI: 10.1016/j.yebeh.2011.10.019
- Getnet, A., Woldeyohannes, M.S., Bekana, L., Mekonen, T., Fekadu, W., Menberu, M.... Belete, H. (2016). Antiepileptic drug nonadherence and its predictors among people with epilepsy. *Behavioural Neurology*, Article ID 3189108. DOI: 10.1155/2016/3189108

- Görgülü, Ü., Fesci, H. (2011). Epilepsi ile yaşam: epilepsinin psikososyal etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 26(1), 27-32. DOI:10.5222/J.GOZTEPETRH.2011.27
- Gurumurthy, R., Chanda, K., Sarma, G. (2017). An evaluation of factors affecting adherence to antiepileptic drugs in patients with epilepsy: a cross-sectional study. *Singapore Med J*, 58(2), 98-102. DOI: 10.11622/smedj.2016022
- Gül, G., Çokar, Ö. (2015). Epilepsi tanısı almış hastada tedavi yaklaşımı. *Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi*, s:27-33
- Gülay, B., Kendirli, M.T., Demir, S., Sonkaya, A.R., Özdağ, M.F. (2018). Effects of medication adherence in epilepsy patients on quality of life. *Epilepsi*, 24(1), 8-14
- IPSOS Healthcare. (2018). *Tedavi uyumu çalışması. kantitatif araştırma raporu*, Sağlık Araştırmaları Depatmanı Türkiye.
- Jones, R.M., Butler, J.A., Thomas, V.A., Peveler, R.C., Prevettbet, M. (2006). Adherence to treatment in with epilepsy: associations with seizure control and illness beliefs. *Seizure*, 15(7), 504-508. DOI: 10.1016/j.seizure.2006.06.003
- Juwita, S., Hazlina, I., Ismail, H.A. (2011). Factors Associated with Drug Compliance among Epilepsy Patients. *International Medical Journal*, 18(1), 78-79.
- Karaca, A., Durna, Z. (2018). Epilepsili hastalarda psikososyal destek. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi*, 7(1), 218-225.
- Karakovan, A. (2019). Sinir sistemi. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (ed). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* kitabı içinde, (s: 1129-1132). Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- Kayani, P., Goud, M.S. (2017). A prospective study to measure drug compliance in epilepsy patients. *Indian Journal of Pharmacy Practice*, 10(3), 207-215. DOI:10.5530/ijopp.10.3.42
- Kobau, R., DiIorio, C. (2003). Epilepsy self-management: a comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy. *EpilepsyBehav*, 4(3), 217-225. DOI: 10.1016/s1525-5050(03)00057-x
- Krumholz, A., Wiebe, S., Gronseth, G.S., Gloss, D.S., Sanchez, A.M., Kabir, A.A...French J.A. (2015). Evidence-based guideline: management of an unprovoked first seizure in adults: report of the guideline development subcommittee of the american academy of neurology and the american epilepsy society: evidence-based guideline. *Epilepsy Currents*, 15(3), 144-152. DOI:10.1212/WNL.0000000000001487
- Liu, J., Liu, Z., Ding, H., Yang, X. (2013). Adherence to treatment and influencing factors in a sample of chinese epilepsy patients. *Epileptic Disord*, 15 (3), 289-94. DOI: 10.1684/epd.2013.0588
- Luga, O.A., McGuire, M.J. (2014). Adherence and health care costs. *Risk Manag Healthc Policy*, 7, 35-44. DOI: 10.2147/RMHP.S19801
- Malek, N., Heath, C.A., Greene, J. A. (2017). Review of medication adherence in people with epilepsy. *Acta Neurol Scand*, 135(5), 507-515. DOI: 10.1111/ane.12703
- Malik, A., Yoshida, Y., Erkin, T., Salim, D., Hamajima N. (2014). Hypertension-Related Knowledge, Practice ,nnd Drug Adherence Among Inpatients of A Hospital in Samarkand, Uzbekistan. *Nagoya J. Med. Sci*, 76(3-4), 255-263. PMID: 25741034
- May, T.W., Pfäfflin, M. (2002). The efficacy of an educational treatment program for patients with epilepsy (moses): results of a controlled, randomized study. modular service package epilepsy. *Epilepsia*, 43(5), 539-49. DOI: 10.1046/j.1528-1157.2002.23801.x
- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Saini, S.D., Schoenfeld, P., Kaulback, K., Dubinsky, M.C. (2009). Effect of medication dosing frequency on adherence in chronic diseases. *The American Journal of Managed Care*, 15(6), 22-33 PMID:19514806
- Shiota, M.N., Simpson, M.L., Kirsch, H.E., Levenson, R.W. (2019). Emotion recognition in objects in patients with neurological disease. *Neuropsychology*, 33(8), 1163-1173. DOI: 10.1037/neu0000587
- Smith, G., Wagner, J.L., Edwards, J.C. (2015). Epilepsy update, part 2: nursing care and evidence based treatment. *The American Journal of Nursing*, 115(6), 34-44. DOI:10.1097/01.NAJ.0000466314.46508.00
- Sweileh, W.M., Ihbesheh, M.S., Jarar, I.S., Taha, A.S., Sawalha, A.F., Zyoud, S.H... Morisky D.H. (2011). Self reported medication adherence and treatment satisfaction in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 21(3), 301-305. DOI: 10.1016/j.yebeh.2011.04.011
- Trinka D, Kwan P., Lee B, Dash A. (2019). Epilepsy in Asia: Disease burden, management barriers, and challenges. *Epilepsia*. 60(S1):7-21
- Velioglu, S.K., Bakirdemir, M., Can, G., Topbas, M. (2010). Prevalence of epilepsy in northeast turkey, *Epileptic Disorder*, 12(1), 22-37. DOI: 10.1684/epd.2010.0298
- Vossler, D.G., Weingarten, M., Gidal, B.H. (2018). Summary of antiepileptic drugs available in the united states of america. working toward a world without epilepsy. *Epilepsy Curr*, 18(4/1), 1-26. DOI:10.5698/1535-7597.18.4s1.1
- World Health Organization. (2019) Epilepsy: A public health imperative. Erişim adresi: https://www.who.int/mental_health/neurology/epilepsy/report_2019/en/ Erişim tarihi: 20.05.2020
- Yılmaz, F., Yavuz Çolak, M. (2018). Evaluation of beliefs about medicines and medication adherence among elderly people with chronic diseases. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 3(2), 113-21.

Laktasyonu Arttıran Yöntemler: Hipnoemzirme

Methods to Increase Lactation: Hypnobreastfeeding

Şeyma KİLCİ ERCİYAS¹
ORCID: 0000-0002-6282-8933

Ümran SEVİL²
ORCID: 0000-0001-5256-1510

Gönderilme Tarihi: 23.10.2019

Kabul Tarihi: 25.06.2021

¹ Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Zonguldak
² Emekli Öğretim Üyesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Şeyma KİLCİ ERCİYAS
seymakilcisk@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Emzirme; oksitosin; endorfin; masaj.

Keywords:

Breastfeeding; oxytocin; endorphin; massage.

ÖZ

Anne sütü bebekler için en uygun, doğal ve ideal besindir, hem anne hem de bebek mortalite ve morbiditesini azaltmaktadır. Ancak bazı durumlar (kaygı, yorgunluk, stres, ağrı gibi) annelerde laktasyonu olumsuz etkilemektedir. Özellikle son dönemlerde annelerin sütüm yetecek mi düşüncesi bilinçaltına olumsuz mesaj göndererek laktasyonu etkileyebilmektedir. Laktasyonu artırmaya yardımcı farklı non-farmakolojik yöntemler (meme ucu stimülasyonu, meme masajı, ılık duş alma, memeye ılık kompresler uygulama, süt arttırıcı bitki çayları vb) bulunmaktadır. Annelere hem laktasyonu artırmak hem de sakin ve rahat bir duruma ulaşmalarında yardımcı olmak için yapılabilecek bir başka non-farmakolojik yöntem de hipnoemzirmedir. Hipnoemzirme, doğum sonrası annede var olan enerjiyi kullanmak için doğal bir çabadır, böylece emzirme süreci güvenli ve sorunsuz bir şekilde gerçekleşir. Pozitif olumlamalar bilinçaltına yerleştirildiğinde, günlük yaşamı ve eylemleri otomatik olarak etkileyecek, böylece annelerin özgüveni de artacaktır. Emzirme sırasında olumlu davranışlar sergilemek, beslenme sırasında sakin ve rahat hissetmek kadar önemlidir. Hipnoemzirme, annelerin gevşemesine, sakinlik elde etmesine, kan basıncı ve kalp atımını azaltmaya ve nefes alma faaliyetlerini yavaşlatmaya yardımcı meditasyon şeklinde gevşeme tekniklerinden biridir. Yumuşak ve hafif dokunuşlar, vücut için sakinleştirici bir etki sağlar ve pozitif olumlamalar ile laktasyonun başlamasına ya da artmasına yardımcı olur. Hemşireler emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hem süt üretiminin artırılması hem de anne memnuniyeti açısından hipnoemzirmenin kliniklerde kullanılması önerilmektedir. Yapılan çalışmalarda hipnoemzirme yöntemi, oksitosin ve endorfin masajı ile birlikte yapıldığında, anne sütünün miktarını daha da arttırmıştır.

Hipnoemzirme tekniği son yıllarda büyük ilgi görmüş ve kullanımı giderek artmaya başlamıştır. Ancak sağlık çalışanları arasında bu yöntemlerin kullanımı istenilen düzeyde değildir. Bu derleme hipnoemzirmenin tanıtılması, geliştirilmesi ve klinik araştırmalarla destelenerek uygulamalarda kullanılması amacıyla yapılmıştır.

ABSTRACT

Breast milk is the most beneficial, natural and ideal nutrition for babies. It reduces both mother and baby mortality and morbidity. However, some conditions (such as anxiety, fatigue, stress, pain) negatively affect lactation in mothers. Especially in recent years, the thought of mothers about whether they have enough breast milk to feed their baby has affected lactation by sending a negative message to their subconscious. There is a variety of different non-pharmacological methods (nipple stimulation, breast massage, warm bath, warm compresses to the breast, milk enhancing herbal tea, etc.) to help increase lactation in mothers. Hypnobreastfeeding is another non-pharmacological method that can be used by mothers to increase lactation and help them reach a calm and relaxed state. Hypnobreastfeeding is a natural effort to use the unconscious energies that exist in the mother after childbirth, so that the breastfeeding process takes place safely and smoothly. When positive affirmation words are inserted subconsciously, they will automatically affect daily life and actions of the mother, thus increasing mother's self-confidence. Displaying positive behaviours during breastfeeding process is just as important as feeling calm and relaxed during feeding. Hypnobreastfeeding is one of the relaxation techniques in the form of meditation that helps mothers relax and stay calm, reduce their blood pressure and heart rate, and slow their breathing activities. Soft and gentle movements provide a calming effect for the body and help initiate and increase lactation along with positive affirmation words. Nurses play a significant role in initiating and maintaining breastfeeding. For this reason, the use of hypnobreastfeeding is recommended in clinics to promote milk production and ensure maternal satisfaction. In studies conducted, the hypnobreastfeeding method, when applied together with oxytocin and endorphin massage, increased the amount of breast milk even more.

Hypnobreastfeeding technique has attracted great attention in recent years and its use has been increasing rapidly. However, the use of these methods among healthcare professionals is not at a desired level. This review has been made for the purpose of introducing and developing hypnobreastfeeding and using it in interventions supported by clinical research.

Kaynak Gösterimi: Erciyas, Ş.K. ve Sevil, Ü., (2021). Laktasyonu Arttıran Yöntemler: Hipnoemzirme. *EGEHFD*, 37(3), 229-234. Doi:10.53490/egehemsire.637342
How to cite: Erciyas, Ş.K. and Sevil, Ü., (2021). Methods to Increase Lactation: Hypnobreastfeeding. *JEUNF*, 37(3), 229-234. Doi:10.53490/egehemsire.637342

Anne sütü bebekler için uygun ve doğal besin içeriği ile bebekler için en ideal besin kaynağıdır. Dünya Sağlık Örgütü, tüm annelerin doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede (ilk bir saat içinde) emzirmeye başlamasını, altı ay sadece anne sütü almasını ve ardından iki yıla kadar anne sütü ile ek gıdaların birlikte alınmasını önermektedir. Tıbbi olarak herhangi bir engel olmadığı sürece annelerin anne sütü dışında herhangi bir yiyecek veya sıvı vermemesi gerektiği belirtilmiştir (World Health Organization, 2017). Emzirme hem anne hem de bebek mortalite ve morbiditesini azaltmaktadır. Ancak bazı durumlarda anneler emzirme sürecinde başarısızlık yaşamakta ve emzirme kesintiye uğrayabilmektedir. Emzirme sürecinde başarısızlığa neden olan faktörler; anne ve bebeğe ait faktörler, psikolojik faktörler, sağlık personeli faktörleri ve sosyo-kültürel faktörler olarak sıralanabilir (Cox, 2006). Anne kaynaklı sorunlar, oksitosin hormonunun uyarılmaması nedeniyle süt üretiminin azalmasına neden olabilir. Oksitosin hormonu, doğum ve emzirmede salgılanır. Bu durumlarda beyin omurilik sıvısında ve beyin amigdala ve omurilik gibi kısımlarında yüksek oksitosin seviyeleri bulunmuştur. Emme, yemek yeme, sıcaklık, dokunma, hafif basınç, masaj, okşama ve cinsel uyarılma gibi duyuşsal stimülasyonlar dolaşımdaki ve beyin omurilik sıvısındaki oksitosin seviyelerini yükseltir (Moberg ve Petersson, 2005; Moberg ve Danielle, 2013). Oksitosin masajı ve hipnoemzirme anne sütü üretimini artırmak için uygulanan yöntemlerden bazılarıdır. Hipnoemzirme, süt üretimini artırmaya yardımcı olmak için derin gevşeme ile annelere kendi kendine hipnoz uygulamalarının kombinasyonu ile uygulanan bir yöntemdir (Moberg, 1998). Ancak sağlık çalışanları arasında bu yöntemlerin kullanımı optimal düzeyde değildir (Siregar, 2004).

Hemşireler emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hem süt üretiminin artırılması hem de anne memnuniyeti açısından hipnoemzirmenin kliniklerde kullanılması önerilmektedir. Bu derlemede laktasyonun artırılmasında kullanılan yöntemlerden biri olan hipnoemzirmenin yararları ve uygulanma şekli ele alınmıştır.

Hipnoz/Hipnoterapi

Hipnoz kelimesi Yunanca bir kelime olup, uyku anlamına gelmektedir. Bu uyku hali gerçek uyku hali değil, kişinin bilinçaltında olduğu bir durumdur (Armini, 2016). Hipnoz, Amerikan Hekimler Birliği tarafından 1957'de çoklu fiziksel ve duyuşsal şikayetlerin üstesinden gelmek için kullanışlı bir terapi olarak kabul edilmiştir (Sari ve Budihastuti, 2017). Hipnoz, 1890'lı yıllarda Dr. Grantley Dick Read "korkusuz doğum" adı verilen bir programla gündeme getirip, uygulamıştır (Gailani, 2017). Bu keşif daha sonra Marie Mongan tarafından devam etmiştir. Mongan, Hypnobirthing felsefesini Dr. Grantly Dick-Read'in korku gerginlik ağrı siklusuna dayalı olarak geliştirmiştir. Mongan kadını fiziksel ve psikolojik olarak doğuma hazırlayan Hypnobirthing felsefesinin öncüsü olarak kabul edilmektedir. Temel ilkesi çocuk doğurmanın kadınlar için normal, doğal ve sağlıklı bir işlev olduğudur. Doğum öncesi dönemde verilen eğitimle, doğumda kadının kendi kendine hipnoz uygulayarak korkularından arınmasını ve gevşemesini sağlamayı hedefler (Mongan, 2012). Hypnobirthing kadının doğumunda ağrı çekmesine neden olan korkuların, aslında bilinçaltında gizli olduğunu belirtir. Bu felsefe ile doğum öncesi dönemde verilen eğitimle kadının doğum korkularından kurtulması sağlanır ve kadının doğumda kendi kendine hipnoz uygulayarak gevşemesi hedeflenir (Mongan, 2012).

Hipnoz, gevşeme, bilinçaltı ve zihni içeren yeniden toparlanma tekniğidir. Hipnoz yaşayan bireyler, hâlihazırdaki durumlarının farkında olup, çoklu uyarılarla birlikte ağrı, travma ve fobilerinden arınabilirler (Aprillia, 2010). Ayrıca hipnoz altında olan bir kişinin bedeni her ne kadar uyusa da dışarıdan gelen sesleri duyabilir ve algılayabilir (Armini, 2016). Amerika Hipnoterapi Kolejinin 220 saat ve üzerindeki kurs programlarını tamamlayan lisans mezunu hemşireler hipnoterapist olarak sertifika almaya hak kazanır (AIHCP, 2020). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ve Sağlık Bakanlığı "Hipnoz Uygulaması Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları" doğrultusunda hipnoz uygulaması yapmaya yetkili sağlık personeli hipnoz uygulama sertifikasına sahip doktorlar, diş hekimleri ve hekim gözetiminde olmak üzere klinik psikologlar olarak belirtilmiştir (Tıbbi Hipnoz Derneği, 2020).

Hipnozun gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde fiziksel ve psikolojik semptomları olan kadınlar için faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Hipnozun gebelikte hiperemesis gravidarum semptomlarını, doğumda ağrıyı ve postpartum dönemde depresyonu azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Beevi, Low ve Hassan, 2016). Hipnozun emzirmede kullanımı anneye olumlu etkilerle yapılan bir uygulamadır. Hipnoterapi derin rahatlamaya ulaşmak için hipnoterapist rehberliğinde yapılır (Indriyani ve Asmuji, 2014). Hipnoterapi ile endorfin ve prolaktin hormonun salgılanmasını destekleyerek doğum sonrası dönemde annenin ilk günlerde kolostrum salınımında önemli etkiye sahiptir (Kusmiyati ve Wahyuningsih, 2014). Emzirme için kullanılan gevşeme ise hipnoemzirme olarak bilinir (Sari ve Budihastuti, 2017).

Hipnoemzirme

Hipnoemzirme, hipno ve emzirme kelimelerinin birleşiminden oluşur. Hipno=hipnoddur, yani bir insanın değişime ulaşmak için belirli düşünce ve önerileri gözlemleyebildiği bir durumdur. Hipnoemzirme yöntemiyle anne, emzirmenin doğal ve rahat bir süreç olduğunu bilinçaltına kaydeder. Hipnoemzirme, ruhun ve bedenin sakin bir

durumda olduğunda yapılan gevşemedir. Gevşeme, sessiz bir odada müzik, aroma terapi, kas gevşeme ve nefes egzersizleri gibi yöntemler kullanılarak desteklenebilir (Armini, 2016; Astin, Shapiro, Eisenberg ve Forsys, 2003).

Hipnoemzirme, doğum sonrası annede var olan enerjiyi kullanmak için doğal bir çabadır, böylece emzirme süreci güvenli ve sorunsuz gerçekleşir. Hipnoemzirme, annelerin gevşemesine, sakinlik elde etmesine, kan basıncı ve kalp atımını azaltmaya ve nefes almayı yavaşlatmaya yardımcı meditasyon şeklinde gevşeme tekniklerinden biridir. Teixeira, Figueiredo, Condeet, Pacheco ve Costa (2009), erken gebelik döneminde gevşeme şeklinde hipnoz yapan gebelerin, ileri gebelik haftalarında stres, anksiyete ve depresyon yaşama durumlarında azalma olduğunu saptamıştır. Sari, Salimo ve Budihastuti'nin (2017) yaptığı çalışmada, doğum sonu oksitosin masajı ve hipnoemzirme kombinasyonu uygulanan kadınlarda daha az kaygı/anksiyete görüldüğü tespit edilmiştir. Masruroh ve Andriani (2018), primipar emziren annelerde hipnoemzirmenin kolostrum salınımı üzerindeki etkisini araştırmış, hipnoemzirme uygulanan annelerde istatistiksel olarak fark olmasa da kolostrum salınımı daha hızlı olmuştur.

Masaj ve gevşeme ile annelerin doğum sonu dönemde salgıladıkları hormonlar dengelenir. Gebelikte östrojen ve progesteron hormonu artmakta ve doğumdan sonra her iki hormonun oranı azalmaktadır. Östrojen ve progesteron hormonu daha sonra emzirmeyi etkileyen oksitosin ve prolaktin ile yer değiştirmektedir. Oksitosin hormonu da hipotalamusta üretilir ve posterior hipofiz bezinde depolanabilmesi için sekrejik nöronla birlikte gönderilir. Hem masaj hem de bebeğin emmesi ile stimülasyon uygulanır ve oksitosin hipotalamustan salınmaya başlar (Dixon, Skinner ve Foureur, 2013). Gevşemenin emzirme üzerindeki etkisini inceleyen bir sistematik derlemede beş araştırmaya ulaşılmış olup, anne sütünün miktarını artırdığı bildirilmiştir (Mohd Shukri, Wells ve Fewtrell, 2018). Endonezya'da yapılan dört grulu deneysel bir çalışmada bir gruba hipnoemzirme ve oksitosin masajı kombinasyonu, ikinci gruba hipnoemzirme, üçüncü gruba oksitosin masajı uygulanmış ve dördüncü grup kontrol olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hipnoemzirme ve oksitosin masajı kombinasyonu olan grupta diğer gruplara oranla anne sütü miktarının önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir (Dini, Suwondo, Hardjanti ve Hadisaputro, 2017).

Hipnoemzirmenin Avantajları

Hipnoemzirme, hipnoz kullanımından elde edilen bir gevşeme aracıdır ve birçok avantajı bulunmaktadır. Bu avantajlar şunlardır:

- ✓ İlaç kullanımı olmadığından maliyeti düşük ve güvenlidir,
- ✓ Basit, kolay uygulanabilir olduğundan birçok kişi tarafından kolayca anlaşılır ve uygulanır,
- ✓ Motivasyonu artırır,
- ✓ Laktasyonu artırır,
- ✓ Anneleri emzirme döneminde başarılı olup özgüvenini artırmasına ve bebeklerini sağlıklı, akıllı ve yaratıcı nesiller olmaya hazırlamalarına yardımcı olur,
- ✓ Kadın kendi kendine de işinde ve evinde hipnoemzirme tekniğini uygulayabilir,
- ✓ Hipnoemzirme ile tamamen beden, zihin ve ruh bütünlüğü sağlandığından emzirme süreci daha başarılı olur,
- ✓ Düzenli yapıldığında, vücudun rahatlamasını sağlar ve vücudun endorfin üretmesini tetikler (Armini, 2016; Astin vd., 2003).

Emzirme ve Gevşeme

Emzirmeyi en güzel şekilde yapabilmek için, derin ve düzenli gevşeme yapmak önemlidir. Emzirme sırasında olumlu davranışlar sergilemek, beslenme sırasında sakin ve rahat hissetmek kadar önemlidir. Anneler bebek dışında farklı işlerle de ilgilenebildikleri için bazen olumsuz duygulara sahip olabilirler. Bu nedenle, mükemmel, sevgi dolu bir anne olmayı düşlemek, bazen bebeğe “kırgın” hissetmeye neden olabilir. Rahatlama ve gevşemenin emzirmeye yararlı olacağı açıktır. Hipnoemzirme ile anne hem bebeğini besler hem de rahat ve konforlu bir ilişki kurar (Boyd, Quigley ve Brocklehurst 2007).

Gevşeme Aşamaları

Hipnoemzirmede gevşeme tekniği üç aşamadan oluşur. Bu aşamalar şunlardır:

Kas gevşetme: Anne, baş, gövde, ayak, göğüs, karın dâhil olmak üzere, başın üst kısmından ayak tabanlarına kadar kaslarını gevşetir. Bu yöntem, kasların gevşediğini hayal ederek yapılır (Nurinda, 2010).

Nefes gevşetme: Rahatlamak için burundan derin bir nefes alınır ve yavaşça nefes verilir (diyaframa odaklanılır). Gerginlik geçene kadar nefes egzersizleri birkaç kez yapılır (Nurinda, 2010).

Zihin rahatlatma: Zihni boşaltarak ve birkaç dakika boyunca yavaş, derin ve düzenli nefes alarak gözler kapatılarak ve sessiz kalınarak meditasyon yapmaktır. Kaslar gevşetildikten sonra düzenli nefes alınarak zihin sakinleştirilir ve sonra hipnoemzirme seansı yapılır (Nurinda, 2010).

Emzirme döneminde sakinlik ve rahatlık çok önemlidir. Bu dönemde yaşanan rahatlık ve sakinlik, emzirme sürecinin hem anne hem de bebek için anlamlı ve eğlenceli bir süreç haline gelmesine yardımcı olur ve vücuttaki tüm sistemler çok daha mükemmel çalışır. Emziren anneler evlerinde de hipnoemzirmeyi kolayca uygulayabilir. Kadın sessiz bir odaya girerek, müzik, aroma terapi, kas gevşetme, nefes egzersizleriyle birlikte pozitif onaylamalar yapabilir. Bilinçaltı, otomatik olarak bazı şeyleri yapma ya da düşünme hakkında rehberlik edecektir. Örneğin; kadın emzirebileceğine inanıp ikna olmuşsa, emzirmeyi daha başarılı gerçekleştirecektir. Bu düzenli olarak yapıldığında, vücudun endorfin (zevk ve sakinlik taşıyıcıları-mutluluk hormonu) üretmesini tetikleyecektir (Armini, 2016). Derin ve düzenli rahatlatma, endokrin sistemin, kan akışının, sinirlerin ve diğer sistemlerin daha iyi çalışmasını sağlar. Anne rahatlayıp, gevşeyip emzirdiğinde, endorfin hormonu salgılar ve sütünden bebeğe bu hormon geçerek bebeğin de rahatlaması ve sakinleşmesi sağlanmış olur (Lothian, 2005).

Hipnoemzirme olumlamaları

Hipnoemzirmenin en önemli aşamalarından biridir. Kadına gevşeme aşamasına geçtikten sonra olumlu öneriler ve olumlamalar söylenir. Bu olumlu ifadelerin amacı emzirmeyi kolay, basit ve eğlenceli bir faaliyet haline getirmektir. Hipnoemzirme yöntemi basittir ve anneler tarafından kolayca anlaşılır ve uygulanır. Emziren anneler ister tek başına bu olumlamaları yapabilir isterse hipnoemzirme uygulayıcısı tarafından uygulanabilir. Hipnoemzirme konusunda sertifikalı hemşireler bu konuda annelere destek olabilirler. Özellikle doğum sonu dönemde annenin olumsuz düşüncelerinin uzaklaştırılması ve laktasyona ilişkin olumlu cümlelerle annenin emzirmeye teşvik edilmesi önemli hemşirelik girişimlerindendir. Olumlamalara örnekler:

- ✓ Sütün bebeğin için yeterli,
- ✓ Sen harika bir annesin,
- ✓ Bebeğin ve sen eşsiz emzirme deneyimine sahipsiniz,
- ✓ Kendine ve bebeğine karşı nazıksın,
- ✓ Göğüslerin mükemmel,
- ✓ Bu zorlu zaman geçecek,
- ✓ Önemimizdeki birkaç gün emzirmek daha kolay olacak,
- ✓ Sütün her geçen gün daha da çoğalacak,
- ✓ Bebeğini ihtiyacı kadar ve düzenli emziriyorsun,
- ✓ Bebeğin tek ihtiyacı senin sütün,
- ✓ Bebeğini emzirirken aranızdaki sevgi bağı güçleniyor,
- ✓ Sütün çok güzel geliyor,
- ✓ Vücudun harika,
- ✓ Emzirmek harika çünkü prolaktin hormonu sadece süt üretmiyor, fiziksel olarak rahatlamana da yardımcı oluyor,
- ✓ Bebeğin değişen beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için büyüdükçe anne sütüm sürekli olarak artıyor,
- ✓ Bedenin harika bebeğin için yeterli sütü üretiyor (Luna Lactation, 2011; Medela, 2021).

Oksitosin Masajı

Oksitosin ve prolaktin, laktogenezi etkileyen hormonlardır. Anne bebeği ne kadar emzirirse prolaktin ve oksitosin hormonu da o kadar artar (Figueiredo, Claudia, Sonia, Catarina ve Rui, 2013). Anne sütünü arttırmanın bir başka yolu da oksitosin masajıdır. Oksitosin masajı, omur ve beşinci-altıncı kotaların yanlarına yapılan bir masajdır. Masaj, motor nöronların medulla oblongatayı uyarmasına neden olur ve bu medulla oblongata doğrudan posterior hipofiz bezinde hipotalamusa doğrudan oksitosin üretmesi gerektiğini bildiren bir mesaj gönderir. Omurga veya bel kemiğinin etrafına masaj yapmak sempatik sinir sistemini baskılayarak noradrenalin hormonunu azaltır, böylece anneler sakin ve rahat bir hal alır. Noradrenalin hormonu, medullanın ürettiği ve sempatik nöron sistemini etkileyen bir hormondur. Masaj sırasında serotonin ve dopamin hormonu artarken, norepinefrin ve kortizol hormonları azalır ve oksitosin hormonu salgılanmaya başlar (Moberg ve Danielle, 2013). Oksitosin masajı, postpartum annelerin, oksitosin hormonunu uyarak erken müdahale ile anne sütü üretimini iyileştirmeye yardımcı

olur. Kosta 5-6'daki skapulaya yapılan omurilik masajı, parasempatik sinir sisteminin çalışmasını hızlandırır ve posterior hipofizi oksitosin salgılaması için uyarır.

Oksitosin masajının basamakları şunlardır:

- ✓ Açık kıyafetler giyilmelidir (direkt tene uygulanması etkiyi artırır),
- ✓ Rahat bir pozisyon almalıdır (Plates topuna- yastığa yaslanma ya da uzanma vb.),
- ✓ Masaj bebek yağı ile yapılır,
- ✓ Annenin sırtı masaj sonrası havlu ile silinerek temizlenir (Johan ve Azizaah, 2016).

Oksitosin, sakinlik ve rahatlığa neden olur. Stresi/kaygıyı azaltarak anne ve bebek arasındaki sevgi ve yakınlığı iyileştirir. Oksitosin salgılanmasına yardımcı olmanın yollarından biri dokunmak/masaj yapmaktır (DSÖ, 2009). Doğum sonrası annelere, oksitosin ve prolaktin oranını arttırmak için bir uyarıcı olarak sağlanan masaj, anne sütü üretimini ve süt üretiminin artmasını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada oksitosin masajının, doğum sonu annelerde süt üretimini arttırdığı ve adrenokortikotropin hormon (ACTH) miktarını düşürdüğü belirtilmiştir (Morhen, Beavin ve Zak, 2012). Hidayati ve Hanifah'ın (2019) yaptığı çalışmada, postpartum 0-6. ayda endorfin ve oksitosin masajının süt üretimini arttırdığı saptanmıştır. Sari ve diğerleri (2017) primipar gebelerde oksitosin ve endorfin masaj bileşiminin uterus involüsyonunu hızlandırmada etkili olduğunu bulmuştur. Anuhgera ve diğerleri (2017)'nin yaptığı çalışmada sezaryen doğum yapan kadınlara uygulanan hipnoterapi ve akupunkturun etkisi karşılaştırılmış, girişim öncesi durumlarla karşılaştırıldığında prolaktin hormonunun hipnoterapi grubunda daha fazla arttığı saptanmıştır. Widiastuti ve Widiani (2019) postpartum dönemde annelere yapılan sırt masajının süt üretimini arttırdığı saptanmıştır. Sırt masajı anneyi rahatlatır ve endorfin hormon salınımını artırır ve oksitosin refleksini uyandırabilir (Kosova, Demirtaş, Çalım ve Sapmaz, 2016).

SONUÇ

Hipnoemzirme tekniği son yıllarda büyük ilgi görmüş ve kullanımı giderek artmaya başlamıştır. Yapılan çalışmalarda hipnoemzirme yöntemi, oksitosin ve endorfin masajı ile birlikte yapıldığında, anne sütünün miktarını daha da arttırmıştır. Anne sütü miktarını arttırmanın yanı sıra, annenin zihnindeki fobi, kaygı ve olumsuz düşüncelerin ortadan kaldırılması ile kadına rahat, sakin ve doğal koşullar sağlar. Pozitif olumlamalar bilinçaltına yerleştirildiğinde, günlük yaşamı ve eylemleri otomatik olarak etkileyecek, böylece annelerin özgüveni de artacaktır. Buna göre, hipnoemzirme ve oksitosin masajının hem doğum sonu anne sütü üretimini arttırmada etkili olduğu, hem de stresi/anksiyeteyi azalttığı söylenebilir. Hipnoemzirme, emzirmede olumlu niyet ve motivasyon oluşturmada ve anne sütünün miktarını ve kalitesini en üst düzeye çıkarmada iyi bir yöntemdir. Hipnoemzirmeden elde edilebilecek avantajlar fazladır ve maliyet düşüktür. Hipnoemzirme ile endorfin ve oksitosin masajının kliniklerde uygulanması ve kullanılması için hemşireler desteklenmelidir. Bu konuda eğitilmiş kişilerden sertifika programlarının düzenlenmesi ve uygulayıcı popülasyonun artırılması ile gebe sınıfları ve emzirme poliklinikleri gibi birimlerdeki uygulamalara entegre edilmesi sağlanmalıdır. Böylece doğum sonu emzirmeye ilişkin yaşanan stresin azaltılması sağlanabilir, annelerin rahatlığı ve memnuniyeti artırılabilir.

Yazar Katkıları: Fikir: Ş.K.E., Ü.S.; Tasarım: Ş.K.E., Ü.S.; Veri toplama ve /veya İşleme: Ş.K.E., Ü.S.; Analiz ve /veya Yorum: Ş.K.E., Ü.S.; Yazıyı Yazma: Ş.K.E., Ü.S.; Eleştirel İnceleme veya Revizyon: Ş.K.E., Ü.S.

Çıkar Çatışması: Yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Mali destek: Araştırma ile ilgili bir proje ya da firmadan mali destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- American Institute of Health Care Professionals (AIHCP) (2020). American College of Hypnotherapy. Available from: <https://aihcp.net/american-college-of-hypnotherapy/>.
- Anuhgera D. E., Kuncoro ,T., Sumarni, S., Mardiyono, M., Suwondo, A. (2017). Hypnotherapy is more effective than acupressure in the production of prolactin hormone and breast milk among women having given birth with caesarean section. *Medicine Science International Medical Journal*. Available from: [file:///C:/Users/%C5%9Feyma/Downloads/Hypnotherapy_is_more_effective_than_acupressure_in%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/%C5%9Feyma/Downloads/Hypnotherapy_is_more_effective_than_acupressure_in%20(1).pdf). Doi: 10.5455 / medscience.2017.06.8659.
- Aprillia, Y. (2010). *Hipnotetri-Rileks*, Nyaman, Dan Aman Saat Hamil Dan Melahirkan. Jakarta: Gagas Media.
- Armini, N. W. (2016). Hypnobreastfeeding awali suksesnya asi eksklusif. *Jurnal Skala Husada*, 13(1), 21-29.
- Astin, J.A., Shapiro, S.L., Eisenberg, D.M., Forsy K.L. (2003). Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Practice*, 16(2), 131–137.
- Beevi, Z., Low, W. Y., Hassan, J. (2016). Impact of hypnosis intervention in alleviating psychological and physical symptoms during pregnancy. *American Journal of Maternal and Child Health*, 1(1), 20–29. doi: <https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1063476>.

- Boyd, C. A., Quigley, M. A., Brocklehurst, P. (2007). Donor breast milk versus infant formula for preterm infants: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 92,169-175. doi: 10.1136 / adc.2005.089490.
- Cox, S. (2006). Breastfeeding with confidence: Panduan untuk belajar menyusui dengan percayadiri (Gracinia, Penerjemah) Jakarta: Gramedia.
- Dini, P. R., Suwondo, A., Hardjanti, T. S., Hadisaputro, S. (2017). The effect of hypnobreastfeeding and oxytocin massage on breastmilk production in postpartum. *Journal of Medical Science and Clinical Research*, 5(10), 28600-4. doi: <https://dx.doi.org/10.18535/jmscr/v5i10.19>.
- Dixon, L., Skinner, J., Foureur, M. (2013). The emotional and hormonal pathways of labour and birth: Integrating mind, body and behavior. *New Zealand College of Midwives Journal*, 48, 15-23. doi: 0.12784/nzcomjnl48.2013.3.15-23.
- Figueiredoa, B., Claudia, C. D., Sonia, B., Catarina, C., Rui, N. C. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. *J Pediatr (Rio J)*, 89(4), 332–338. doi: 10.1016 / j.jpmed.2012.12.002.
- Gailani, S. A. (2017). Drawing aside the curtain’: Natural childbirth on screen in 1950s Britain. *Br J Hist Sci*, 50(3), 473–493. doi: 10.1017/S0007087417000607.
- Hidayati, T., Hanifah, I. (2019). Penerapan metode massage endorphin dan oksitosin terhadap peningkatan produksi asi pada ibu menyusui bayi 0-6 bulan di desa gading kabupaten probolinggo. *Journal Health of Science*, 12(1), 30–38. doi: <https://doi.org/10.33086/jhs.v12i1.772>.
- Indriyani, I., Asmuji, A. (2014). Efektifitas Kombinasi hypnobreastfeeding dan konsumsi blustru terhadap optimalisasi produksi kolustrum pada ibu post partum di RS Dr.Soebandi Jember. *Indones J Health Sci*, 23(3), 17-21. doi: <https://doi.org/10.32528/the.v6i2.141>.
- Kosova, F., Demirtas, Z., Çalim, S., Sapmaz, L. (2016). The effect on lactation of back massage performed in the early postpartum period. *Journal of Basic and Applied Research*, 2(2), 113-118. doi: 10.51152.
- Kusmiyati, Y., Wahyuningsih, H. P. (2014). Pengaruh hypnobreastfeeding terhadap kecemasan dan waktu pengeluaran air susu ibu pada ibu post partum primipara di Yogyakarta. *Journal of Health Tec*, 10(2), 123-127. ISSN 0261-4981.
- Luna Lactation, Comprehensive care for all phases of breastfeeding. (2011). Resolution and affirmations. Available from: <file:///C:/Users/%C5%9Feyma/Downloads/Jan11.pdf>.
- Masruroh, N., Andriani, R. A. D. (2018). Effect of hypno breastfeeding on colostrum ejection onset in primiparous mothers faculty of nursing and midwifery, Universitas Nahdlatul Ulama, Surabaya The 4th International Conference on Public Health Best Western Premier Hotel, Solo, Indonesia, 195.
- Medela, Breastfeeding Guide (2021). 15 Affirmations Every Nursing Mom Needs to Hear. Available from: <https://www.medela.us/breastfeeding/articles/breastfeeding-affirmations>.
- Moberg, K. U., Petersson, M. (2005). Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing. *Z Psychosom Med Psychother*, 51(1), 57-80. doi: 10.13109 / zptm.2005.51.1.57.
- Moberg, K. U. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinolog*; 23(8), 819–35. doi: 10.1016/s0306-4530(98)00056-0.
- Moberg, K. U., Danielle, K. P. (2013). Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant*, 9(6), 201-206.
- Mohd Shukri, N. H., Wells, J.C.K., Fewtrell, M. (2018). The effectiveness of interventions using relaxation therapy to improve breastfeeding outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutrition*, 14(2), e12563. doi: 10.1111 / mcn.12563.
- Mongan, M. F. (2012). *HypnoBirthing, Mongan Yöntemi*. İstanbul: Gün Yayıncılık.
- Nurindra, Y. (2010). *Hypnotherapy fundamental: A journey to the subconscious world dalam hypnotherapy Fundamental Workshop*. Bandung: Yan Nurindra School of Hypnotism, 1–31.
- Sari, L., Salimo, H., Budihastuti, U. R. (2017). Optimizing the combination of oxytocin massage and hypnobreastfeeding for breast milk production among post-partum mothers. *Journal of Maternal and Child Health*, 1(1), 20-29.
- Sari, N., Soejoenoes, A., Wahyuni, S., Setiani O. (2017). The effectiveness of combination of oxytocin and endorphin massage on uterine involution in primiparous mothers. *Belitung Nursing Journal*, 3(5), 569–73. ISSN: 2477-4073.
- Siregar A. (2004). Pemberian ASI eksklusif dan faktor-faktor yang Mempengaruhinya. *USU digital library*. Available from: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/3726/fkm-arifin4.pdf;jsessionid=E183011EDAA51BBC5F144B792B765D46?sequence=1>.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119, 142–148. doi:10.1016/j.jad.2009.03.005.
- Tıbbi Hipnoz Derneği (2020). T.C. Sağlık Bakanlığı Onaylı Hipnoz Uygulama Sertifikası Eğitim Programı. Available from: <https://www.tibbihipnozdernegi.org.tr/2018/12/22/t-c-saglik-bakanligi-onayli-hipnoz-uygulama-sertifikasi/>.
- Widiastuti, N. M. R., Widiani, N. N. A. (2010). Improved breastfeeding with back massage among postnatal mothers. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 8(2), 580-583. doi: 0.18203 / 2320-6012.ijrms20200239.
- World Health Organization (2017). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing Available from: maternity and newborn services. From <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>

Hülya KOÇYİĞİT¹
Orcid: 0000-0002-0540-2944

Şerife KARAGÖZOĞLU²
Orcid: 0000-0002-9558-0786

¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı,
Sivas, Türkiye

² Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı,
Sivas

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Hülya KOÇYİĞİT
hkocyigit@cumhuriyet.edu.tr

Anahtar Sözcükler

Akut myeloid lösemi, hasta
konforu, hemşirelik bakımı.

Keywords:

Acute myeloid leukemia, patient
comfort, nursing care.

Akut Miyeloid Lösemi Tanılı Bir Olgunun Hemşirelik Bakımı Yönetiminde Kolcaba Konfor Kuramının Kullanımı

The Use of Kolcaba Comfort Theory in the Nursing Care
Management of a Case with Acute Myeloid Leukemia

Başvuru tarihi: 12.01.2021

Kabul tarihi: 15.09.2021

ÖZ

Hemşirelik kuramları temel kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak hemşirelik uygulamalarına rehberlik ederler. Kolcaba tarafından geliştirilen Konfor kuramı, bireye gereksinimleri konusunda yardım, huzur sağlama ve sorunlarının üstesinden gelebilmeye yönelik fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel bütünlük içerisinde yaklaşmayı sağlar. Bu çalışmada, Konfor kuramı çerçevesinde; 68 yaşındaki erkek hastanın, Akut Miyeloid Lösemi nedeni ile yaşadığı sorunlara ilişkin yürütülen hemşirelik bakımı ele alınmış, hastanın problemlerinin çözülmesi ve konforunun yeniden sağlanması hedeflenmiştir. Olgu çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda, Akut Miyeloid Lösemi tanısı alan bireyin gereksinimlerinin belirlenmesi, karşılanamayan gereksinimlere yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında Konfor Kuramının önemli bir sistematik oluşturduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda onkoloji kliniklerinde gerçekleştirilen hemşirelik bakımında modelin rehber alınması önerilmektedir.

ABSTRACT

Nursing theories guide nursing practices by revealing the relationship between basic concepts. Comfort theory, developed by Kolcaba, is provide a physical, psycho-spiritual, sociocultural and environmental integrity to the individual in order to provide assistance, peace of mind and overcome their problems. In this study, within the framework of comfort theory; The nursing care of a 68-year-old male patient related to the problems he experienced due to Acute Myeloid Leukemia (AML) was addressed, and it was aimed to solve the patient's problems and restore his comfort. In line with the results we obtained in our case study, it was determined that Comfort Theory constitutes an important systematic in determining the requirements of individuals diagnosed with AML, planning and implementing nursing interventions intended for unmet requirements. In this context, it is recommended that the model to take as a guide in nursing care performed in oncology clinics.

GİRİŞ

Hemşirelik kuram, felsefe, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş bir sağlık disiplini. Hemşirelik kuramları temel kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak hemşirelik uygulamalarına rehberlik eder. Bu bağlamda, Konfor Kuramı da hemşirelik bakımını sistematize etmede başvuru kuramlardan biridir (Arslankılıç ve Göl, 2020; Karabacak ve Potur, 2017; Terzi ve Kaya, 2017).

Yaşamımızda önemli bir yer tutan rahatlık, hemşirelikte yeni bir kavram değildir ve hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır (Yücel, Arslan ve Bağcı, 2020). Florence Nightingale'den beri rahatlığın sağlanması hemşirelik bakım aktivitelerinde önemli bir yer tutmuştur. Konfor Kuramı Katharine Kolcaba tarafından geliştirilen (1994) rahatlık kavramı ve hasta rahatlığının sağlanması ile ilgili olan orta düzeyde bir hemşirelik kuramıdır (Arslankılıç ve Göl, 2020; Karabacak ve Potur, 2017; Kolcaba, 1991a; Terzi ve Kaya, 2017).

Kolcaba'ya göre konfor, "bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psiko-spiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde karmaşık yapıya sahip beklenen bir sonuç" olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba, 2003). Kolcaba rahatlık kavramını, bütüncül bir çerçevede analiz etmiş ve hasta bireyde beklenen konforu ölçmek amacı ile 1992 yılında Genel Konfor Ölçeği'ni (GKÖ) geliştirmiştir (Kolcaba, 1992; Kolcaba, 2003).

Kaynak Gösterimi: Koçyiğit, H. ve Karagözoğlu Ş., (2021). Akut Miyeloid Lösemi Tanılı Bir Olgunun Hemşirelik Bakımı Yönetiminde Kolcaba Konfor Kuramının Kullanımı. *EGEHFD*, 37(3), 235-243. Doi:10.53490/egehemsire.857874

How to cite: Koçyiğit, H. and Karagözoğlu Ş., (2021). The Use of Kolcaba Comfort Theory in the Nursing Care Management of a Case with Acute Myeloid Leukemia. *JEUNF*, 37(3), 235-243. Doi:10.53490/egehemsire.857874

Ölçek bireylerin konforla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek, fiziksel rahatlığı ve refahı sağlamak veya iyileştirmek üzere planlanan hemşirelik uygulamalarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Dörtlü likert tipte olan ölçek, 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan, maddelerin sayısına bölünerek ortalama değer bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48 dir. Ölçekten 1-4 aralığında bir ortalama değer elde edilmekte ve 1 düşük konforu, 4 ise yüksek konfor durumunu göstermektedir. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kuşuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından yapılmıştır. Kolcaba gelecekteki konfor araştırmaları için kavramsal bir yol haritası sağlamak amacıyla taksonomik bir yapı geliştirmiş ve bu taksonomide rahatlığı üç düzeyde (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) ve dört boyutta (fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel) tanımlamıştır (Kolcaba, 1991b; Kolcaba, 2003).

Tablo 1. Konforun Taksonomik Yapısı

Konfor	Düzeyleri		
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikospiritüel			
Sosyokültürel			
Çevresel			

Ferahlama; bireyin konfor gereksinimleri karşılanmaya başladığında rahatsızlık oluşturan durum ya da sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği duygudur (Duman vd., 2020; Erbay vd., 2019). Rahatlama; sakinlik, hoşnutsuzluk ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmış olup, kalıcı bir durumdur ve rahatsızlığın yokluğundan daha fazlasıdır. Bu anlamda korkuları ve endişeleri ele alınan veya önlenen bir hastanın rahat olduğu söylenebilir (Duman vd., 2020; Erbay vd., 2019). Üstünlük; bireyin ağrı ya da sorunlarının üstesinden gelerek, kendi hayatlarını kontrol etme ile planlama özgürlüğü ve hemşire-hasta etkileşimi yoluyla tam potansiyelini geliştirdiği durumu ifade eder. Kolcaba, konfor gereksinimi karşılanmış bir bireyin sorunlarının üstesinden gelebilme düzeyine ulaşabildiğini vurgular (Duman vd., 2020; Terzi ve Kaya, 2017).

Fiziksel konfor; bedensel duyumlara ve fizyolojik mekanizmalara ilişkin rahatlık durumunu içerir. Kişinin, zihinsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerini bütünleştiren bir konfor düzeyi olan psikospiritüel konfor; bireyin kendine saygısı, kavramsal düşünmesi, yaşamının anlamı ve daha yüksek bir varlığa inanmasını içeren içsel farkındalığı ifade eder. Çevresel konfor; kişinin çevresiyle olan etkileşimini, iyileşme durumunu, sağlığı teşvik edici ortamları ve sağlığın geliştirilmesindeki rolünü, hastanede yatan bireylerin ise fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarının desteklenmesini ve dış etkenleri kapsar. Sosyokültürel konfor ise; kişilerarası ilişki, aile ve diğer sosyal kurumlarla etkileşimleri, finansal destek ve eğitim gibi konuları kapsar. Kolcaba, bu tanımın kapsamına aile öyküsü, gelenekler, dil, giyinme biçimleri gibi kültürel boyutları da eklemiştir (Duman vd., 2020; Erbay vd., 2019; Kolcaba, 2003; Terzi ve Kaya, 2017).

Konfor Kuramı araştırmacılar tarafından rehber seçilerek sıklıkla yoğun bakım, hospis, ortopedi hemşireliği, infertilite, gerontoloji, radyoterapi, kardiyak kateterizasyon, acil, üriner inkontinans, stresli üniversite öğrencileri, doğum ve doğum sonu gibi hemşire ve ebelerin olduğu alanların bakım yönetiminde kullanılmaktadır. Konfor kavramı hemşirelik, tıp, psikoloji, psikiyatri, ergonomi gibi alanlarda kullanılmakla birlikte (Karabacak ve Potur, 2017) Kolcaba konfor teorisinin kullanımının hemşirelik bilimi dışında başka alanlarda kullanımına yönelik bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Hemşirelikte konfor teorisi ile yapılan çalışmalardan, Carolina ve diğerleri (2018) evde ve hastanede tedavi edilen pnömoni tanılı bir hastanın hemşirelik bakımında teorisinin ev bağlamında uygulanmasının kolay olduğu ve bütüncül bir bakım planının uygulanmasına izin verdiği sonucuna ulaşmıştır (Carolina, Tatiana, Alide, 2018). Estridge ve diğerleri (2018) yaptığı bir çalışmada hemodiyaliz alan yetişkin hastalarda konfor ve sıvı kısıtlamalarına uyum değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Estridge, Morris, Kolcaba ve Winkelman, 2018). Kolcaba'nın konfor kuramına göre incelenen atriyal fibrilasyon olgusu (Duman vd., 2020) ve kolostomi açılan olgunun (Erbay vd., 2019) bakım süreçlerinde Kolcaba'nın Konfor Kuramı'nın bu alanlarda uygulanabilir olduğu ve birey ve ailenin konforunda artma sağladığı görülmüştür. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarla yapılan bir çalışmada konfor düzeyinin yaklaşık orta seviyenin üzerinde olduğu bulunurken (Güleşen ve Üstün, 2020) üçüncü trimester gebelerde gebelerin prenatal konfor düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (Özkan, Şenol ve Aslan, 2020). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyini (Yılmaz vd., 2018) ve cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyini (Bakır ve Yurt, 2020) değerlendiren çalışmalarda hastaların konfor düzeyinin orta seviyede olduğu saptanmıştır (Yılmaz vd., 2018).

Konfor Kuramına göre hemşireler, bireyin konfor gereksinimlerini belirleyerek karşılanamayan gereksinimlere yönelik konforu artırıcı hemşirelik girişimlerini uygulamaktadır (Arslankılıç ve Göl, 2020; Erbay vd., 2019; Terzi ve Kaya, 2017). Hemşirelik süreci doğrultusunda sürdürülecek bakımda, Kolcaba'nın geliştirdiği

Konfor Kuramı rehber alınarak, bireyin gereksinimlerine ilişkin veri toplanması, karşılanamayan gereksinimlere yönelik konforu arttırıcı hemşirelik girişimlerinin planlanarak uygulanması ile bireye özgü bütüncül bakım verilmesi hedeflenir. Böylelikle optimum düzeyde konforun sağlanması ve bireyin yaşam kalitesinin artırılması mümkün olabilir (Arslankılıç ve Göl, 2020; Duman vd., 2020). Bu bağlamda çalışmamızda Konfor kuramı çerçevesinde; 68 yaşındaki erkek hastanın Akut Myeloid Lösemi (AML) nedeni ile yaşadığı sorunlara ilişkin yürütülen hemşirelik bakımı ele alınmış, hastanın problemlerinin çözülmesi ve konforunun yeniden sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmiştir.

OLGU SUNUMU

Bilgilendirilmiş onamı alınarak görüşmenin başlatıldığı M.Y. 68 yaşında ve erkektir. Hasta, 1.78 boyunda ve 70 kilodur. Evli, iki çocuğu ve bir torunu olan M.Y'nin sosyal güvencesi mevcut değildir. Özgeçmişinde 15 yıldır diyabet, 10 yıldır hipertansiyon hastalığı olan M.Y'nin, soy geçmişinde annesinde diyabet olduğu bilinmektedir. İki yıl önce kolonda kitle tespit edilen hastaya kolon kanseri teşhisi konulmuştur. Ameliyatla kitlesi çıkarılarak kolostomi açılan hastaya bu işlemden 6-7 ay sonra sağ hemikolektomi ameliyat yöntemi uygulanmıştır. Hastaya o dönemde kolondaki kitle nedeniyle 12 kür kemoterapi ve 25 gün radyoterapi uygulanmıştır. Serebral emboli nedeniyle aralıklı 3 kez iskemik atak gelişen ve bu süreçte 2 ay hastanede yatan hastada ataklar sonucunda sol hemipleji tablosu ortaya çıkmıştır. Üç ay önce yorgunluk, iştahsızlık, gün içerisinde aralıklı kusması olan hasta yaşadığı ilin devlet hastanesi acil servisine başvurmuştur. Dahiliye servisinde on günlük yatış sürecinde yapılan tanı ve tetkiklerde hastada anemi, nötropeni, trombositopeni bulguları belirlenmiş ancak bulunduğu ilde hematoloji servisi olmaması nedeniyle başka ilde bir üniversitenin eğitim ve araştırma hastanesine sevk edilmiştir. Tekrarlı incelemeler yapılan hastaya kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi sonucunda AML tanısı konulmuştur. Bir ay önce 1. kür kemoterapi alan hasta 2. kür kemoterapi almak için hastaneye başvurmuştur. M.Y. kemoterapi tedavisine ek olarak antiagregan, antibiyotik lüzum halinde antiemetik, bronkodilatör, oksijen tedavisi (2-4lt/dk) almaktadır. Hastanın oral alımı vardır ancak iştahsızlık nedeniyle beslenme ürünü ile desteklenmektedir. Hastanın iki yılda yaklaşık 30 kilo kaybı mevcuttur.

Sağlık bakım hizmetini hastanede yatarak alan M.Y'nin hemşirelik öyküsü ve fizik muayene verilerinde; sol hemiplejik olan M.Y gün içerisinde yatak içinde hareketsizdir çoğunlukla sağ kolunu hareket ettirmektedir ve ekstremiteleri normal görünümündedir. Saçları seyrek ve beyaz, kepeklenme yoktur. Dil, yanak, dudak, ağız tabanı, yumuşak damak ve sert damakta eritem ve lezyon saptanmamıştır. Dil hareketi ve yutma refleksi mevcut, dişleri yok ve protez kullanmıyor. Etkisiz öksürme durumu mevcut olan M.Y'nin sarı-beyaz renkte balgam çıkımı mevcuttur.

M.Y. öz bakımını kendi yerine getirememekte, boşaltım gereksinimini yatakta karşılıyor, vücut hijyeni orta derecededir. Tırnakları kısa, sert ve kırılma yok ve kapiller dolumu 2-3 sn de olmaktadır. Yaşa bağlı deri turgoru azalmış ve kuruluk mevcut. Vücut derisinde lezyon, kızarıklık gözlenmedi, dekübit gelişimi yok. Özellikle bacaklarda (2 bölge) ve kollarda (1 bölge) nohut büyüklüğünde yer yer ekimozlar mevcuttur. Ekstremiteleri düzgün, postür bozukluğu ve deformite yok. Kontraktür gelişmemiş. Kaslarda atrofi ve hipertrofi durumu yoktur.

Hastanın bilinci açık oryante. Kemoterapi ilaçlarına bağlı halsizlik yaşamasından dolayı çoğunlukla uyku halindedir. İletişiminde zayıflama mevcuttur ve sözel uyaranlara kelimeler halinde veya başı ile onaylama ya da onaylamama şeklinde cevaplar vermektedir. Işık refleksinde pupiller 3+/3+ olarak değerlendirildi. Göz açmaları oluyor ve diğer duyarlarına yönelikte sorun saptanmamıştır. Ağrılı uyarana yanıt veriyor. Birey sürekli hastaneye yatmaktan ve uzun süreli tedavilerinden dolayı gergin ve ara ara huzursuz bir yüz ifadesi mevcut.

Yaşam Bulguları: Vücut Sıcaklığı: 36.8 °C, Nabız: 78 /dk, Solunum: 26 /dk, Kan basıncı: 110/80 mmHg.

Laboratuvar bulguları: RBC: 3.02 milyon/ μ L (4.7-5.4), Hgb: 9.1 g/dl (12-16), WBC: 2600-17000 mm^3 (4,500-11,000), Plt: 29000-33000 mm^3 (150.000-400.000), INR: 1.76-2.04 (0.8-1.2), PT: 19 sn (10.1-14.9) Alb: 3.4 g/dl (3.2-4.6), BUN: 10 mg/dl (5-25), Krea: 0.85 mg/dl (0.4-1), Ca: 8.8 mg/dL (8.6-10.2), K: 3.8 mg/dl (3.5-5.1), Na: 137 mEq/L (136-145), Cl: 102 mm/L (98-107), Mg: 2 mg/dl (1.7-2.3).

M.Y'nin tıbbi öyküsü hemşirelik verileri, fiziksel değerlendirme, laboratuvar ve yaşam bulguları parametreleri değerlendirilmesi sonrası fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel alanlarda fazla sayıda sorun saptanmıştır. Bilgilendirilmiş onamı alınan M.Y'nin yapılacak girişimler öncesi ve girişimler uygulandıktan sonra genel konfor düzeyinin belirlenmesi için Genel Konfor Ölçeği kullanıldı. M.Y'nin yapılacak girişimler öncesi genel konfor düzeyi puan ortalaması **1.54 (74/48)** olarak belirlendi. Sonuç değerlendirildiğinde, olgunun AML hastası olması, kemoterapi tedavi süreci, son yıllarda aralıklı olarak hastaneye yatışlarının olması sebebiyle konforunun düşük olduğu saptandı. Buna yönelik olarak hastanın hemşirelik bakım sürecinin gerçekleştirilmesinde ve rahatlık düzeyinin sürdürülmesinde Kolcaba Konfor Kuramı'na göre hemşirelik bakımı planlanmasına karar verilmiştir. Yapılan hemşire vizitleri sırasında, M.Y'nin yaşadığı problemlere yönelik konfor kuramının taksonomik yapısına göre bakım planında hemşirelik tanıları ve girişimleri belirlendi (**Tablo 2**). Bireyin gereksinimlerine ilişkin konforun her bir boyutunda karşılanamayan gereksinimlere yönelik konforu arttırıcı hemşirelik girişimleri planlanarak hasta hastanede kaldığı süre boyunca uygulanması ve günlük takiplerinin yapılması ile hastaya özgü bütüncül bakım verilmesi sağlanmıştır.

Tablo 2: Konfor Kuramı'nın Taksonomik Yapısına Göre Akut Miyeloid Lösemi Tanılı Bireyin Hemşirelik Bakımı Planı

KONFOR	KONFOR KURAMI'NIN TAKSONOMİK YAPISINA GÖRE AKUT MİYELOİD LÖSEMİ TANILI BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI PLANI			
BOYUTLARI	DÜZEYLER			
FİZİKSEL İmmobilite, halsizlik ve hastanın inefektif öksürmesi nedeniyle sekresyon stazına bağlı; Etkisiz Hava Yolu Açıklığı Kemoterapi tedavisine bağlı; Bulantı Kusma	Ferahlama Hastanın sekresyon stazını ortadan kaldıracak sıvı alımının artırılması, pozisyon değişikliğinin yapılması, derin solunum ve öksürük egzersizlerinin öğretilmesi, gerekli durumlarda farmakoloji tedavi ve postural drenaj uygulanma	Rahatlama Hastanın hava yolu açıklığını sürdürmeye yönelik destekleme ve planlamaların uygulanması sonrası hastanın rahatlatılması Nonfarmakolojik yöntemlere ek olarak hastanın yoğun bulantısının azaltılması için farmakolojik tedavi yöntemiyle desteklenip rahatlatılması	Üstünlük Hastanın yakınının desteğiyle en ağrısız dönemlerinde ve halsizliği en az seviyedeyken hava yolu açıklığını sürdürmeye yönelik uygulamaları yapması Hastanın bulantı yaşama sıklığını ve bulantının rahatsızlık derecesini azaltmaya yönelik planlanan uygulamaları sürdürmesi	Bakımın Değerlendirilmesi Sarı-beyaz renkte balgam(+) sıvı alımı 300-400 ml den 1300-1400.Derin solunum ve öksürük egzersizleri (+) postural drenaj uygulama sonrası rahat öksürme(+) balgam çıkarma(+) Kemoterapinin ilk gününde daha sık olan bulantı(+) sonraki günler bulantı azaldı, kusma gerçekleşmedi
Kemoterapi tedavisi, iştahsızlık, diyare ile ilgili Yetersiz Beslenme	Hastanın bulantısını azaltacak fiziksel ortamın ve beslenmesinin düzenlenmesi, Hastaya gevşeme tekniklerinin öğretilmesi	Dişleri olmayan ve protez kullanmayan hastanın diyet listesindeki besinlerinin püre haline getirilmesinden sonra beslenmesinin sağlanması ile hastanın rahatlatılması	Hastanın öğünlerinde gıdaların yumuşak ve az miktarda olacak şekilde ayarlanmasıyla beslenmenin sürdürülmesi	Püre halinde yumuşak besinler küçük öğünler halinde sık sık(+)OMAS:0/ 0-3 Glucerna SR tüketimi günde 3-4 (+)
Kemoterapi tedavisi ve strese bağlı Diyare	Nütrisyonel risk skoru 2 olan hastayı oral beslenme ürünü ile destekleme ve pipet kullanımına teşvik etme, Diyetisten işbirliği ile uygun diyet listesi oluşturma	Diyareyi kontrol altına almaya yönelik uygulamaların yapılmasıyla hastanın diyareye bağlı kramptan ve ağrıdan kurtularak rahatlatılması	Diyare durumu olduğunda hasta ve yakınının diyare sorununu ortadan kaldıracak uygulamaları yapması	Elektrolit düzeyleri (N) Aldığı 2600, çıkardığı 2200 Gaitada kan (-) Az ve sık besleniyor. Kişisel hijyen yeterli. 4. gün diyare (-)
Kemoterapi ilaçlarının yan etkilerine bağlı; Ağrı	Kaybolan sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması için hastaya sıvı takviyesi ve aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılması, beslenmenin düzenlenmesi, kişisel hijyene önem verilmesi	Nonfarmakolojik uygulamaların hastaya öğretilmesi ve hastanın ağrısıyla baş etme yöntemlerini uygulayarak rahatlaması Hastanın yorgun ve gergin hissettiği zamanlar gevşeme egzersizleri ile rahatlatılması	Hastanın ağrısı olduğunda ağrıyla baş etme yöntemlerini geliştirme becerisi kazandırma ve yeterli uyuma ve dinlenmenin sağlanması Hastanın yorgunluğu ile ilgili hastayı cesaretlendirmek ve uygulamaların devamlılığının sağlanması adına yakınının bilgilendirilmesi.	VAS: 9 (max 10- min 0) Analjezik(+) Dikkati başka yöne çekme (+) VAS sonraki günler 2-3 Hgb: 9.1 g/dl (14-16) 2 ünite ES Hgb: 11 g/dl Gevşeme egzersizleri ve yatak içi egzersizler (+) Yorgunluğun azalması
Uzun süre hastanede tedavi görme, hastalık semptomları ve tedavisiyle ilgili Rahatın Bozulması	Vizüel Analog Skalanın aralıklı uygulanması ile ağrı düzeyi belirlenerek hastanın ağrısını gidermeye yönelik farmakolojik tedavi yöntemlerinden yararlanma Hastanın sürekli uyku eğiliminden uzaklaştırılması, Hastaya gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi, Anemi durumunun ortadan kaldırılmasına yönelik kan transfüzyonunun uygulanması	Hastanın konforunu etkileyen sorunlara yönelik müdahalelerle hastanın rahatlatılması	Hastanın konforunun sürdürülmesinde devamlılığın sağlanması	GKÖ girişimler öncesi ve sonrası ortalaması sırasıyla 1.54 ve 3.04. Konfor düzeyi artmıştır.
Trombositopeni ve antikoagülan ilaç kullanımına bağlı Kanama Riski	Hastanın rahatsızlık duyduğu ve konforunu zedeleyen özellikle fizyolojik durumlara yönelik planlama ve uygulamaların gerçekleştirilmesi	Hastada gelişebilecek herhangi bir kanamanın önlenmesiyle hastanın rahatlatılması,	Hastanın kanama belirti ve bulgularını takip etme ve bildirme becerilerinin geliştirilmesi	Plt: 29000-33000 mm ³ , INR: 1.76-2.04, PT: 19 sn 1*1 oral antikoagülan Yaşam bulguları stabil
65 yaş üstü, sürekli uyukulu olması ve immobiliteye bağlı; Travma Riski	Kanama belirti ve bulgularının takip edilmesi, erken kanama belirtilerinin gözlemlenerek müdahale edilmesi	Hastada travma gelişiminin önlenmesine yönelik uygulamaların yapılmasıyla travmanın önlenmesi ve hastanın rahatlatılması	Gerekli tedbirlerin yanında yakınının hastayı sürekli gözlemlemesiyle travmanın önlenmesi	Dört yapraklı yonca figürü(+)Yatak seviyesi en alçak seviyede, korkulukları çalışır durumda ve kapalı Yakını hastayı sürekli gözlemliyor
Beslenmenin ve sıvı alımının yetersiz olması, immobiliteye ve kemoterapi tedavisine bağlı; Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski	Sol hemiplejik olan hasta düşme riski yüksek risk grubunda ve AML tanısından dolayı kanama riski olan hastanın travmalardan korunması için planlamalar yapılması	Doku bütünlüğünün bozulma riski ortadan kaldırılarak hastanın rahatlatılması Kemoterapi uygulamaları öncesi ekstravazasyonu önlemeye yönelik uygulamalar ve tedavi uyguladığı uygulama bölgesinin kontrolünün	Hastanın doku bütünlüğünün sürdürülmesine yönelik yatak içi pasif ROM egzersizleri, pozisyon değişikliği gibi uygulamaların aile bireylerine öğretilerek devamlılığının	Havali yatağı çalışıyor Vücut sıcaklığı:36.8 oC Sağ kol ve sağ bacakta hareketlilik(+) Pasif ROM egzersizlerine uyumlu. Hastanın deri kıvrımlarında ve infüzyon bölgesinde yara gelişmedi,hassasiyet kızamıklık oluşmadı. Hastada dekübit ekstravazasyon gelişmedi.
Kemik iliğinin basılanması immobilitate, kemoterapi tedavisi ve beslenme yetersizliği ile ilgili Enfeksiyon Riski	,Bası bölgelerinin gözlemlenmesi, derisinde kuruluk olan alanların nemlendirilmesi, günlük havalı			Vücut sıcaklığı 36.7-37.3

	yatak kontrolü yapılması, yatak çarşaflarının temizliği, kuruluğu ve gergin olmasının sağlanması, günlük deri turgoru ve ısısının kontrol edilmesi, kemik çıkıntıların yastıkla desteklenmesi ve hastanın her 2 saatte bir pozisyonunun değiştirilmesi, infüzyon için uygun ven ve bölge seçimi, uygun araç gereçler kullanılarak aseptik tekniklere uyulması	sağlanmasıyla hastanın rahatlatılması	sağlanması Kemoterapi alımında infüzyon bölgesinde yanma, batma, ağrı, kızarıklık, duyarlılık, şişlik gibi sorunların takip edilmesi	C WBC 2600-17000 Enfeksiyon gelişmedi.
	Yaşam bulguları ve laboratuvar değerlerinin takip edilmesi, laboratuvar kültürlerinin alınması, El yıkama ve aseptik tekniklere uyulması, Düzenli ağız bakımının verilmesi, Yeterli beslenmenin sağlanması, İzolasyon gerektiren durumlarda destek sağlanması	Enfeksiyon riski ortadan kaldırılarak hastanın rahatlatılması	Hastada enfeksiyon bulgularının takibine devam edilmesi, Enfeksiyonun önlenmesine karşı tekniklerin hasta yakınına da öğretilerek uygulamaların sürdürülmesi	
PSİKOSPİRİTÜEL Birden fazla ciddi semptom, tedaviden kaynaklanan yan etkiler, hayatta kalma konusunda belirsizlik, bireysel ihtiyaçlarını karşılayamama ile ilgili; Anksiyete	Bireyin geçmişte kullandığı baş etme yollarının belirlenmesi, Rahatlatıcı bir ortamın sağlanması, Gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi ve solunum egzersizi ile birlikte uygulaması için hastanın desteklenmesi, Tedavi öncesi tedavi ile ilgili bilgilendirmenin sağlanması	Hastanın gergin olduğu zaman kendini ifade etmesinin sağlanması ve gevşeme egzersizlerini yapmasıyla rahatlatılması	Hastanın anksiyete düzeyinin ortadan kaldırılması veya azaltılması ile tedavi sürecine uyumunun artırılması	Hasta kendini kısa ve öz cümlelerle ifade ediyor Çoğunlukla uyku halinde Gevşeme egzersizleri (+) Stres düzeyi 9 dan 4 'e düşürülmüştür (0-10).
SOSYOKÜLTÜREL Kemoterapi tedavisi, güçsüzlük ile ilgili; Rol Performansında Etkisizlik	Hastanın kapasitesine uygun yerine getireceği rollerin belirlenmesi, hastanın stres ve anksiyetesinin minimum düzeyde tutulması	Eşi ve ailesi ile iletişiminin sürdürülmesi ile hastanın rahatlatılması	Hastanın eşiyle iletişim halinde olması için teşvik edilmesi, hastanın ara ara telefonla kızları ve torunuyla iletişime geçirilmesiyle ailesi ile iletişiminin güçlendirilmesi Bireyin sosyal etkileşiminin geriye dönmesi kapsamında kendisi ve eşi ile birlikte sosyal yaşantısında bir takım planlama ve düzenlemeler yapılması	hastanın aile üyeleriyle görüşmesi sürdürülmekte ve onlarla iletişimi güçlendirilmekte Başlangıçta iletişime geçmede isteksiz olan hasta sonraki süreçlerde hastaneden çıkmak istediğini, evini özlediğini, hastalık sürecinin ona zorluk yaşattığını kısa cümlelerle ifade etmeye başlamıştır.
Yorgunluk, immobilité, fiziksel yetersizliklerinin sonucu iletişimin engellenmesi; Sosyal Etkileşimde Bozulma	Yaşadığı stres durumu ile ilgili başa çıkma yöntem ve tekniklerinin öğretilmesi, Bu süreç içerisinde ailenin desteğinin alınması	Ara ara telefon görüşmeleri ayarlanması ile hastanın rahatlatılması		
ÇEVRESEL Güçsüzlük, tekrarlı hastaneye yatışların olması, bireysel bakım kontrolünün yetersiz olması; Bir Başka Bölgeye Taşınma /Hastaneye Yatma Stresi	Hastanın hastanede olma ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmaya yönlendirilmesi, hastane ortamı ile önceki ortam arasındaki farklılıkların en aza indirilmesi, hastanın rutinlerini devam ettirebilmesi için imkânlar sunulması, Hastanın kendisi ile ilgili kararlara katılımının sağlanması	Son 15 yılda aralıklı uzun süreli hastaneye yatışları olan hastanın hastane ortamına yönelik bilgilendirilerek desteklenerek rahatlatılması	Hastanın hastanede olmakla ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi, korkusunun azaldığını ifade etmesi, hastane ortamı ile ev ortamı arasında farklılıklar olmadığı belirtmesi	Hastaneye yatışlarının gerekli olduğunun farkına varmıştır Fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel alanda sorunlarına yönelik kapsamlı planlama ve uygulamalar ile stresi azaltılmış (4) ve hastaneye uyumu kolaylaştırılmıştır.

BULGU**Tablo 3.** Olgunun Girişimler Öncesi ve Sonrası Konfor Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm	$\bar{X}$	ss	Sh	t Testi		
				sd	t	p
Ön test	1.5417	.5035	.0726			
Son test	3.0417	.6827	.0985	.7989	-13.00	0.000

p<0.05

M.Y'nin genel konfor düzeyi arasında ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır.

TARTIŞMA

Kolcaba'nın Konfor Kuramı ile hastanın konforuna yönelik gereksinimleri saptanarak hemşirelik girişimleri planlanmaktadır. Girişimlerin başarıya ulaşmasını engelleyen faktörler belirlenerek önlemler alınmakta ve girişimler değerlendirilerek sonucunda çıktı olarak hasta konforunun artması beklenmektedir (Arslankılıç ve Göl, 2020; Duman vd., 2020).

Fiziksel Boyut: Akut miyeloid lösemi, kemik iliğinde olgunlaşmamış lökositlerin aşırı üretimi, sonunda kana ve bazen de diğer organlara yayılmasıyla karakterize bir hastalıktır. (Tomaszewski, Fickley, Maddux vd., 2016). Akut miyeloid lösemi, yetişkinlerde en sık görülen akut lösemidir ve bu gruptaki vakaların yüzde 80'ini oluşturmaktadır AML insidansı yaşla birlikte artmaktadır, 65 yaşın altındaki hastalarda 100.000 popülasyonda 1.3'ten 65 yaşın üzerindeki hastalarda 100.000 popülasyonda 12.2 vakaya yükselmektedir (Kouchkovsky ve Abdul-Hay, 2016). AML'nin klinik belirtilerinin çoğu, kemik iliği, periferik kan ve nadiren diğer organlarda farklılaşmış miyeloid hücrelerin birikimini yansıtmaktadır. Hastaların çoğu, lökositoz, anemi ve trombositopeni gibi kemik iliği yetmezliği belirtilerinin bir kombinasyonu ile başvurmaktadır. AML'de tipik belirtiler olarak lenfadenopati ve organomegali görülmezken yorgunluk, iştahsızlık ve kilo kaybı sık görülen şikayetlerdendir. Tedavi edilmezse, genellikle enfeksiyon veya kanamaya bağlı olarak tanıdan sonraki aylar içinde ölüm meydana gelmektedir (Korol vd., 2017; Kouchkovsky ve Abdul-Hay, 2016; Tatar vd., 2019; Tomaszewski, Fickley, Maddux vd., 2016).

Akut miyeloid lösemi tedavisinde standart prosedürlerden biri kemoterapi kullanımı ve ardından kemik iliği transplantasyonudur (Estey, 2018; Kassım ve Savani, 2017). Tedavinin tüm hastaların sağkalım oranını artırabileceğine inanılmaktadır (Gheyasi vd., 2019; Ülger vd., 2014). AML tedavisindeki ilerlemeler, daha genç hastalar için sonuçlarda önemli iyileşmelere yol açsa da, yeni vakaların çoğunluğunu oluşturan yaşlılarda prognoz kötü olmaya devam etmektedir. Mevcut tedavilerle bile, 65 yaş ve üzerindeki hastaların %70 kadarı tanıdan sonraki 1 yıl içinde hastalık nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Kouchkovsky ve Abdul-Hay, 2016). AML'li hastalar fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda sorunlar yaşamaktadır (Gheyasi vd., 2019; Ülger vd., 2014). **Etkisiz hava yolu açıklığı** saptanan hastanın, sarı-beyaz renkte balgam çıkardığı tespit edilmiştir. Kan gazı hekim istemi yapılmamıştır. Başlangıçta günlük 300-400 ml sıvı tüketen M.Y'nin destekle sıvı alımı 1300-1500 ml'ye çıkarılmıştır. Derin solunum ve öksürük egzersizleri ile sekresyon atılımı istenen düzeye gelmeyen hasta postural drenaj uygulaması ile daha rahat öksürmeye başlamış ve balgam çıkarması gerçekleşmiştir. Kemoterapi ilaçlarının yan etkisine bağlı **bulantı kusması** sorunu yaşayan hastanın kemoterapinin ilk gününde daha sık olan bulantısı gün geçtikçe azalmaya başlamış, kusma gerçekleşmemiştir. Midenin aşırı dolmasını veya boş kalmasını engellemek için az ve sık yemek yemesi, yeterli miktarda sıvı alımı ve yemek içeriklerinin düzenlenmesi sağlandı. Ortam havalandırıldı, bulantı hissettiği zaman olumlu düşünmeye yöneltildi, paniğe kapılması önendi ve hasta dersin nefes alma egzersizlerini yapmaya çalıştı. Hasta yatağa bağımlı olduğu için kusma olma durumunda aspirasyon riskine karşı koruyucu önlemler olarak hasta ve ailesi bilgilendirildi. Hasta beslenirken başı yükseltildi. Bulantı ile baş edilemediği durumlarda hekim istemine göre farmakolojik tedavi uygulanmıştır.

Akut miyeloid lösemi hastalarında yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı yaygın şikayetler olarak görülmektedir (Korol vd., 2017; Kouchkovsky ve Abdul-Hay, 2016; Tomaszewski, Fickley, Maddux vd., 2016). **Yetersiz beslenme** durumu saptanan hastaya yumuşak besinler küçük öğünler halinde sık sık verilerek beslenme durumu desteklenmiştir. Hastanın Oral Mukozit Değerlendirme Skalasına(OMAS) göre dil, yanak, dudak, ağız tabanı, yumuşak damak ve sert damakta eritem ve lezyon saptanmamıştır (OMAS:0/ 0-3). Dişleri olmayan ve protez kullanmayan hastaya günde 4 kez sodyum klorür solüsyonu ile ağız bakımı verilmeye devam edilmiş ve günlük olarak stomatit gelişip gelişmediği kontrol edilmiştir. Hasta başlangıçta günde bir adet Glucerna SR (Vanilyalı 200 ml) tüketirken, yakını ile iş birliği halinde Glucerna SR tüketimi günde 3-4 adete çıkarılmıştır. Hastada hemipleji nedeniyle barsak ve mesane inkontinansı gelişmiştir. Kemoterapi başladığı günden itibaren üç gün **diyare** yaşayan hastanın sıvı ve elektrolit dengesinin bozulmaması için hastaya hidrasyon sağlanmış ve aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılmıştır. Elektrolit düzeyleri normal aralıkta seyretmiş ve AÇT takibinde aldığı 2600 Çıkarıldığı 2200'dir. Günde 4 kez defekasyona çıkan (2.derece diyare) M.Y'nin barsak seslerinde artış saptandı (16 /dk) hasta bezi değişiminde kıvamı olmayan sarı renkli sulu gaita ve gaitanın hacimce artmış olduğu saptandı. Gaitada kan gözlemlenmedi. Hasta baharatlı yağlı gıdalar alkol kafein ve gazlı içecekler kullanmıyor. Az ve sık beslenmesi konusunda teşvik edildi. Kişisel hijyenin sürdürülmesi konusunda hasta yakını bilgilendirildi. İlerleyen günlerde M.Y'nin diyaresinin azaldığı ve 4. gün sonunda diyare durumunun ortadan kalktığı tespit edilmiştir. **Ağrı** deneyimleyen M.Y'nin ağrı skalası sonucu VAS (Vizuel Analog Skala) ağrı skoru 9 (max 10- min 0) olarak saptanmış ve tedavisinde analjezik uygulamasına devam edilmiştir. Hastanın ağrısı olduğu zamanlar telefonla kızı aranarak torununun sesini duyması sağlanmış veya torununun fotoğrafları gösterilerek dikkati başka yöne çekilmeye çalışılmıştır. Hastanın ağrı skoru sonraki günler 2-3 aralığında seyretmiştir. Bireyin tedavisi esnasında ağrısını artıracak ve onda duygu durum değişikliği yaratacak girişimlerden kaçınılmıştır.

Akut miyeloid lösemi hastalarında anemi, neredeyse değişmez bulgulardandır (Abelson, vd., 2018; Kouchkovsky ve Abdul-Hay, 2016). Aneminin neden olduğu genellikle solukluk, halsizlik, güçsüzlük, çarpıntı ve efor intoleransı AML hastalığının başlangıç belirtilerini oluşturmaktadır (Abelson, vd., 2018; Korol vd., 2017). Aneminin etkisiyle ortaya çıkan kansere bağlı yorgunluk, AML hastalarının en rahatsız edici şikayetlerinden biridir ve hastaların çoğunda kemoterapi sırasında rapor edilir (Gheyasi vd., 2019). M.Y tedavi sürecinde yaşadığı **yorgunluk** (Kouchkovsky ve Abdul-Hay, 2016) ve halsizlik yaşamasından dolayı sürekli uyku halinde olmuştur. Hemoglobin değeri Hgb: 9.1 g/dl (14-16) olguya 2 ünite Eritrosit Süspansiyonu uygulanmıştır. Yatağa bağımlı olan M.Y yorgun olduğunu belirttiği zaman gevşeme egzersizleri ve yatak içi egzersizler ile desteklenmiştir. Nitekim Gheyasi ve diğerleri (2019) kemoterapi uygulanan AML hastalarında yürüme egzersiz programının kansere bağlı yorgunluk üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmalarında da planlanan yürüme müdahalesinin, bazı hastalarda kansere bağlı yorgunluğu azaltmak için etkili bir strateji olduğu bildirilmiştir (Gheyasi vd., 2019). Uzun süre hastanede tedavi gören hastada, immobilité ve kemoterapi yan etkilerine bağlı **rahatlık durumunda bozulma** ve konforda bozulma olduğu belirlenmiştir. Rahatlık durumunda bozulmaya yönelik bireyin rahatlık düzeyini artırmak amacı ile hemşirelik girişimleri planlanmış ve uygulama sonuçları değerlendirilmiştir. Hastanın sıkıntıları minimum seviyeye indirilmeye çalışılmıştır.

Akut miyeloid lösemide siyanoz, peteşiyal döküntüler, epistaksis, gingival kanamalar, konjunktival kanamalar ve cilt kanamalarının uzaması trombositopeni (Kouchkovsky ve Abdul-Hay, 2016) gelişiminin sonuçlarıdır ve hastalığın erken belirtilerini oluşturur (Eigendorff ve Hochhaus, 2015; Tatar vd., 2019). Hastada trombositopeni nedeniyle **kanama riski** (Plt: 29000-33000 mm³ (150.000-400.000), INR: 1.76-2.04 (0,8-1,2), PT: 19 sn (10,1-14,9) bulunmaktadır. Hastanın günlük 1*1 oral antiagregan tedavisi bulunmakta ve yaşam bulguları gün içerisinde çoğunlukla stabil seyretmektedir. M.Y **travma riskine** yönelik takip edilmiştir. Erken kanama belirtilerini gözlemek adına deri, idrar, gaita, burun ve diş etleri aralıklı olarak değerlendirilmiş, laboratuvar sonuçları düzenli aralıklarla kontrol edilmiş ve kanama bulgularına rastlanılamamıştır. Yatağa bağımlı olan ve periferik intravöz kemoterapi alan hastanın **deri bütünlüğünde bozulma riski** bulunmaktadır. Extravazasyon gelişmemesi adına infüzyon için uygun bölgeler seçilmiş, uygun araç gereçler kullanılmış ve aseptik tekniklere dikkat edilmiştir. Hasta kemoterapi kürlerini aldığı sırada veya sonrasında infüzyon bölgesinde yanma, batma, ağrı, kızarıklık, duyarlılık ve şişlik gibi sorunlar yaşamadığını ifade etmiştir. Bası bölgeleri günlük olarak gözlemlenmiş ve havali yatak kontrolü yapılmıştır. Hasta bezi kirlendiğinde değiştirilmiş ve yatak çarşaflarının temizliği, kuruluğu ve gerginliği sağlanmıştır. M.Y.'ye yatak içi pasif ROM egzersizleri yaptırılmıştır.

Akut miyeloid lösemisinin klinik belirtileri olarak hastaların çoğunda anemi ve trombositopeni gibi kemik iliği yetmezliği belirtileri sıklıkla görülürken, lökosit sayısı artmış azalmış veya normal olabilir. Tedavi edilmezse, ölüm genellikle enfeksiyon veya kanamaya bağlı tanıdan aylar sonra ortaya çıkar (Kouchkovsky, Abdul-Hay, 2016). M.Y'de gelişebilecek **enfeksiyon riskine** yönelik yaşam bulguları sık aralıklarla takip edilmiştir. Çoğunlukla vücut sıcaklığı 36.7-37.3 C, nabız: 74-82 /dk, WBC 2600-17000 (N: 4000-11000) aralığında seyretmiştir. Etkin el yıkama ve ağız bakımı, bireysel hijyen, saç bakımı, perianal bakım gibi diğer hijyenik uygulamalar hasta yakınına anlatılmıştır. Gereksiz invaziv girişimlerden kaçınılmıştır. Ziyaretçisi olmayan hastanın oda hijyeni sık ve düzenli aralıklarla sağlanmıştır.

Tomaszewski ve diğerleri (2019) yaptığı bir çalışmada ABD örneğinde alınan AML hastalarının tamamına yakını en sık yorgunluk yaşadığını belirtirken, yarısından daha fazlası siyanoz, halsizlik, ateş, anemi, diyare, baş dönmesi, enfeksiyon, bulantı, ağız yaraları, nefes darlığı, kanama ve baş ağrısı gibi semptomlar bildirmiştir. Aynı çalışmada Japon popülasyonunda ise en sık bildirilen semptom bulantı olmuş, katılımcıların yarısından daha fazlası yorgunluk, baş ağrısı, nefes darlığı, halsizlik, kusma, kanama, kardiyovasküler problemler, baş dönmesi, ateş, zayıf iyileşme, anemi, diyare, konstipasyon, enfeksiyon ve ağrı gibi semptomlar bildirmiştir. ABD ve Japon popülasyonunda da katılımcıların en az yarısı tarafından bildirilen semptomlar; yorgunluk, ateş, enfeksiyon, bulantı ve baş ağrısıdır (Tomaszewski vd., 2019). Bu bağlamda M.Y'de hastalık sürecinde bu semptomların birçoğunu yaşamış ve bu semptomlarla baş edebilmesi için uygun hemşirelik müdahaleleri ile desteklenmiştir.

Psikosprituél Boyut: Akut miyeloid lösemi ile yaşamak, hastaların birden fazla ciddi semptomla, tedaviden kaynaklanan yan etkilerle, hayatta kalma konusunda belirsizlik ve ağır tıbbi mali yükü karşı karşıya kalmasına neden olur, bu da hastalarda artan kaygı, depresyon, ölüm korkusu, sosyal izolasyon ve umutsuzluk gibi önemli duygusal zorlanmaları beraberinde getirir (Gu, Hao, Cong ve Sun, 2019; Tomaszewski, Fickley, Maddux vd., 2016). Bu nedenle, AML hastalarında özellikle anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozuklukları yakından izlemek önemlidir (Gu, Hao, Cong ve Sun, 2019). M.Y bireysel ihtiyaçlarını karşılayamaması ve sürekli uyku halinde olması onu emosyonel olarak etkilemiş ve zaman zaman bakım vericilere karşı kısa süreli öfke davranışı sergilemiştir. Uyku halinde olmadığı zamanlarda çoğunlukla gergin bir yüz ifadesine sahip olan M.Y'nin eşi uzun süredir hastalık durumuyla mücadele etmesinden dolayı onun bu davranışlarına alıştığını ancak gün geçtikçe daha çok zorlandığını ifade etmiştir. **Anksiyete** ile baş edebilmek için M.Y gergin olduğu zaman kendini ifade edebilmesi ve gevşeme egzersizlerini yapabilmesi yönünde desteklenmiş tedavi sürecine uyumu artırılarak anksiyetesi azaltılmıştır. Stres düzeyi 9 dan 4'e düşürülmüştür (0-10). Stres düzeyi objektif bir ölçüm aracı kullanılarak değerlendirilememiştir.

Sosyokültürel Boyut: Akut miyeloid lösemi hızla ilerleyen bir hastalık olup bu süreçte semptomları oldukça fazladır. Hayatı tehdit eden bir hastalığın teşhisi ile birlikte hastalarda artan korku, umutsuzlukla birlikte sosyal / ailesel rolleri yerine getirmede azalma durumu ortaya çıkmaktadır (Tomaszewski, Fickley, Maddux vd., 2016). Kanser hastalığı hastalığın tanısı ve tedavi sürecinde hastanın bireysel ve sosyal rollerinde, aile ve çevresiyle olan ilişkilerinde değişiklik yaratmakta ve sosyal desteğe duyulan ihtiyacı artırmaktadır (Ülger vd., 2014). **Sosyal etkileşimde bozulma ve rol performansında etkisizlik** yaşadığı belirlenen M.Y. duygu ve düşüncelerini tam olarak açıklayamamıştır. Hastanın eşi onun uzun süredir hastalık durumuyla mücadele etmesinden dolayı bu süreçte alıştığını ancak gün geçtikçe daha çok zorlandığını ifade etmiştir. Bu kapsamda hastane ortamında hastanın aile üyeleriyle görüşmesi sağlanarak onlarla iletişimi güçlendirilmiştir. İletişime geçmede isteksiz olan M.Y'ye sonraki süreçlerde hastaneden çıkmak istediğini, evini özlediğini, hastalık sürecinin ona zorluk yaşattığını kısa cümlelerle ifade etmeye başlamıştır.

Çevresel Boyut: Akut miyeloid lösemi tanısı konan bireyler için yoğun kemoterapi ve kemik iliği nakli ilk tedavi seçenekleridir. Hastaların tedavisi ve tedavinin ciddi yan etkilerine karşı sıklıkla uzun süreli hastaneye yatışları gerekmektedir. Bu durum AML hastalarının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Estey, 2018; Gu, Hao, Cong ve Sun, 2019; Korol vd., 2017). Son 15 yılda uzun süreli hastaneye yatışları olan M.Y'nin **hastaneye yatış stresi** yaşadığı belirlenmiştir. Bilgilendirmelerle tedavi ve bakımının devamlılığının sağlanmasında hastaneye yatışlarının gerekli olduğunun farkına varması sağlanmıştır. M.Y'nin yaşadığı stresin derecesi 9 ile 4 arasında (0-10) değişkenlik göstermiştir. Tedavisi ile ilgili yan etkiler yaşadığında stresi (9) artmıştır. M.Y' nin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel alanda sorunlarına yönelik kapsamlı planlama ve uygulamalar ile stresi azaltılmış (4) ve hastaneye uyumu kolaylaştırılmıştır. M.Y'nin hastane ortamı ile ev ortamı arasındaki farklılıklar en az seviyeye indirilmeye çalışılmış, hastanın rutinlerini devam ettirebilmesi için kendisi ile ilgili kararlara katılmasında destek olunmuştur.

SONUÇ

Tüm bu girişimler sonrasında M.Y'nin konfor düzeyinde değişiklik olup olmadığını saptamak için Genel Konfor Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Uygulama sonrası M.Y'nin ölçek toplam puan ortalaması **3.04 (146/48)** olarak belirlenmiş ve konfor düzeyinin arttığı saptanmıştır. M.Y. hastanede kaldığı süre boyunca her gün bir önceki günlere göre daha rahatlamış olduğunu ve verilen bakımdan memnun olduğunu ifade etmiştir. Olgu çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda AML tanısı olan bireylerin gereksinimlerinin belirlenmesi, karşılanamayan gereksinimlere yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında Konfor Kuramı'nın önemli bir sistematik oluşturduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda sağlık bakımı hizmetlerinin tüm alanlarında uygulanabilir ve hemşirelik araştırmalarına rehber niteliğinde olan Kolcaba'nın Konfor Kuramı'nın hemşireler tarafından hasta konforunun sağlanması ve sağlık hizmet sunumunda bakım kalitesinin artması için onkoloji kliniklerinde rehber alınması önerilmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: HK, ŞK; **Tasarım:** HK; **Denetleme/Danışmanlık:** HK, ŞK; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** HK; **Analiz ve/veya Yorum:** HK, ŞK; **Kaynak Taraması:** HK; **Makalenin Yazımı:** HK, ŞK; **Eleştirel İnceleme:** HK, ŞK.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Mali destek

Bu çalışma için herhangi bir mali destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Abelson, S., Collord, G., Ng S. W. K., Weissbrod, O., Cohen, N. M., Niemeyer, E.... Shlush, L. I. (2018). Prediction of acute myeloid leukaemia risk in healthy individuals. *Nature*, 559(7714), 400-404.
- Arslankılıç, Ç., Göl, E. (2020). Kolcaba'nın Konfor Kuramının cerrahi operasyon geçiren hastalarda kullanımı: Sistematik derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 34-44.
- Bakır, G. K., Yurt, S. (2020). Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 20(3), 158-165.
- Carolina, P., Tatiana, P.K., Alide, S. (2018). The Comfort Theory as a theoretical framework applied to a clinical case of hospital at home. *Holistic Nursing Practice*, 32(5), 228-239. doi: 10.1097/HNP.0000000000000275

- Duman, H. T., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç., Aykar, F. Ş. (2020). Kolcaba'nın Konfor Kuramına göre atriyal fibrilasyon olgusu. *Türk J Card Nur*, 11(24), 37-42. doi: 10.5543/khd.2020.98598
- Eigendorff, E., Hochhaus, A. (2015). Akute leukamien des erwachsen. *Pathologe*, 36, 503-519. <https://doi.org/10.1007/s00292-015-0087-y>.
- Erbay, Ö., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç., Şenuzun Aykar, F. (2019). Rektum kanseri nedeni ile kolostomi açılan bir olgunun hemşirelik yönetiminde Kolcaba Konfor Kuramı'nın kullanımı. *J Tradit Complem Med*, 2(1), 42-48. doi: 10.5336/Jtracom.2019-64998
- Estey E.H. (2018). Acute myeloid leukemia: 2019 update on risk-stratification and management. *American Journal of Hematology*, 93 (10), 1267-1291. doi: <https://doi.org/10.1002/ajh.25214>
- Estridge, K.M., Morris, D.L., Kolcaba, K., Winkelman, C. (2018). Comfort and fluid retention in adult patients receiving hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 45(1), 25-60.
- Gheyasi, F., Baraz, S., Malehi, A., Ahmadzadeh, A., Salehi, R., Vaismoradi, M. (2019). Effect of the walking exercise program on cancer-related fatigue in patients with acute myeloid leukemia undergoing chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*, 20(6), 1661-1666. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.6.1661
- Gu, M., Hao, X., Cong, L., Sun, J. (2019). The prevalence, risk factors, and prognostic value of anxiety and depression in refractory or relapsed acute myeloid leukemia patients of North China. *Medicine (Baltimore)*, 98(50), 18196. doi: 10.1097/MD.00000000000018196
- Güleşen, G., Üstün, B. (2020). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(4), 251-258. doi: 10.46483/deuhfed.693256
- Karabacak, Ü., Potur, D. (2017). Katharine Kolcaba: Konfor Teorisi. A. Karadağ, N. Çalışkan, ZG. Baykara (Ed.), Hemşirelik teorileri ve modelleri (1. baskı) içinde (s. 654-673). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kassim, A. A., Savani, B. N. (2017). Hematopoietic stem cell transplantation for acute myeloid leukemia: A review. *Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy*, 10(4), 245-251.
- Kolcaba K, Kolcaba R. (1991a). An analysis of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
- Kolcaba, K. (1991b). A taxonomik structure for the concept comfort. IMAGE. *Journal of Nursing Scholarship*, 4, 237-240.
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 1, 1-10.
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. *Springer Publishing Co, New York*, 37-58.
- Korol, E. E., Wang, S., Johnston, K., Ravandi-Kashani, F., Levis, M., Nooten, F. (2017). Health-related quality of life of patients with acute myeloid leukemia: A systematic literature review. *Oncol Ther*, 5(1), 1-16. doi: 10.1007/s40487-016-0039-6
- Kouchkovsky, I. D., Abdul-Hay, M. (2016). Acute Myeloid Leukemia: A comprehensive review and 2016 update. *Blood Cancer J*, 6(7), 441. doi: 10.1038/bcj.2016.50
- Kuğuoğlu, S., Karabacak, Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 61(16), 16-23.
- Özkan, S.A, Kaya Şenol, D, Aslan, E. (2020). Üçüncü trimester gebelerde konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(2), 92-99.
- Tatar S. ve ark. (2019). Aile hekimliği polikliniğinde akut miyeloid lösemi tanısı koyulan bir olgu. *The Journal Turkish Family Physician*, 10(2), 109-112. doi: 10.15511/tjtfp.19.00299
- Terzi, B., Kaya, N. (2017). Konfor Kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 67-74.
- Tomaszewski, E., L, Fickley, C. E, Maddux, L, et al. (2016). The patient perspective on living with acute myeloid leukemia. *Oncol Ther*, 4, 225-38.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Abdullah Şeref Gülseren, A.Ş., Zencir, G., Demir, L., Tarhan, M.O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85 - 92.
- Yaşar, E., Yücel, Ç. Ş. (2015). Türkiye'de hemşirelerin 2004-2014 yılları arasında konfor kuramını kullandıkları çalışmaların değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 5, 113-126. doi: 10.17371/uhd.2015514478
- Yılmaz, E., Çeçen, D., Kızıl Toğaç, H., Mutlu, S., Kara, H., Aslan, A. (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 3-9.
- Yücel, Ş. Ç., Arslan, G. G. & Bağcı, H. (2020). Effects of hand massage and therapeutic touch on comfort and anxiety living in a nursing home in Turkey: A randomized controlled trial. *J Relig Helath*, 59, 351-368. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00813-x>

Rukiye DEMİR¹
Orcid: 0000 0003 4649 6403

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Tekirdağ Şehir Hastanesi, Süleymanpaşa/Tekirdağ Türkiye

Histerektomi Ameliyatı Olan Kadınların Bazı Parametreler Yönünden Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu

Some Parameters of Women Who Have Had Hysterectomy Surgery Evaluation: Case Reports

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Rukiye DEMİR
rukiye_kiyimik@hotmail.com

Başvuru tarihi: 28.07.2021

Kabul tarihi: 15.11.2021

Anahtar Sözcükler:

Histerektomi; cinsel davranış; rahim; kadın; kadın sağlığı.

Keywords:

Hysterectomy; sexual behavior; uterus; women; women's health.

ÖZ

Uterusa bağlı problem yaşayan kadınlarda fiziksel, psikolojik ve cinsel sıkıntılarının yanı sıra genel sağlık algılamasında azalma gibi birçok sorun meydana gelmektedir. Bu sorunların düzeyi yükseldikçe de kadınların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmekte, oluşan ciddi sorunlar kadınları cerrahi tedaviye yönlendirmektedir. Histerektomi tüm dünyada en fazla yapılan cerrahi uygulamalardan biri olmakla birlikte kadının beden imajını, psiko-sosyal iyilik halini, üreme ve cinsel fonksiyonlarını etkilemektedir. Bu nedenle ameliyat olan kadınlar pek çok konuda endişe ve korku yaşayabilirler. Uterus çoğu kadın için dişiliğin, cinselliğin, doğurganlığın, anneliğin sembolü olduğundan çocuk doğurma, menstruasyon, gençlik, kadınlık ve çekicilik organı gibi kavramlarla bağdaştırılır. Görüldüğü üzere kadınlar için uterusun kaybı çeşitli nedenlerden dolayı kadınlığın kaybı anlamına gelmektedir. Bu nedenle çalışmamız, histerektomi ameliyatı olan üç kadının bazı parametreler (fiziksel, psikolojik ve cinsel) yönünden değerlendirilmesi, kadınların bu parametreler doğrultusunda duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi ve elde edilen verilerin bu konuda yapılacak çalışmalara ışık tutması amacıyla yapılmıştır.

ABSTRACT

In addition to physical, psychological and sexual problems, many problems such as a decrease in general health perception occur in women with uterine problems. As the level of these problems increases, the quality of life of women is negatively affected, and serious symptoms lead women to seek surgical treatment. Although hysterectomy is one of the most performed surgical procedures all over the world, it affects women's body image, psycho-social status, reproductive capacity and sexual functions. For this reason, women who have had surgery may experience anxiety and fear in many issues. Since the uterus is the symbol of femininity, sexuality, fertility and motherhood for many women, it is associated with concepts such as childbearing, menstruation, youth and attractiveness. From this point of view, the loss of the uterus means the loss of femininity. For this reason, our study was carried out in order to evaluate three women who had hysterectomy surgery in terms of some parameters (physical, psychological and sexual), to determine the feelings and thoughts of women in line with these parameters, and to shed light on the studies to be done on this subject.

GİRİŞ

Kadınlarda özellikle yaş ilerledikçe uterusa bağlı, fiziksel ve menstrual değişiklikler, ağrı, duygusal ve cinsel işlev bozuklukları ve genel sağlık algılamasında azalma gibi birçok olumsuzluklar ortaya çıkmakta, bunların düzeyi arttıkça da kadının yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte ve yaşanan ciddi yakınma ve sorunlar kadınları cerrahi tedavi aramaya yönlendirmektedir (Göktaş, Gün, Yıldız, Sakar ve Çağlayan, 2015; Taşkın, 2016). Histerektomi kadınlarda düzensiz kanama, ağrı, prolapsus, myoma uteri, kanser, pelvik inflamatuvar hastalık, endometriyozis ve adenomyozis gibi benign ve malign durumlar sebepleriyle yapılan, abdominal, vajinal, laparoskopik ve robotik yardımlı olarak gerçekleştirilen, uterusun cerrahi yöntemlerle çıkartılması operasyonudur (Abay ve Kaplan, 2017). Çeşitli sebeplerle uygulanan histerektomi ameliyatlarının asıl amacı; kronik pelvik ağrı, anormal uterin kanama ve semptomatik myomalar gibi sorunların çözülmesi ve kadınların fiziksel, psikolojik ve cinsel yönden sağlık düzeylerini ve yaşam kalitelerini yükseltmektir (Bastu, Cenk, Dural, Özgör, Yılmaz, Uğurlucan, Buyru ve Banerjee, 2016; Kök, Erdoğan, Söylemez ve Güvenç, 2020).

Kaynak Gösterimi: Demir, R., (2021). Histerektomi Ameliyatı Olan Kadınların Bazı Parametreler Yönünden Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu. *EGEHFD*, 37(3), 245-250. Doi:10.53490/eghehemsire.975299

How to cite: Demir, R., (2021). Some Parameters of Women Who Have Had Hysterectomy Surgery Evaluation: Case Reports. *JEUNF*, 37(3), 245-250. Doi:10.53490/eghehemsire.975299

Histerektomi tüm dünyada en çok yapılan cerrahi işlemlerden biri olmakla birlikte kadının beden algısını, psiko-sosyal durumunu, üreme ve cinsel fonksiyonlarını etkileyebilmektedir (Hoffmann ve Pinas, 2014). Çünkü uterus çoğu kadınlar tarafından dişiliğin, cinselliğin, doğurganlığın, anneliğin sembolü olarak algılanmakta, çocuk doğurma, menstruasyon, gençlik, kadınlık ve çekicilik organı gibi durumlarla bağdaştırılmaktadır. Kadınlar için uterusun kaybı bu nedenlerden dolayı kadınlığın kaybı anlamına gelmektedir. (Yılmaz, Karataş ve Sancı, 2015). Diğer yandan çocuk doğurmak kadının ana görevi olarak görüldüğünden histerektomi kadınlarda duygusal ve psikolojik sorunlara neden olan bir cerrahi uygulama olmakla birlikte, vücut bütünlüğünün bozulması, doğurganlığın yitirilmesi gibi etkilere neden olurken, insanların özellikle eşin sevgisinin azalacağını düşünülmesi, kadınlık özelliklerinin kaybolması gibi algılanması psiko-seksüel başta olmak üzere çeşitli sorunlara yol açabilir. Bu durum evlilik ilişkilerini, kadının kendine güvenini, beden imajını ve benlik saygısını da olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Abay ve Kaplan, 2017; Kök, Erdoğan, Söylemez ve Güvenç, 2020). Ayrıca ameliyat sonrası kadın eşinin ilgisini daha az çekeceğini, ilgi kaybı, isteksizlik, çekici algısında azalma olacağını ve cinsel ilişkilerinin etkileneceğini düşünebilmekte, uterusun alınmasını vajenin alınması olarak algılamakta ve cinsellikle ilgili özelliklerini tamamen kaybettiğini düşünmektedir (Taşkın, 2016). Yapılan çalışmalarda, histerektomi ameliyatı olan kadınların, eşyle yaşadığı olumsuz ilişkilerin kadında depresyona neden olduğu, ameliyat sonrası bilgilendirilmeyen kadınların daha fazla endişe, kaygı ve depresyon yaşadıkları belirtilmiştir (Hoffmann ve Pinas, 2014; Yaman ve Ayaz, 2015).

Günümüzde özellikle malign durumların söz konusu olmadığı durumlarda histerektomi operasyonunun yapılmasının uygun olmadığına yönelik tartışmalar devam etmektedir. Tartışmalarda üreme organlarının sağlığının bozulmadığı sürece kadının hayatına anlam kattığına inanılmakta, bu organların sağlığındaki bozulmalar ortaya çıktığında ya da kaybı gerçekleştiğinde kadının sağlığının birçok parametreler yönünden tehdit altında olduğu düşünülmektedir (Aarts ve diğerleri, 2015; Bastu ve diğerleri, 2016; Göktaş, Gün, Yıldız, Sakar ve Çağlayan, 2015). Bu nedenle çalışmamız, histerektomi ameliyatı olan üç kadının fiziksel, psikolojik ve cinsel parametreler yönünden değerlendirilmesi, kadınların bu parametreler doğrultusunda duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi ve elde edilen verilerin bu konuda yapılacak çalışmalara ışık tutması amacıyla yapılmıştır.

OLGU SUNUMLARI

Çalışma bir kamu hastanesinde 2021 yılının haziran ayında histerektomi ameliyatı olan ve sonrasında bu hastanenin kadın hastalıkları servisinde yatan üç kadınla yürütülmüştür. Çalışmaya alınan kadınlara önce planlanan çalışma hakkında bilgi verilmiş, varsa soruları cevaplandırılmış, şahsi bilgilerinin saklı tutulacağı ve dilediklerinde çalışmadan ayrılabilirler diye söylenerek, istekli olan kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılan üç olguya araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş gönüllü onam formu okutulup imzalatılmış, olgulara histerektomi ameliyatı sonrası fiziksel, psikolojik ve cinsel parametreler yönünden değerlendirmeyi amaçlayan bazı sorular yöneltilmiştir. Çalışmanın her aşamasında Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uygun davranılmıştır.

Çalışmaya katılan olgulara histerektomi ameliyatı sonrası “enfeksiyona ilişkin risk faktörlerinin (obezite, dren, abdominal insizyon ve intravenöz katater varlığı gibi) değerlendirilmesi, ziyaretçilerin ve hastane personelinin hastayla temastan önce genel izolasyon ve temizlik kurallarına uymalarının sağlanması, hasta ve ailesine enfeksiyon belirtileri ve korunma yollarının öğretilmesi, vücut hijyenine önem verilmesi, yaşam bulgularının takip edilmesi ve kaydedilmesi, düzenli egzersiz ve mobilizasyonun sağlanması ve dışkılama alışkanlıklarının belirlenmesi, yeterli ve dengeli sıvı ve besin alımının sağlanması, psikolojik desteğin sağlanması” şeklinde gerekli bakım ve eğitimler sağlanmıştır. Düşme riski, insizyon yerinde ağrı, enfeksiyon riski ve aktivite intoleransı tanıları belirlenen hastalara gerekli bakım ve uygulamalar planlanmış, olguların doktor istemindeki bakım ve tedavisi düzenli olarak yapılmıştır. Kadınlar kendilerini iyi hissettiğinde ameliyat ile ilgili duygu ve düşünceleri sorgulanmış, kendilerini ifade edebilmeleri için gerekli ortam sağlanmıştır.

Olgu 1

Olgu (N.B.) evli ve ilköğretim mezunu, gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan (ev hanımı), yaşayan üç çocuğu olan, 46 yaşında bir kadındır. Son üç yıldır anormal uterus kanamaları ve geçmeyen karın ağrıları şikâyeti ile hastanenin kadın hastalıkları polikliniğine başvurmuş, bu şikâyetlerin hayatını olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir. Tanı ve tetkikler sonrasında olguya myoma uteri, anormal uterus kanamaları teşhisleri konularak, Total Abdominal Histerektomi (TAH)+Bilateral Salpingo Ooferektomi (BSO) operasyonu için kadın hastalıkları ve doğum servisine yatışı (23.06.2021) yapılmıştır.

Fiziksel: Ameliyat sonrası dönemde hastanın vital bulgu sonuçları; solunum sayısı 22 dk, nabız sayısı 84/dk, sistolik ve diastolik kan basıncı ortalaması 140/90 mmHg ve kulaktan/alından temassız ateş ölçer ile ölçülen vücut sıcaklığı 36.5°C belirlenmiş, hasta ameliyattan altı saat sonra mobilize edilmiştir. Operasyon sonrası ilk günde hasta normal beslenmesine izin verilmemiş, sadece sıvı gıdalarla beslenmesi sağlanmıştır. Hastanın abdominal bölgesinde sütür mevcut olup, kızarıklık, kötü ve pis kokulu akıntı, ödem, ayrılma belirtileri kapsamında değerlendirilip, günlük olarak pansumanı yapılmıştır. Ertesi gün laboratuvar bulguları (tam kan ve rutin biyokimya) değerlendirildiğinde,

bulguların normal olduğu saptanmıştır. Hastanın üriner katateri ameliyat sonrası sekizinci saatte doktor istemiyle çıkartılmıştır. Hasta ameliyat sonrası ilk günde 3-4 kez idrar çıkışının olduğunu fakat gaita ve gaz çıkışının henüz gerçekleşmediğini söylemiştir. Olgumuz ameliyat sonrası fiziksel sağlık algısını kötü/orta/iyi olarak değerlendirmesini istediğimizde fiziksel sağlığını “orta” olarak algıladığını belirtmiştir.

Psikolojik: Hasta “Ameliyat öncesi çok stresliydim. Acaba ameliyatta bana bir şey olur mu, ölür müyüm diye korkuyordum, ama şimdi hamdolsun iyiyim” şeklinde açıklama yapmıştır. “Bundan sonra daha iyi olacağım inşallah, daha rahat edeceğime, daha konforlu bir hayat süreceğime ve mutlu olacağıma inanıyorum. Çok sıkıntı çektim çokook, keşke bu kadar beklemeseymişim, hep erteledim ama bir sürü şey vardı aklımda sonuna kadar bekledim kızım, yaşıam çok genç olmasının etkisiyle çok düşündüm, kolay mı menopoza girmek bu yaşta...” şeklinde ifade ederek yapılan ameliyatı ve getirilerini zor kabullendiğini belirtmiştir. Hasta “Çocuklarım ve güzel bir ailem var, Allah bana ve onlara uzun ömür versin hiç yalnız bırakmadılar beni bu dönemde, eşim bana bu süreçte çok destek oldu. Onunla ameliyat öncesi konuştuk ve benim sağlığımın her şeyden önemli olduğunu, ameliyat olmamı istediğini söyledi” diye belirtmiştir. Hastada psikolojik olarak olumlu benlik algısının varlığı anlaşıldı. Hasta hayatında herhangi bir sorun ile karşılaştığında dua ettiğini, ameliyata girerken de dua edip kendini sakinleştirdiğini söyledi.

Cinsel: Hastaya bundan sonraki cinsel yaşamı ve eşinin histerektomi ameliyatına yönelik düşünceleri sorulduğunda; “Rahmimin alınmış olması ile kadınlığımın bittiğini düşünmüyorum, bazıları öyle ima ettiği için söylüyorum. Kendimi yine sağlıklı bir kadın ve birey olarak görüyorum, eşimle haftada bir iki kez birlikte olurduk ama kanamalarım ve rahatsızlığım olduğunda birlikte olmazdık, eşim bu durumu anlayışla karşıladı. Son şikayetlerim daha da arttı ve bunlar beni çok rahatsız ediyordu. Ameliyat sonrasında da cinsel hayatımızda bir değişiklik olmayacak diye düşünüyorum. Bu konuda çok şanslıyım, eşim bana çok önem verir...” şeklinde konuşarak geçirdiği ameliyatın düşünce ve inançlarını etkilemediğini ifade etmiştir.

Olgu 2

Olgu (B.A.) evli ve ilkökul mezunu, gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan (ev hanımı), yaşayan beş çocuğu olan, 49 yaşında bir kadındır. Son beş yıldır yoğun ara kanamaları, tekrarlayan enfeksiyon ve ağrı şikâyeti ile hastanenin kadın hastalıkları polikliniğine başvurmuş, bu şikayetlerin de fiziksel, psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Gerçekleştirilen tanı ve tetkiklerle olguya myoma uteri ve over kisti/kanseri teşhisiyle Total Abdominal Histerektomi (TAH)+Bilateral Salpingo Ooferektomi (BSO) operasyonu için kadın hastalıkları servisine yatırıldı (20.06.2021) yapılmıştır.

Fiziksel: Ameliyat sonrası dönemde hastanın vital bulgularının sonuçları; solunum ve nabız sayısı: 24 ve 92/dk, sistolik ve diastolik kan basıncı ortalaması 100/60 mmHg ve kulaktan/alından temassız ateş ölçer ile ölçülen vücut sıcaklığı 36.9°C ölçülmüş, hasta ameliyattan 6-7 saat sonra mobilize edilmiştir. Ameliyattan sonra ilk günde hasta, katı gıdalar yemesine izin verilmemiş, sadece sıvı gıdalar yemesi söylenmiştir. Hastanın abdominal bölgesinde sütür mevcut olup, kızarıklık, kötü ve pis kokulu akıntı, ödem ve ayrılma belirtileri yönünden değerlendirilerek, günlük pansumanı yapılmıştır. Ertesi gün laboratuvar bulguları (tam kan ve rutin biyokimya) değerlendirildiğinde bulguların normal olduğu saptanmıştır. Hasta ameliyat sonrası birinci günde birkaç kez idrarını, gaita ve gaz çıkışını yaptığını ifade etmiştir. Hastanın üriner katateri ameliyat sonrası sekizinci saatte doktor istemiyle çıkartılmıştır. Hastadan ameliyat sonrası fiziksel sağlık algısını kötü/orta/iyi olarak değerlendirmesini istediğimizde fiziksel sağlığını “orta” olarak algıladığını belirtmiştir.

Psikolojik: Hasta “Ameliyattan sonraki ilk günde ağrılarımдан ötürü rahatsızım ancak şikayetlerimin biteceğini biliyorum, çok şükür geçti rahatladım” ifadesinde bulundu. “Kanama ve ağrılarımдан kurtuldum, sağlığıma tekrar kavuşacağım inşallah, kanser korkusu yedi bitirdi beni, ailemde çok var, çok stres oldum çok, hem artık ibadetlerimi daha rahat yapabileceğim” dedi. “Kanser olduğumu öğrendiğimde ilk ölmek istedim ama sonra bazı inançlar sizi ayakta tutuyor ve dayanıyor sunuz” dedi. Hastada olumlu benlik algısının olduğu ve hastalığının varlığını ve operasyonu kabullendiği düşünüldü.

Cinsel: Hastaya bundan sonraki cinsel yaşamı ve eşinin histerektomi ameliyatına yönelik düşünceleri sorulduğunda; “Bu yaşta çocuk mu doğuracağım kızım bizden geçti bazı şeyler, ama bazı kaygılarım da yok değil, çevremdeki bayanlar negatif şeyler söylemedi değil, işte ameliyat sonu içim boşalacakmış yok yarım kadın hissedebilmişim, menopozdan çok farklıymış bu, bazı eşlerin eşlerini sırf bu yüzden kadınlarını terk ettiğini falan filan işte...”. “Allah var eşim hiçbir şey hissettirmede ve söylemedi ama tabi bazı korkularım var, ama başka çarem kalmamıştı” diye belirtmiştir.

Olgu 3

Olgu (Z.Ü.) evli, okur-yazar, gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan (ev hanımı), yaşayan beş çocuğu olan, 65 yaşında bir kadındır. Son üç yıldır postmenapozal anormal uterus kanamaları, pelvik ağrı, pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans şikâyeti ile hastanenin kadın hastalıkları polikliniğine başvurmuş, bu şikayetlerin fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Yapılan tanı ve tetkikler sonucunda

olguya postmenapozal anormal uterus kanaması, pelvik organ prolapsusu teşhisleri ile Total Abdominal Histerektomi (TAH)+Bilateral Salpingo Ooferektomi (BSO) ameliyatı için kadın hastalıkları servisine yatırılı (15.06.2021) yapılmıştır.

Fiziksel: Hastanın ameliyat sonrası dönemde vital bulgularının sonuçları değerlendirildiğinde; solunum ve nabız sayısı 24 dk ve 96/dk olarak, sistolik ve diastolik kan basıncı ortalama 150/90 mmHg ve kulaktan/alından temassız ateş ölçer ile ölçülen vücut sıcaklığı 37.1°C belirlenmiş, ameliyattan altı saat sonra mobilize edilmiştir. Ameliyat sonrası ilk günde hastanın normal beslenmesine izin verilmemiş sadece sulu gıdalarla beslenmesi sağlanmıştır. Hastanın abdominal bölgesinde sütür mevcut olup, olgunun derisi kızarıklık, kötü ve pis kokulu akıntı, ödem ve ayrılma belirtileri yönünden değerlendirilmiş, insizyon yerinde bir miktar akıntı ve kızarıklık gözlemlenen hastanın pansumanı günde iki defaya çıkartılmıştır. Ertesi gün laboratuvar bulguları (tam kan ve rutin biyokimya) değerlendirildiğinde kan değerlerinin düşük olduğu tespit edilerek hastaya (iki ünite eritrosit, iki ünite taze donmuş plazma) kan takviyesi yapılmıştır. Ameliyat sonrası birinci günde olan hasta idrarını yaptığını, gaz çıkışının olduğunu fakat gaita çıkışının henüz olmadığını ifade etmiştir. Hastanın üriner katateri ameliyat sonrası sekizinci saatte doktor istemiyle çıkartılmıştır. Hastaya ameliyat sonrası fiziksel sağlık algısını kötü/orta/iyi olarak değerlendirmesini istediğimizde fiziksel sağlığını “iyi” olarak algıladığını belirtmiştir.

Psikolojik: Hasta “Kanama, ağrı, organ sarkması, sık idrara çıkma ve enfeksiyon gibi şikayetlerden kurtulacağıma çok seviniyorum, sağlığıma tekrar kavuşma düşüncesi beni heyecanlandırıyor ama bir taraftan da içimde bir boşluk oluştuğunu, ne bileyim işte bedenimden, kadınlığımdan bir parça gittiğini düşünüyorum, bir kadının en önemli parçası alınıyor, gidiyor ister istemez düşünüyorum işte..., bunun yanında eşim işte bazı korkuları var, erkek değil mi hepsi aynı, yarım adam olduğumu hissetmesi, kocamın ev işleri yapamamamdan ve onunla yeterince ilgilenemememden korkması beni mutsuz ediyor” ifadelerinde bulunmuştur. Hastanın durumu ile ilgili sahip olduğu olumsuz benlik algısının daha ağır bastığı düşünüldü.

Cinsel: Hastaya bundan sonraki cinsel yaşamı ve eşinin histerektomi ameliyatına yönelik düşünceleri sorulduğunda; “Bence rahim dışılığı, doğurganlığı, anneliği ifade ediyor ve onu çocuk doğurma, gençlik organı gibi görüyordum dolayısıyla ameliyat olmam ve onu kaybetmem kadınlığın gidişi gibi geliyor bana, üzülüyorum, ama yaşım gereği artık kabullendim bazı şeyleri, çünkü ne kadınlık kaldı ne çekicilik., menopozdan sonra gitti bence hepsi, yatakları ayrıralı 10-15 sene oldu be kızım, bu yaştan sonra bizden geçti gitti her şey, artık güzel ölmek için yaşıyorum, eşimde el ayaktan yavaş yavaş kesildi, birbirimize iki kelam etmek için bile üşeniyoruz.” diye ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Uterusa bağlı problem yaşayan kadınlarda birçok sorun meydana gelmekte, bu sorunların düzeyi arttıkça kadının sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte ve ciddi semptomlar nedeniyle de kadınlar histerektomi ameliyatı olmak durumunda kalmaktadır (Bolsoy, Kavlak ve Dağ, 2014; Göktaş, Gün, Yıldız, Sakar ve Çağlayan, 2015). Çalışmamızdaki olguların histerektomi ameliyatı olma nedenlerine baktığımızda; myom uteri, over kisti, kanseri, pelvik organ prolapsusu ve anormal uterus kanamaları gibi ciddi nedenler ortaya çıkmaktadır. Esen ve Çam (2006)’ın yaptığı çalışmada kadınların histerektomi ameliyatı olma nedenleri incelendiğinde, kadınların %58.5’inin myom-uteri, %19.5’inin over kisti/kanseri, jinekolojik kanser (%12.2’si endometrium, %9.7’si uterus ve %7.3’ü serviks kanseri); Kök, Erdoğan, Söylemez ve Güvenç (2020)’in yaptığı çalışmada kadınların aşırı kanama, ciddi ağrı nedenleriyle histerektomi ameliyatı olduğu belirlenmiştir (Esen ve Çam, 2006; Kök, Erdoğan, Söylemez ve Güvenç, 2020). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Histerektomi ameliyatı olan hastaları fiziksel açıdan değerlendirildiğinde; yapılan çalışmalarda histerektomi ameliyatı olan kadınların çoğunluğunda ameliyat sonrası yaşadıkları sıkıntıların ortadan kalkması nedeniyle yaşam kalitelerinin arttığı, sağlık algılarının yükseldiği, rahatsızlık yaratan semptomların azaldığı dolayısıyla ameliyat sonrası eşleriyle ve yakınlarıyla ilişkilerinin düzeldiği belirtilmektedir (Abay Bastu ve diğerleri, 2017; Bastu ve diğerleri, 2016; Yaman ve Ayaz, 2015). Çalışmamızda olguların ameliyat sonrası fiziksel sağlıklarını genel olarak “orta ve iyi” olarak algıladıkları ve fiziki bulgularının iyi olduğu görülmüştür. Williams ve Clark (2000)’ın yaptığı çalışmada rahim alma operasyonu sonrasında kadınlarda ortaya çıkan çeşitli semptomların (ağrı ve kanama gibi) semptomların kaybolacağı gibi olumlu düşüncelerin onların fiziksel olarak erken toparlanmalarına ve fiziksel açıdan iyilik hallerinin artmasına neden olduğu bulunmuş; Yılmaz, Karataş ve Sancı (2015)’nın yaptığı çalışmada ise kadınların histerektomi ameliyatı sonrası yaşam kalitelerini ve fiziksel sağlık algılarını iyi olarak algıladığı, ameliyattan önce kadınlarda var olan şikayetlerin bitmesi yada azalması nedeniyle annelik ve eşlik ilişkilerini daha iyi, mutlu ve huzurlu bir şekilde gerçekleştirdiğini belirtmiştir (Williams ve Clark, 2000; Yılmaz, Karataş ve Sancı, 2015). Çalışmamıza katılan kadınların fiziksel sağlıklarını genel olarak olumlu algılamaları sevindirici karşılanmaktadır. Bu iyilik halinin operasyon sonrası iyileşme sürecine ve genel motivasyona yansıtacağını ve kadınların yaşam kalitelerinin artarak ameliyat sonrası sürecin kısılacığını düşünmekteyiz.

Histerektomi ameliyatı olan hastaları psikolojik açıdan değerlendirildiğinde; çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası bazen olumlu bazense olumsuz düşüncelere kapıldığını; hastaların “Şikayetlerinden kurtulacağına

heyecanlandığını ve çok sevindiğini, mutlu olacağına inandığını ve bazı inançlarının kendini ayakta tuttuğunu ama bir taraftan da içinde bir boşluk oluştuğunu, yaşının çok genç olmasının etkisiyle menopoza girmek istemediğini, bedeninden, kadınlığından bir parça gittiğini düşündüğünü, bir kadının en önemli parçasının alındığını belirtmesinin yanı sıra ister istemez bazı korkularının olduğunu ve bunlarında onu mutsuz ettiğini düşünmesi” gibi duygu ve düşüncelere sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada histerektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat ile ilgili düşüncelerini incelediğimizde; kanama, ağrı gibi şikayetlerden kurtulduğu için sevinme, kanser korkusundan kurtulduğu için rahatlama, artık ibadetlerini daha rahat yapabilme ve sağlığa tekrar kavuşma gibi olumlu düşüncelerinin olduğu ve psikolojik olarak kendilerini mutlu hissettikleri, fakat bunun yanı sıra kadınların “Kadınlığımdan bir parça gitti, bir kadının en önemli parçasını kaybettim, içimde bir boşluk oluştu” gibi operasyona yönelik farklı olumsuz görüşler ifade ettikleri belirtilmiştir (Özdemir ve Pasinlioğlu, 2009). Konu ile ilgili yapılan başka çalışmaları incelediğimizde; kadına ameliyat sonrası dönemde uterusunun çıkarılmasının kendisi için ne anlam içerdiğini belirtmesi istendiğinde, kadınların çoğu bu konuda olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olmadığını, psikolojik hayatlarında bir değişiklik olmadığını (Esen ve Çam, 2006; Kök, Erdoğan, Söylemez ve Güvenç, 2020) belirtirken, bazıları büyük bir boşluk hissettikleri, eşlerini mutlu edemeyecekleri ve ilişkilerinin eskisi gibi olamayacağını, onu mutlu edemeyeceğini düşündüklerini, menopozla birlikte yaşayabileceği sıkıntılarla ilgili kaygılarının olduğunu, menopoza gireceği için üzgün olduğunu ve korktuğunu (Aarts ve diğerleri, 2015), bazıları ise ameliyat sonrasında psikolojik sorun yaşadığını ve eş ile ilişkilerinde değişim olduğunu belirtmiştir (Yılmaz, Karataş ve Sancı, 2015). Histerektomi ameliyatı olan kadınlar, üreme fonksiyonlarının kaybı ile birlikte, kadınlığının olumsuz etkilendiği düşüncesiyle eşiyile ilişkisinin etkilenmesi, olumlu beden algısının azalması, menopozun olumsuz yönleri gibi pek çok konuda ciddi kaygılar ve anksiyete yaşayabilmekte, bu nedenle psikolojik açıdan olumsuz yönde etkilenmektedir (Taşkın, 2016). Kadınların gerçekleşen operasyon sonrası sahip olduğu olumlu düşünce ve algıların eşlerinin ve ailesinin yaklaşımının ve desteğinin yüksek olmasıyla ilgili olabileceğini ve kadınların ameliyat sonrası psikolojik sorun yaşamamaları ve bu dönemi en az hasar ile atlatabilmeleri için kadınlara ve ailelerine ameliyat sonrası dönemle ilgili bilgi ve eğitim verilmesinin önem arz ettiği düşünülmektedir.

Histerektomi ameliyatı olan hastalar cinsel açıdan değerlendirildiğinde; çalışmaya alınan hastalar “Rahminin alınmış olması ile kendini yine sağlıklı bir kadın ve birey olarak gördüğünü, ameliyat sonrasında da cinsel hayatında bir değişiklik olmayacağını düşündüklerini, ama bazı korku ve kaygılarının da olduğunu ama başka çaresinin olmadığını belirtirken, bir yandan da rahmin dişiliği, doğurganlığı, anneliği ifade ettiğini ve onu çocuk doğurma, gençlik organı gibi gördüğünü dolayısıyla ameliyat olmasının ve onu kaybetmesinin kadınlığının gidişi gibi gördüğünü ve üzüldüğünü fakat artık ileri yaşta ve menopozda olduğu için bunları kabullendiğini” belirtmişlerdir. Histerektomi sonrası cinsel yaşamı değerlendiren farklı çalışmalar incelenmiş, Bolsoy, Kavlak ve Dağ (2014) yaptıkları çalışmada, bazı kadınlarda kendisinde hastalık yapan, strese neden olan organın bedeninden alınmasının, kadının kendisinden beklenen cinsel performansın daha fazla olmasına neden olacağı endişesi yaşadığı belirtilmiştir (Bolsoy, Kavlak ve Dağ, 2014). Kantar ve Sevil (2004) yaptıkları çalışmada, kadınların en önemli kadınlık organı olarak uterusu söyledikleri, kadınların cinsel fonksiyonlarda ve vücut bütünlüğünde bozulma, eş ilişkilerinde ve ilgisinde bozulma ve azalma gibi olumsuz düşüncelere sahip olduğunu belirtmişlerdir (Kantar ve Sevil, 2004). Kadınlar açısından önemli bir anlama ve değere sahip uterusun çıkartılması kadınlarda çeşitli olumsuz duygu ve düşüncelere sebep olmaktadır. Cinsel iyilik hali kadın sağlığında önemli bir yer almakla birlikte cinsel işlev bozukluğu kadınların hayat kalitesinde düşmeye ve evlilik bağı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bütün bu verilerin yanı sıra güncel literatürde bu düşünceleri destekleyecek yeterli veri bulunmamaktadır (Aarts ve diğerleri, 2015; Abay ve diğerleri, 2017). Histerektominin cinsel işlev üzerine olan etkisinin araştırıldığı çok merkezli randomize bir çalışmada histerektomi ameliyatı olan kadınlarda cinsel birleşme, orgazm ve libidoda artış tespit edilirken, disparoni ve vajinal kurulukta azalma olduğu (Hoffmann ve Pinas, 2014), başka bir çalışmada ise histerektominin kadınların çoğunda cinsel fonksiyonlarda belirgin iyileşme sağladığı ancak hastaların bazılarında yeni semptomların ortaya çıktığı (Aarts ve diğerleri, 2015), ameliyat sonrası iki yıllık dönemde cinsel istekte artma yaşadıkları ve şikayetlerin ortadan kalkmasıyla cinsel ilişkiden daha fazla zevk aldıkları (Abay ve diğerleri, 2017), ameliyattan sonra vajinada kuruluk idrar-gaita kaçırma şikayetlerinin ortaya çıkabildiği saptanmıştır (Yılmaz, Karataş ve Sancı, 2015). Bu sonuçların uygulanan cerrahi yöntemden bağımsız olarak histerektomi sonrası cinsel işlevde büyük oranda iyileşme olduğu, bu durumun büyük olasılıkla cerrahi endikasyon doğuran preoperatif semptomların ortadan kalkmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu konuda yapılan çalışmalarda, histerektomi sonrası cinsel yaşamla ilgili sağlık personelinin eğitim ve danışmanlık yapmakta eksik olduğu vurgulanmaktadır (Bastu ve diğerleri, 2016; Hoffmann ve Pinas, 2014; Kök, Erdoğan, Söylemez ve Güvenç, 2020). Bu nedenle kadınlara bakım veren ebe ve hemşirelerin histerektomi ameliyatı olacak hastalarda operasyon öncesi ve sonrası cinsel yaşamları ve beklentileri üzerine konuşmalarına fırsat vermeleri, ameliyat sonrası eş ilişkileri ve cinsel hayatlarının değişmeyeceği konusunda kadınların ve eşlerinin bilgi düzeyinin yükseltilmesi, histerektomi geçiren kadınların cinsel sağlıklarının ne yönde ve nasıl etkilenebileceği konusunda uygun eğitim ve danışmanlık yöntemlerine göre bakım vermesi önerilmektedir.

Histerektomi ameliyatı olan kadınların doğurganlık, cinsel, duygusal ve fiziksel başta olmak üzere pek çok konuda kaygı ve anksiyete yaşadığı ve olumsuz yönden etkilendiği görülmektedir. Histerektomi ameliyatı olan

kadınlara bütüncül bir bakım sunabilmek için onlara bakım veren sağlık profesyonelleri ameliyat ve taburculuk sonrası yaşam ile ilgili sağlık eğitimi yapmalı, bu eğitimlerde görsel materyal kullanılarak genital organların ve işlevlerinin anlatılması, hastanın bilgi eksikliklerinin ve olumsuz düşüncelerin öğrenilmesini sağlayarak, giderilmesi adına çalışılmalıdır. Ayrıca çalışmanın kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesi adına emek veren ebe ve hemşirelere katkı sağlayacağı ve operasyon olacak ya da olan kadınlara duyarlılıklarının ve bu yönde farkındalıklarının artmasını sağlayacağı düşünülmekte, konu ile ilgili yapılacak çalışmaların kadın sağlığını yükselteceği için bu yönde çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Yazar Katkıları: Bu çalışmanın tasarlanması, verilerin toplanması, analizi ve raporlanması ile ilgili tüm süreçler sorumlu yazar tarafından yürütülmüştür.

Çıkar Çatışması: Yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Mali destek: Araştırma ile ilgili bir proje ya da firmadan mali destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Aarts, J. M. W., Nieboer, T. E., Johnson, N., Tavender, E., Garry, R....Mol, B. W. J. (2015). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(8), 1-214. doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub5.
- Abay, H. ve Kaplan, S. (2017). Histerektomi sonrası cinsel sorunların değerlendirilmesinde PLISSIT Modelinin kullanılması. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 11, 184-200.
- Bastu, E., Cenk, Y., Dural, Ö., Özgör, B.Y., Yılmaz, G., Ugurlucan, F.G., Buyru, F., Banerjee, S. (2016). Comparison of 2 methods of vaginal cuff closure at laparoscopic hysterectomy and their effect on female sexual function and vaginal length: A randomized clinical study. *J Minim Invasive Gynecol*, 23(6), 986-93. doi: 10.1016/j.jmig.2016.07.007
- Bolsoy, N., Kavlak, O. ve Dağ, H. (2014). Histerektomi operasyonu geçiren kadınların cinsel yaşamlarına yönelik bilgi gereksinimleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 36-51. doi: 10.17371/UHD.2014018937
- Esen, E. ve Çam, O. (2006). Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(1),107-117. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/836008>.
- Göktaş, S. B., Gün, I., Yıldız, T., Sakar, M. N. ve Çağlayan, S. (2015). The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. *Pak J Med Sci*, 31(3), 705. doi: 10.12669/pjms.313.7368
- Hoffmann, R. L. ve Pinas, I. (2014). Effects of hysterectomy on sexual function. *Curr Sex Health Rep*, 6, 44-51. doi: 10.1007/s11930-014-0029-3
- Kantar, B., Sevil, Ü. (2004). Histerektomi ameliyatı olmuş kadınlarda depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 22(1), 107-117. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/836008>
- Kök, G., Erdoğan, E. N., Söylemez, E. B. ve Güvenç G. (2020). Histerektomi olan hastanın fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 273-78. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1147729>
- Özdemir, F. ve Pasinlioğlu, T. (2009). Histerektomi operasyonu geçiren kadınların histerektomi hakkında görüşlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 30-37. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/984140>
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp.
- Williams, R. D. ve Clark, A. J. (2000) A qualitative study of women's hysterectomy experience. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(2), 15- 25. doi: 10.1089/152460900318731
- Yaman, Ş. ve Ayaz, S. (2015). The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy. *Turk J Obstet Gynecol*, 12(4), 211-4. doi: 10.4274/tjod.95770
- Yılmaz, E., Karataş, B. ve Sancı, M. (2015). Kadınlarda histerektomi sonrası cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(2), 40-52. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825145>

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

DERGİ HAKKINDA

Derginin Tanımı

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

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

Dergi Künyesi

Önceki Başlığı: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi

Önceki Adıyla Yayımlandığı Yıl Aralığı: 1985-2011

ISSN: 2147-3463

e-ISSN:2667-6648

Amaç ve Kapsam

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi;

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

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

Yayın Politikası

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

Açık Erişim Politikası

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

Genel İlkeler

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

Değerlendirme Süreci

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

Yazar Sorumluluğu

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

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

Editör ve Hakem Sorumluluğu

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

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

Yayın Etiği ve Bilimsel Sorumluluk

EGEHFD, yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır ve Committee on Publication Ethics (COPE) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) tarafından geliştirilen ilkeleri benimser; konuyla ilgili aşağıdaki kılavuzların izlenmesini tavsiye eder

(<http://www.icmje.org/recommendations>,<https://publicationethics.org/resources/guidelines>).

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

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

Çıkar Çatışması

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

Dil

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

YAZARLARA BİLGİ

MAKALENİN HAZIRLANMASINA YÖNELİK GENEL KURALLAR

MAKALENİN BİÇİMSEL ÖZELLİKLERİ

- Yayın dili, Türkçe ve İngilizcedir.
- Sözcük sayısı: Özgün Araştırma Makaleleri, Meta Analiz ve Sistemik Derlemelerde 6000-8000, Derleme ve Olgu Sunumlarında 3000-5000 kelime ile sınırlandırılmalıdır.
- Kaynak sayısı, tüm makalelerde en fazla 50 ile sınırlandırılmalıdır.
- Sayfanın kenar boşlukları sağdan, soldan, üstten ve alttan 2,5 cm olacak biçimde düzenlenmelidir.
- Başlık ve paragraf girişleri sola yaslı, makalenin tamamı ise iki yana yaslı olacak şekilde biçimlendirilmelidir.
- Ana metin 12 punto, öz, kaynaklar, tablolar ve şekiller 10 punto, çift satır aralıklı ve Times New Roman yazı tipinde yazılmalıdır.
- Ana başlıklar; tüm harfler büyük ve koyu olmalıdır. Ana başlıkların altında yer alan alt başlıklar; sola yaslı, koyu ve ilk harfleri büyük olacak biçimde, alt başlıkların altındaki diğer başlıklar; bir tab içeride, koyu ve ilk harfi büyük diğer harfler küçük olacak biçimde yazılmalıdır.
- Başlık sayfası ve ana metin ayrı iki Microsoft Word dosyası olarak sunulmalıdır. Ana metin; başlık, öz, abstract ve anahtar kelimeler ile başlamalı, metin, kaynakça, tablolar, şekiller ve varsa ekler olarak sunulmalıdır.
- Başlık sayfasından başlanarak tüm sayfalar numaralandırılmalıdır. Sayfa numarası sayfanın sağ alt köşesinde verilmelidir.
- Tablolar metinde kullanılış sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tablo numarasından sonra nokta ve bir karakter boşluk bırakılmalı, kelimelerin ilk harfi büyük olacak biçimde ismi tablonun üzerine yazılmalıdır.
- Tüm makalelerde tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş olmalıdır.
- Şekil ve grafik başlıkları yazılırken ilk harf büyük diğer harfler küçük olacak biçimde şekil ve grafiklerin altında yer almalıdır.
- Şekiller dijital formatlı, 300 DPI çözünürlüğünde ve .jpeg kayıtlı olmalıdır. Tablo, şekil ve grafikler, her biri ayrı sayfada ve kaynaklardan sonra yer almalıdır. Her bir tablo, şekil ve grafiğe metin içerisinde atıfta bulunulmalıdır.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise kaynak belirtilmelidir.
- Virgül ve noktadan önce boşluk bırakılmamalıdır.
- () ve “ ” gibi işaretlerle belirtilen cümle ya da kelimelerden önce ve sonra boşluk bırakılmamalıdır.
- Ondalık sayılar yazılırken nokta kullanılmalıdır.
- Yüzde (%) ile ifade edilen rakamlarda % ile rakam arasında boşluk bırakılmamalıdır.
- Çeşitli istatistik veriler simgeleriyle gösterilmelidir. Varyans analizi değerleri (F), istatistiksel değerler (n, %) gibi.
- Kısaltmalar Başlıkta ve Öz’de kullanılmamalı, metin içinde açıklamaları ilk kullanıldıkları yerde verilmeli ve parantez içinde kısaltması yazılmalıdır. Kısaltma sayısı mümkün olduğunca az olmalıdır.
- Yazılar “.doc” şeklinde kaydedilmeli Word belgesi olarak gönderilmelidir. “PDF” formatında gönderilmemelidir.

MAKALENİN BÖLÜMLERİ:

Başlık Sayfası

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

Öz/Abstract

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

Ana Metin

Özgün Araştırma Makalesi

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

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

Meta Analiz ve Sistematik Derleme

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

Derleme

Alanında birikimi ve çalışmaları olan uzman kişiler tarafından yazılması tercih edilen derleme makaleleri; güncel ve gereksinimlere yönelik konularda, ulusal ve uluslararası güncel kaynaklar doğrultusunda konuyla ilgili tartışmaların

ve yazar görüşlerinin ortaya koyulduğu çalışmalardır. Bölümleri; Giriş, Konu Başlıkları ve Kaynaklar olarak sıralanmaktadır.

Olgu sunumu

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

Teşekkür

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

Kaynaklar

Referans Stili ve Formatı

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

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

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

Yayın türlerine göre kaynak gösterme örnekleri aşağıda verilmiştir.

a) Türkçe Kitap

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

b) Editörlü Kitap

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

c) İngilizce Kitap

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

d) İngilizce Kitap İçerisinde Bölüm

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

e) Türkçe Kitap İçerisinde Bölüm

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

f) Türkçe Makale

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

g) İngilizce Makale

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

h) Sekizden Fazla Yazarlı Makale

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

i) DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

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

i) Türkçe Tezler

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

j) Kongre Bildirisi

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

k) Web sayfası, makale başlığı, bölüm başlığı

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

SON KONTROL LİSTESİ

1.Makalenin Türü

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

Başlık Sayfası

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

Ana Metin

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

Kaynaklar

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

Tablo, Şekil/Grafik ve Resimler

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

Tüm Makale

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

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

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

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

Yazar/ Yazarlar

İmza

Tarih

YAZAR İNDEKSİ

<u>Yazar</u>	<u>Sayı-Sayfa</u>	<u>Yazar</u>	<u>Sayı-Sayfa</u>
Şeyma KİLCİ	1:1-9	Ayşe Asli OKTAY	2:131-139
Müge SEVAL	1:1-9	Filiz TAŞ	2:131-139
Nuray DOĞAN	1:1-9	Merve GÜLPAK	2:131-139
Ayten AKKAYA	1:11-22	Fadime YEL	2:131-139
Mevlûde KARADAĞ	1:11-22	Fatma Sultan ÖZTOPRAK	2:141-156
Gülşen ÇALIŞ	1:23-38	Emel EGE	2:141-156
Suheyla ÖZSOY	1:23-38	Selda MERT BOĞA	2:157-170
Hatice KAHYAOĞLU SÜT	1:39-46	Aylin Aydın SAYILAN	2:157-170
Selda ÖZTÜRK	1:39-46	Kiymet YUMUŞAK	2:171-177
Ayşe ŞENOĞLU	1:47-57	Özlem CEYHAN	2:171-177
Zekiye KARAÇAM	1:47-57	Sinem GEÇİT	2:179-187
Gülsüme SATIR	1:59-67	Meryem YAVUZ VAN GİERSBERGEN	2:179-187
Merve MURAT	1:59-67	Güliden BASİT	3:189-195
Çiğdem BERK ÖZCAN	1:69-78	Elif Zümrüt ACAR	3:197-206
Öznur ERBAY	1:79-86	Ümmü YILDIZ FINDIK	3:197-206
Ayfer KARADAKOVAN	1:79-86	Yeşim AHMEDOV	3:207-216
Senem ÖNOL	1:87-94	Anvar AHMEDOV	3:207-216
Ayşegül DÖNMEZ	1:87-94	Nurten Gülsüm BAYRAK	3:217-222
Semra ZORLU	2: 95-105	Nermin GÜRHAN	3:217-222
Nuriye ERBAŞ	2: 95-105	Didar KARAKAŞ	3:217-222
Ezgi TAMER	2:107-119	Pınar YEL	3:223-228
Havva ÖZTÜRK	2:107-119	Ayfer KARADAKOVAN	3:223-228
Suat TUNCAY	2:121-129	Şeyma KİLCİ ERCİYAS	3:229-234
Ayşe SAHİN	2:121-129	Ümran SEVİL	3:229-234
Kamile AKÇA	2:121-129	Hülya KOÇYİĞİT	3:235-243
Duygu ARIKAN	2:121-129	Şerife KARAGÖZOĞLU	3:235-243
		Rukiye DEMİR	3:245-250

KONU İNDEKSİ

Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıyabilme Durumları 37(1): 1-9, 2021

Ameliyathane Hemşirelerinin Çalışma Ortamından Kaynaklanan Mesleki Risklerinin ve Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi 37(1): 11-22, 2021

Kadınların Evde Doğum Deneyimleri: Fenomenoloji Çalışması 37(1): 23-38, 2021

The Relationship Between Exposure to Violence from Husband and Their Families and Relatives and Sexual Dysfunction in Women with Infertility 37(1): 39-46, 2021

Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Programı Kursu Hakkındaki Görüşleri: Tek Durumlu Örnek Olay Çalışması 37(1): 47-57, 2021

Hemşirelik Öğrencilerinin Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Vakıf Üniversitesi Örneği 37(1): 59-67, 2021

Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı 37(1): 69-78, 2021

Demans Hastalarında Gözardı Edilen Bir Konu: Gün Batımı Sendromu ve Hemşirelik Yaklaşımları 37(1): 79-86, 2021

Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Mesleki Rehabilitasyon: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi Neler Yapabilir? 37(1): 87-94, 2021

Kalp Cerrahisi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü 37(2): 157-170, 2021

Diz Hastalıklarına Bağlı Ağrıda Kullanılan Zencefil Uygulaması Cerrahi Sonrası Bir Öneri Olabilir Mi? 37(2): 171-177, 2021

Cerrahi Hasta Bakımında Venöz Tromboembolizmin Önlenmesi Kanıt Temelli Uygulama Önerileri 37(2): 179-187, 2021

İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumları ile Stresle Başa Çıkma ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki 37(2): 95-105, 2021

Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi 37(2): 107-119, 2021

Detection of Drug Medication Errors of Nursing Students in Pediatric Patients Through A Hospital Simulation 37(2): 121-129, 2021

Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi 37(2): 131-139, 2021

Kadın İşçilerin Kanser Bilgi Yüğü ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisinin İncelenmesi 37(2): 141-156, 2021

Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verileri İle İlgili Görüşleri 37(3): 189-195, 2021

Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunların Hastalık Algısına Etkisi 37(3): 197-206, 2021

Acil Serviste Yatan Hastaların Düşme Risklerinin Belirlenmesi 37(3): 207-216, 2021

Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezleri, Adli Görüşme Süreci ve Hemşirelerin Rol-Sorumlulukları 37(3): 217-222, 2021

Epilepsi Hastalarında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler 37(3): 223-228, 2021

Laktasyonu Arttıran Yöntemler: Hipnoemzirme 37(3): 229-234, 2021

Akut Miyeloid Lösemi Tanılı Bir Olgunun Hemşirelik Bakımı Yönetiminde Kolcaba Konfor Kuramının Kullanımı 37(3): 235-243, 2021

Histerektomi Ameliyatı Olan Kadınların Bazı Parametreler Yönünden Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu 37(3): 245-250, 2021

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

- Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verileri İle İlgili Görüşleri
Views Of Nursing Students About Patients' Personal Health Data
Güliden BASİT 189-195
- Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunların Hastalık Algısına Etkisi
The Problems of The Patients That After Surgery Living at Home and Post-Surgery Patients Problems at Home on Illness Perception
Elif Zümrüt ACAR, Ümmü YILDIZ FINDIK 197-206
- Acil Serviste Yatan Hastaların Düşme Risklerinin Belirlenmesi
Determination of Fall Risks of Patients Hospitalized in Emergency Service
Yeşim AHMEDOV, Anvar AHMEDOV

Derlemeler / Reviews

- Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezleri, Adli Görüşme Süreci ve Hemşirelerin Rol-Sorumlulukları
Child Advocacy Centers, Process of Forensic Interviewing, Nurses’ Roles and Responsibilities in Turkey
Nurten Gülsüm BAYRAK, Nermin GÜRHAN, Didar KARAKAŞ 217-222
- Epilepsi Hastalarında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler
Compliance with Treatment in Epilepsy Patients and Affecting Factors
Pınar YEL, Ayfer KARADAKOVAN 223-228
- Laktasyonu Arttıran Yöntemler: Hipnoemzirme
Methods to Increase Lactation: Hypnobreastfeeding
Şeyma KİLCİ ERCİYAS, Ümran SEVİL 229-234

Olgu Sunumu/ Case Report

- Akut Miyeloid Lösemi Tanılı Bir Olgunun Hemşirelik Bakımı Yönetiminde Kolcaba Konfor Kuramının Kullanımı
The Use of Kolcaba Comfort Theory in the Nursing Care Management of a Case with Acute Myeloid Leukemia
Hülya KOÇYİĞİT, Şerife KARAGÖZOĞLU 235-243
- Histerektomi Ameliyatı Olan Kadınların Bazı Parametreler Yönünden Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu
Some Parameters of Women Who Have Had Hysterectomy Surgery Evaluation: Case Reports
Rukiye DEMİR 245-250

