



# Türk Hemşireler Derneği Dergisi

Journal of Turkish Nurses Association

Cilt: 4

İÇİNDEKİLER

Sayı: 1

## ARAŞTIRMA MAKALESİ

### **Mothers' Knowledge and Practices about Infant Feeding and Care after the Support of the Infant Nurse**

Ayşe Sonay TÜRKMEN, Asiye ARISOY, Naime SAYDAM

Sayfa: 1 - 13

### **65 Yaş ve Üstü Diyabet Hastalarının Öz Yeterlik Seviyelerinin İncelenmesi**

Fatma ÇETİNKAYA, Ayfer KARADAKOVAN

Sayfa: 14 - 26

### **Hemşirelerin Perkütan Endoskopik Gastrostomili Hastaların Bakımına İlişkin Deneyimleri:**

#### **Fenomenolojik Araştırma**

Yasemin ALTINBAŞ, Türkan KARACA

Sayfa: 27 - 38

### **Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mesleki Yas Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**

Esra ERYÜKSEL, Azize ATLI ÖZBAŞ

Sayfa: 39 - 54

## DERLEME

### **Hemşirelikte Entelektüel Sorumluluk**

Tuğba ULUOCAK KÖSE

Sayfa: 55 - 65

### **Kanser Hastalarına Sağlık Hizmet Sunumunda Teletıp ve Tele-Hemşireliğin Artan Önemi**

Sümeyye BAŞOĞLU, Ülkü POLAT

Sayfa: 66 - 74

Değerli meslektaşlarım, Değerli okurlarımız;

1950 yılının mayıs ayında yayımlanmaya başlayan, süreç içerisinde bazen farklı adlarla çıkan, bazen de belli sürelerle yayımlanmasına ara verilen Türk Hemşireler Derneği Dergisi 2018 yılında tekrar yayın hayatına başlamıştır. 73 yıllık geçmişi olan dergimizin 4 (1) sayısını 12-18 Mayıs Hemşirelik haftasında yayınlıyor olmanın heyecanını sizlerle paylaşıyoruz.

Bu yıl daha heyecanlıyız, çünkü yıl 2023. Cumhuriyetimiz 100, THD 90 yaşında. Biz hemşireler, Türkiye Cumhuriyet'ini var edenlerdeniz, Cumhuriyetimizin kuruluşunda alın terimiz, göz yaşımız, kanımız, Cumhuriyet'in var oluşunda izimiz var. Bizler Cumhuriyet'in var ettikleriyiz. Önce Cumhuriyet kadınları olarak var olduk, şimdi bu Cumhuriyet'in evlatları olarak varız. Cumhuriyetimizin kurucusu ulu önder Atatürk'ün ilkeleri öncülüğünde, bilimden, bilgiden, etikten, mesleki değerlerimizden güç alarak, toplumumuzun hak ettiği nitelikli hemşirelik bakımını sunmak için daima var olacağız.

Yaşam bazen bizleri hiç istemediğimiz, hiç beklemediğimiz durumlarla da karşılaştırıyor. 6 Şubat'ta meydana gelen Kahraman Maraş merkezli iki depremin derin acısını ilk günkü gibi hissederken, yaşamı sürdürmek, yaralarımızı hep beraber sarmak, sağlık ve esenliğe erişmek ve erdirmek için tüm gücümüzle çalışmaya devam ediyoruz. Biliyoruz ki bakım verdiğimiz bireyler kadar toplumumuza karşı da sorumluyuz, biz sağlıklı olursak, toplum sağlıklı olur, toplumun hemşireleri, toplumun geleceğidir.

Mesleğimizin aydınlık, bilimsel yüzü olan Dergimize bu bilinçle sarılıyor, dergimizin sürdürülebilirliği sağlamak için büyük çaba sarf ediyoruz. 2023 yılı dergimizi için de önemli bir yıl olacak. Bu yıl dergimizi arzu ettiğimiz içerikte ve sayıda yayımlayabilirsek hem ulusal hem de uluslararası indekslenme sürecinde büyük bir ilerleme kaydetmiş olacağız. Dolayısıyla siz meslektaşlarımızın desteğine ziyadesiyle ihtiyacımız var. Bilimsel çalışmalarınızı yayımlatmak için dergimize göndermenizi bekliyoruz.

Hepimizin hemşirelik haftası kutlu olsun.

Değerli okuyucularımız,

Türk Hemşireler Derneği Dergisi (THDD)'nin 2023 yılı ilk sayısını çıkarmaktan büyük bir mutluluk duyuyoruz. Bu yıl THDD için hedefimiz yılda üç sayıya ulaşarak TR Dizin için başvuru yapmaktır. Bu nedenle ilk sayımızı Mayıs ayı içinde yayınladık. Dergimize yayınları ile destek olan tüm meslektaşlarımıza bir kez daha teşekkür ediyoruz. Bildiğiniz gibi zorlu bir pandemi dönemini ile baş etmeye çalışırken 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen, etki ettiği alan ve etkilenen kişi sayısı açısından Dünya tarihinin en büyük depremlerinden iki büyük depremi arka arkaya yaşadık. Bu depremde çok sayıda can kaybı ve yaralının olması hepimize çok büyük bir üzüntü yaşattı. Ne yazık ki meslektaşlarımızdan da yaşamını yitirenler oldu. Depremde yaşamını yitiren tüm vatandaşlarımızı bir kez daha rahmetle anıyoruz. Yaşadığımız afetler hemşirelerin dünya için ne kadar vazgeçilmez olduğunu bir kez daha gösterdi. Uluslararası Hemşireler Konseyi ICN de 2023 yılı için temayı “Bizim Hemşirelerimiz, Bizim Geleceğimiz” olarak belirledi. Hemşireliğe yatırım yapmanın Dünya'nın geleceğine yatırım yapmak olduğu gerçeğinden yola çıkarak bilimsel üretimin önemi bir kez daha vurgulanmış oldu. Hemşirelik mesleğinin güçlenmesi ve görünür olabilmesinde bilimsel bilgi birikiminin ve bu bilginin paylaşılmasının önemli bir itici güç olduğunu bir kez daha vurgulamak istiyoruz. Bu sayımızda dört araştırma ve iki derleme yer alacak. Dergimiz desteğiniz ile güçlenirken, tüm meslektaşlarımızın da güçlenmesine katkı sağlayacaktır. Her koşulda özveri ile çalışan Siz değerli meslektaşlarımıza bir kez daha teşekkür ve minnetlerimizi sunarken 12 -18 Mayıs Hemşirelik Haftamızı bir kez daha kutluyoruz. Saygılarımla,

Prof. Dr. Azize Karahan

THDD Editör

**Bebek Hemşiresi Desteğinden Sonra Annelerin Bebek Beslenmesi ve Bakımı ile ilgili****Bilgi ve Uygulamaları****Mothers' Knowledge and Practices about Infant Feeding and Care after the Support of the Infant Nurse**Ayşe Sonay Türkmen<sup>1</sup>, Asiye Arısoy<sup>2</sup>, Naime Saydam<sup>3</sup>**Öz**

**Amaç:** Annelerin bebek beslenmesi ve bakımı ile ilgili bilgi ve uygulamalarına bebek hemşiresinin etkisini belirlemek.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma bir devlet hastanesinde doğum yapan anneler (n=200)de gerçekleştirildi. Veri toplama aracı olarak anket formu ve kontrol listeleri kullanıldı. Anneler ile üç farklı zaman diliminde (taburcu olmadan önce, 3 ay sonra, 6 ay sonra) görüşüldü. İkinci ve üçüncü görüşme telefon aracılığıyla gerçekleştirildi. Elde edilen veriler uygun istatistiksel analizlerle değerlendirildi.

**Bulgular:** Annelerin en sık karşılaştıkları sorunların bebeğin gazının çıkarılması (n=38, %19), emzirme (n=28, %14) ve bebek banyosu (n=21, %10,5) ile ilgili olduğu belirlendi. Ayrıca bebek hemşireliği uygulamasından sonra annelerin bebeklerini ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme oranlarının %73,9, emzirme oranlarının ise %96,3 olduğu görüldü.

**Sonuç:** Çalışma sonucunda bebek hemşireliği uygulamasının anneleri hem bebek bakımı hem de beslenmesi konusunda, annenin önceki deneyimlerine göre yararlı etkileri olduğu görülmüştür. Bu nedenle tüm hastanelerde bebek hemşireliği uygulamasının aktif hale getirilmesi ve geliştirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anne, anne-çocuk hemşireliği, bebek, bebek bakımı, emzirme

**Abstract**

**Aim:** To determine the effect of infant nurses on the knowledge and practice of the mother about infant feeding and care.

**Materials and Methods:** This study was the mothers (n=200) who gave birth in a state hospital. Questionnaires and checklists were used as data collection tools. Mothers were evaluated in three different time periods (before discharge, after 3 months, after 6 months). The second and third interviews were conducted via telephone. The obtained data were evaluated with appropriate statistical analysis.

**Results:** It has been determined that the most common problems are related to removing the infant's gas (n=38, 19%), breastfeeding (n=28, 14%), and the infant's bathing (n=21, 10.5%). In addition, after the infant nursing practice, it was observed that the rates of breastfeeding for the first six months of the mothers were only 73.9%, and the breastfeeding rates were 96.3%.

**Conclusion:** As a result of the study, it was seen that the practice of infant nursing had beneficial effects on mothers both in terms of infant care and nutrition, according to the previous experiences of the mother. For this reason, it is recommended to activate and develop infant nursing practice in all hospitals.

**Keywords:** Breast feeding, infant, infant care, maternal-child nursing, mother

<sup>1</sup>**Correspondence Author,** Professor Doctor, Karamanoğlu Mehmetbey University, Faculty of Health Sciences, Karaman, Turkey. E-mail: asonaykurt@gmail.com. ORCID: 0000-0002-3716-3255

<sup>2</sup>Clinical Nurse, Karaman Training and Research Hospital, Karaman, Türkiye. ORCID: 0000-0002-0035-5667

<sup>3</sup>Clinical Nurse, Karaman Training and Research Hospital, Karaman, Türkiye. ORCID: 0000-0003-3140-5863  
Received: 21 March 2022, Accepted: 30 August 2022, Published: 22 May 2023

## Introduction

Although the concept of health is important for every age group, it is an important issue that the whole world focuses on especially infant and child health.<sup>1</sup> With the aim of improving infant health, mother-baby nursing practices have been developed and continue to be implemented. The main priority of nurses in this area has been the establishment of a mother-infant bond. It is stated in the literature that the concept of mother-infant bond first became popular with Klaus and Kennell. Establishing a strong mother-infant bond is stated as a factor that can also affect the breastfeeding method. Therefore, strengthening attachment and commitment leads to nursing interventions.<sup>2</sup>

In order to reduce infant mortality rate, it is necessary to monitor both infant deaths and to determine the causes of death correctly and produce solutions for these problems. For this purpose, social, familial, maternal, and medical and health system factors that are thought to affect the death process should be examined in detail. When the infant mortality rates are examined, it is seen that babies died in the first days of life. Therefore, providing professional support to mothers and sustaining this support during this period should be one of the prevention activities.<sup>3</sup> For many years, obstetric care was provided in an environment where mothers and their babies were separated shortly after birth. Nowadays, it is thought that the misconception of this practice is realized and that it is more useful to provide mother-infant association immediately after delivery.<sup>4</sup> These changes made to protect the infant's health have become official with the infant nursing practice that has been started to be applied in all hospitals. The tasks of the infant nurse can be summarized as follows (Table 1);<sup>5</sup>

**Table 1.** The tasks of the infant nurse

<b>The tasks of the infant nurse</b>
Receiving newborns and sick babies by making all preparations
Planning, implementing and evaluating the treatment and care of the newborn and the patient infant in line with the doctor's request
Ensuring the harmony between the mother and other family members
Complete all necessary procedures during the separation of the newborn and the patient who have completed treatment from the infant's room, mother's side, or the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)
To ensure that treatment and care given to babies are carried out successfully and without any problems
To guide the family at all levels of care, to plan and apply health education to protect and improve the health of the infant (breast milk and its importance, breastfeeding technique, breast care, newborn screening tests, growth and development, prevention of accidents, vaccination, monitoring and controls etc.)
To inform the mother about feeding and breastfeeding technique

Prepare the newborn and family for discharge and home care
Ensuring the mother and the infant to be monitored at home

In the literature, there is evidence that both mother and infant being together from the moment of birth have a positive effect on the health of both.<sup>1,4,6</sup> With the infant nursing planned to be implemented, it is ensured that infants stay in minimal time in areas such as NICU that need to be separated from their mother and mother-baby cooperation is tried to be established in the early period. When the working hours of the infant nurses are evaluated in our country, it is determined that they work in the 8-hour day shift, the mothers are the most difficult and they do not work in the night shift which forms a larger part of the day.<sup>5</sup>

In the literature, the duties of the baby nurse are discussed individually or with some of their features. However, no study was found in which all of the duties for both maternal and infant health were addressed. It has been observed that breastfeeding is generally emphasized and practices for baby care are limited. Some of these articles are the development of baby nutrition with kangaroo care,<sup>7</sup> the role of the nurse in stimulated breastfeeding techniques in maintaining breastfeeding,<sup>8</sup> breastfeeding support in very low birth weight newborns.<sup>9</sup> Therefore, this study was carried out to determine the effect of 24 - hour uninterrupted service of infant nurses working on hospital on the infant health and care.

## Materials and Methods

### Population and Sample

The population of the study consisted of mothers who gave birth in a State Hospital. An average of 2500 deliveries occurs in a year at the designated hospital. In the hospital where the research was carried out, the practice of infant nursing has just started and it provides service 24 hours a day, seven days a week. Infant nurses follow the mothers closely until they are discharged, and carry out the infant feeding and care together with the mother. After discharge, information is obtained by phone in the third and sixth months of the infant. Mothers who have problems with infant feeding and care during the interviews are invited to the hospital.

Duties and responsibilities of infant nurses in this hospital;

- Taking the infant from the delivery room and doing their first care.
- To maintain the infant's body temperature.
- To bring the mother and infant together as soon as possible and to provide sensual contact.
- Supporting the mother to initiate and maintain breastfeeding.

- Giving information about the care of the infant (Bath, gas, dressing, bed, clothing choices, etc.)
- Answering mother's questions about infant care and feeding.

The sample of the study consisted of mothers who gave birth and volunteered to participate in the study between April 1 and June 30, 2018. The total number of births between the specified dates is 600. 280 mothers who met the study criteria were included in the study. Although all mothers were interviewed before discharge, 30 mothers could not be reached in the evaluation three months later and 50 mothers in the evaluation six months later. Therefore, a total of 200 mothers who completed the last interview constituted the sample of the study.

### **Data collection procedure**

During the practices, mothers were informed about the aim of the study and it was stated that the study was based on volunteering. Data Collection Tool was introduced and it was emphasized that the information obtained will be kept confidential. The study was carried out in three time periods: just before discharge, at 3 months and at six months. The first interview with the mothers was carried out just before discharge. After obtaining information about demographic characteristics in this first interview, information about the mothers' first experiences of infant care and practice was obtained and recorded in the form. Before the first interview, all mothers contacted the baby nurse and were given information about baby care. In this first meeting, information was also obtained about the problems that the mothers had experienced with regard to their previous baby care. At the end of the interview, the mother was informed that she would be called in the 3<sup>rd</sup> and 6<sup>th</sup> months, and phone information was requested from the mothers who gave consent. The second and third interviews were made via telephone. In these interviews, the knowledge and practices of infant care directed to the mother in the first interview were asked. The answers given were recorded in the data collection tool.

During the practices, mothers were informed about the aim of the study and it was stated that the study was based on volunteering. Data Collection Tool was introduced and it was emphasized that the information obtained will be kept confidential.

### **Ethical considerations**

Before starting to collect data, ethical approval was obtained from Karamanoglu Mehmetbey University Faculty of Health Sciences Non-Interventional Ethics Committee (No: 08-2018/25). In addition, written consent and written consent of the participants were obtained from the institution where the data will be collected.

### Data Collection Tools

Data were obtained from mothers themselves. For the information to be taken from the mothers, a questionnaire form prepared by the researchers and a checklist determining the information and practices related to the infant care were used. Before applying the data collection tool, it was directed to five experts in the field and their opinions were taken. In addition, a pilot application was made to 5 mothers to evaluate the clarity of the questions before the application. Mothers participating in the pilot study were excluded from the study. In the questionnaire, a total of 24 questions were taking place that 5 questions (age, economic status, number of children, etc.) for determining demographic characteristics, 9 questions about current infant, 3 questions about determining infant care problems and 7 questions about infant nurses. The information and application checklist prepared in line with the literature consisted of 22 items including 11 items that determine the status of the information about infant care and 11 items that determine the application status in the 4-point Likert type (1: Good, 2: Medium, 3: Bad, 4: No) <sup>(1-3, 5-7)</sup>.

### Data Analysis

Data were analyzed by using SPSS 21 package program. Descriptive statistics (number, percentage, crosstab etc) were used in data analysis.

### Results

The mean age of the mothers was  $29.2 \pm 5.77$  years (min = 18 years, max = 42 years). The majority of the mothers reported that they did not have a chronic disease (85.5%) and were not very ill (91%). The economic status of more than half of the mothers was moderate (73%). Approximately 1/3 (32.5%) mothers had one child. It was determined that the majority of babies' birth weight and height were within normal limits (10-90% percentile). The babies of the majority of the mothers were at their side (95.5%), no health problems (91%), cuddling her infant within the first 30 minutes (72%) and, gave breast milk as her first feeding (92.5%).

**Table 2.** The distribution of mothers according to their problems related to infant care

	Previous problems		Current problems	
	Number (n)	Percent (%)	Number (n)	Percent (%)
Infant hygiene	5	2.5	5	2.5
Breast-feeding	76	38	28	14
Removing the infant's gas	104	52	38	19
Belly care	18	9	10	5
Infant bath	38	19	21	10.5
Infant dressing	8	4	1	0.5



It was determined that mothers' previously (before last birth) and currently (last birth) the most common problem was to remove the infant's gas. Then, the problems related to breastfeeding and infant bath were encountered (Table 2). It was determined that mother of the living conditions of the mentioned problems did not affect and the characteristics of the mother and infant ( $p > .05$ ).

When mothers' problems regarding infant care are examined before (before last birth) and now (last birth), it was determined that the biggest decrease between the two evaluation rates was for the removal of the infant and breastfeeding. While 52% of mothers had previously had problems regarding the removal of the infant's gas, it was found that this rate decreased to 19% after the education and support received from the infant nurse (Table 2).

**Table 3.** Changes in the problems of mothers about infant care over time

Previous experience	Current experience	
	<b>Removing the infant's gas</b>	
	Yes (n=38, %19)	No (n=162, %81)
Yes (n=104, %52)	26 (%13)	78 (%39)
No (n=96, %48)	12 (%6)	84 (%42)
	<b>Breast-feeding</b>	
	Yes (28, %14)	No (n=172, %86)
Yes (n=76, %38)	14 (%7)	62 (%31)
No (n=124, %62)	14 (%7)	110 (%55)

From 104 mothers (52%) who had previously (before last birth) experienced problems in removing the infant's gas, while 26 mothers (13%) continued to have problems, 78 mothers (39%) did not experience any problems last birth. Similarly, 38% had previously experienced problems with breastfeeding (n=76), and this rate decreased to 14% after education and support from a infant nurse. From 76 mothers who had experienced problems before, 62 mothers (36%) have not had problems at the moment (Table 3).

When mothers were asked whether they had any problems with the baby, it was seen that nearly half of them had problems (55.5%). Nearly half of those who had problems stated that the baby nurse helped them to solve these problems (43.5%), while the other half stated that they received help from their relatives due to their experience (43%). However, 10% said that their problems continued. It was determined that mothers' problems were not affected by maternal and infant demographic characteristics ( $p > .05$ ).

When the mothers were asked about the tasks of the infant nurse, they seemed to respond in similar proportions to the options, and the most known task was to provide

information about home care (68.5%). Breastfeeding (53%), the health status of the infant (49.5%), providing infant care (48.5%) was known at the intermediate level. The least known task was the vaccination of the infant (16%). The mothers received information about breastfeeding (90%), gas extraction techniques (77.5%) and hand washing (49.5%) from infant nurses. When mothers were asked to get information from the infant nurse, the first three lines were gas extraction techniques (42%), infant baths (41%) and breastfeeding (37%). In addition, almost all of the mothers (92%) thought that the infant nurse was helpful.

**Table 4.** Information and application status of mothers for infant care

	Information status			Application status		
	Good n (%)	Medium n (%)	Bad n (%)	Good n (%)	Medium n (%)	Bad n (%)
Holding the infant	<b>157(78.5)</b>	37 (18.5)	6 (3)	<b>167 (83.5)</b>	29 (14.5)	2 (1) U/Y* 2(1)
Breastfeeding infant	87 (43.5)	83 (41.5)	30 (15)	94 (47)	79 (39.5)	12 (6) U/Y*3(1.5)
Hand washing	<b>185(92.5)</b>	14 (7)	1 (0.5)	<b>186 (93)</b>	13 (6.5)	1 (0.5)
Removing the infant's gas	76 (38)	84 (42)	40 (20)	72 (36)	86 (43)	38 (19) U/Y* 4(2)
Feeding bottle / pacifier	101 (50.5)	90 (45)	9 (4.5)	44 (22)	38 (19)	5 (2.5) U/Y*113(56.5)
Infant's bath	87 (43.5)	84 (42)	29(14.5)	79 (39.5)	41 (20.5)	20 (10) U/Y*60(30)
Eye Care	71 (35.5)	91 (45.5)	38 (19)	67 (33.5)	65 (32.5)	19 (9.5) U/Y*49(24.5)
Oral care	85 (42.5)	80 (40)	35(17.5)	82 (41)	50 (25)	17 (8.5) U/Y*51(25.5)
Nose care	79 (39.5)	87 (43.5)	34 (17)	79 (39.5)	53 (26.5)	19 (9.5) U/Y*49(24.5)
Belly care	91 (45.5)	84 (42)	25(12.5)	89 (44.5)	59 (29.5)	15 (7.5) U/Y*37(18.5)
Choice of infant clothes	<b>173(86.5)</b>	26 (13)	1 (0.5)	<b>175 (87.5)</b>	21 (10.5)	1 (0.5) U/Y*3 (1.5)

\* U / Y = no application

When the knowledge and practices of mothers on infant care are evaluated, the first three most known and applied issues are hand washing (knowledge=92.55%, practice=93%), infant clothing selection (knowledge=86.5%, practice=87.5) and infant care (knowledge=78.5%, practice=83.5%. (Table 4).

When the relationship between mothers' knowledge and application status is examined; there was a positive correlation between knowledge and practice in terms of all care practices. The strongest relationship between knowledge and practice was determined breastfeeding ( $r = .721$   $p = .000$ ), removing the infant's gas ( $r = .659$   $p = .000$ ), eye care ( $r = .709$   $p = .000$ ), oral care ( $r = .678$   $p = .000$ ), nasal care ( $r = .689$   $p = .000$ ).

**Table 5.** At the end of the first three months, the distribution of mothers according to the problems and support sources (n=188)

	Problems n (%)	Mother's practice for solution	
		Support from family elders n (%)	Support from health workers n (%)
Holding the infant	63 (%33.5)	2 (%3.2)	61 (%96.8)
Breastfeeding infant	66 (%35.1)	4 (%6.1)	62 (%93.9)
Removing the infant's gas	63 (%33.5)	2 (%3.2)	61 (%96.8)
Infant's bath	24 (%12.8)	24 (%100)	0 (%0)
Eye Care	2 (%0.5)	2 (%100)	0 (%0)
Belly care	3 (%1.6)	3 (%100)	0 (%0)
Rash	74 (%39.4)	1 (%1.4)	73 (%98.6)
Mansion	46 (%24.5)	37 (%94.9)	9 (%5.1)
Thrush	29 (%15.4)	20 (%69)	9 (%31)

The problems experienced by mothers about infant care and their sources of support for solving these problems are given in Table 5. Accordingly, the most common problems experienced by the mothers were diaper rash (n=74, 39.4%), breastfeeding the infant (n=66, 35.1%), burping the infant (n=63, 33.5%) and holding the infant (n=63, 33.5%). Almost all of the mothers (98.6-93.9%) stated that they received support from health professionals to solve these problems. However, all of the mothers who had problems with infant bathing (n=24), eye care (n=2) and belly care (n=3) received support from family elders.

**Table 6.** Applications of mothers for infant nutrition

	3 months later		6 months later	
	n	%	n	%
Only breast milk	166	88.3	139	73.9
Breastfeeding status	188	100	181	96.3
Vitamin D intake status	178	94.7	172	91.5
Multivitamins	128	68.4	128	68.4
Iron support	-	-	152	80.9
Additional food	5	2.7	41	26.1

The applications of mothers in three and six month periods for infant feeding are given in Table 6. According to this, in the first three months mothers continued breast milk and 88.3% of them were exclusively breastfed. This rate decreased to 73.9% at the end of six months. In both-time evaluation, the majority of the mothers gave vitamin D and

multivitamin. In addition, it was observed that mothers who started additional food in the first three months of their babies (2.7%) (Table 6).

### Discussion

In the study conducted to determine the benefits of the infant nurse for the mother and the infant, it was found that the infant nurse is very useful in terms of mother and infant health (breastfeeding, burp baby, bathing etc). It was determined that the three most common problems of mothers about infant care were the infant's gas removal, breastfeeding and infant bath. This situation is similar to the literature.<sup>7,8</sup> In this study, which evaluated the efficacy of the infant nurse in the solution of these problems, it was found that the mothers started to have fewer problems about removing the gas and breastfeeding especially after taking care from the infant nurse. While 52% of the mothers had a problem with the removal of the infant's gas, this rate decreased to 19% after the infant nurse. Of the 104 mothers who had previously had problems with removing the infant's gas, 26 had problems and 78 mothers did not experience any problems at the moment. Similarly, the rate of having previously had problems with breastfeeding was 38% and it decreased to 14% after infant nurse. In addition, of 76 mothers who had experienced problems before, 62 mothers were not having problems at the moment. In the light of these findings, we can say that the infant nurse is more useful especially in areas where mothers have the most problems.

One of the most common problems faced by almost all mothers regarding infant care is burping the infant. Guzel et al (2017) found that all mothers who had a infant once (100%) had difficulty in passing gas, and 79% of them experienced diaper rash.<sup>8</sup> The rate given in the literature regarding the incidence of gland dermatitis varies between 50-80%.<sup>7-10</sup> Three months after the first interview, the most common problems of mothers were found to be about diaper rash, breastfeeding the infant, removing the infant's gas and keeping the infant. This finding suggests that there is a lack of practice in spite of education. Accordingly, baby nurses should not be content with just narration. At the same time, it is thought that mothers who are not sufficient for expression should support them with applications. Nearly all of the mothers receive support from health professionals to solve these problems, shows the availability of infant nurses. All of the mothers who had problems with the infant bath from the infant care issues received support from the family elders while there were no mothers who received support from the health care workers. This may be due to the fact that infant nurses describe this practice only theoretically.

The most well-known of the tasks of the infant nurse was to provide information about home care (68.5%), to help breastfeeding (53%), to assess the health status of the infant (49.5%), to provide infant care (48.5%). This situation may be due to the fact that the mothers received the most support from the infant nurse about the infant care. The least known was to make the infant's vaccination (16%). This practice may not have been seen as the duty of infant nurses since vaccination practices in our country are performed in family health centers. It was determined that mothers had the most information from the infant nurse about breastfeeding (90%), infant's gas removal techniques (77.5%) and hand washing (49.5%). In addition, it was found that mothers still wanted to get information about gas extraction techniques (42%), infant bath (41%) and breastfeeding (37%). In the study, it was observed that the mothers increased their practices when their knowledge increased. This suggests that education reduces the anxiety of mothers.

In the study, all mothers continued breast milk for the first three months, while 88.3% were exclusively breastfed. This rate decreased to 73.9% at the end of six months. 39% of babies fewer than 6 months in developing countries receive only breast milk.<sup>10-12</sup> Breastfeeding rates in infants younger than six months reported as 1% in England, 12% in Azerbaijan, 16.4% in America, 16% in Afghanistan, 30% in South Africa, 32% in East Asia, 51% in China, % in Pakistan 53, 53% in Egypt.<sup>1,14,15</sup> Despite many incentives for breastfeeding in our country, it has been shown that 41% of infants receive only breast milk for the first six months. Although breastfeeding is a physiological process, support is often required to initiate and maintain this process. Specially trained nurses have a great role in initiating and maintaining breastfeeding and in solving breastfeeding problems.<sup>16</sup> According to the Turkey Demographic and Health Survey (2018), the rate of those who give only water in addition to breast milk was 15%; the median duration of exclusive breastfeeding was 1.8 months.<sup>15</sup> Yeşilçiçek Çalık et al. (2017) in their study with 401 mothers has been identified that mothers' breastfeeding rates differ according to some variables, such as the mother's age, educational status, and employment status. In addition to they were found that the rate of breastfeeding was only 44.6% in 0-1 months, this rate decreased every month and this rate decreased to 9% in 6 months.<sup>17</sup> On the other hand, Bakiler et al. (2017) worked with 526 full-term mothers and their babies aged 12-24 months, who did not have any congenital anomalies. They found that demographic characteristics did not affect only breastfeeding, but the birth weight of the infant did. Accordingly, as birth weight increases, the rate of exclusive breastfeeding increases.<sup>18</sup> When compared with the literature, it can be said that the rates in

our study are quite high, and that only the infant nurse has positive contributions on breastfeeding.

In both-time evaluation, the majority of the mothers gave vitamin D and multivitamin. Iron preparations were given more in 6 months. This situation may be caused by the iron support implementation in our country after the infant has completed the fourth month.

### **Conclusion**

Infant nursing is one of the current developments, but its job description and usefulness is a nursing branch that has not yet been determined. In this study, the usefulness of mothers of infant nurses along with their mothers was evaluated. As a result of the study, it was seen that the duties and authorities of the infant nurse were moderately known by the mothers. It has been determined that the worst issue in the knowledge and practice of mothers is to burp the infant. In addition, the most common problems experienced by mothers regarding infant care were related to the techniques of bubbling the infant. Gas removal techniques were one of the subjects that mothers received the most information about, but still wanted to learn about. The most effective training given to mothers by the infant nurse was breastfeeding and removing the infant's gas.

It has been determined that the practices of mothers who have good knowledge in all infant care practices are also successful. The increase in the level of knowledge about breastfeeding the infant, burping the infant, eye care, oral care and nose care made the application more successful. The rate of breastfeeding in the first three months and the first six months of the mothers who received support from the infant nurse has increased compared to the provincial statistics of the previous years, and the start of additional food for their babies has been postponed to later periods. Use of vitamin D, multivitamins and iron supplements has also increased.

According to these findings; it is observed that infant nurses are more effective in the subjects that mothers are most difficult. In this respect, it is recommended that infant nurses, such as nurses working in other internal and surgical branches, should also define their duties and authorities and provides 24-hour uninterrupted service in all hospitals.

### **Conflict of Interest**

All authors declare that there is no conflict of interest for this study.

### **The Source of Funding**

None.

## References

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Breastfeeding. [updated 2017 Feb 2; cited 2016]. Available from: [www.who.int/topics/breastfeeding/en](http://www.who.int/topics/breastfeeding/en).
2. Fukui N, Motegi T, Watanabe Y, Hashijiri K, Tsuboya R, Ogawa M, Sugai T, Egawa J, Enomoto T, Someya T. Exclusive Breastfeeding Is not Associated with Maternal–Infant Bonding in Early Postpartum, Considering Depression, Anxiety, and Parity. *Nutrients*. 2021;13:1184. <https://doi.org/10.3390/nu13041184>
3. Korkmaz A, Aydın Ş, Duyan Çamurdan A, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, & et al. Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi (Evaluation of infant mortality causes and national registry system in Turkey). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2013;56(3):105-121.
4. Phillips R. The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 2013;13(2):67–72. doi:10.1053/j.nainr.2013.04.001.
5. Türk Hemşireler Derneği [Internet]. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. [updated 2018 Sep 6; cited 2011]. Available from: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.aspx>
6. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, & Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;5. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub2
7. Vogl JL, Dunne EC, Liu C, Bradley A, Rwei A, Lonergan EK, & et al. Kangaroo father care: A pilot feasibility study of physiologic, biologic, and psychosocial measures to capture the effects of father–infant and mother–infant skin-to-skin contact in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Psychobiol*. 2021;63:1521–1533. DOI: 10.1002/dev.22100
8. Lawrence RA. 19 - induced lactation and relactation (including nursing an adopted baby) and cross-nursing. *Breastfeeding*. 2022: 628-645. DOI: 10.1016/B978-0-323-68013-4.00019-5
9. Ward LP, Tonnis R, Otuneye AT, Clemens N, Akinbi H, Morrow AL. . *Breastfeed Med*. 2021;16(3):238-244. DOI: 10.1089/bfm.2020.0137
10. Gözen D, Çağlar S, Doğan Z. 0-24 ay arası bebeği olan annelerin pişiği önleme ve bakımına yönelik uygulamaları (The practice of mothers to prevent and care of diaper dermatitis for their 0-24 months of infants). *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*. 2011;19(1):17-22.
11. World Health Statistics [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2017:1-116. [updated 2018 Sep 6; cited 2017 June 4]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf>
12. UNICEF [Internet]. Breastfeeding. 2014. [updated 2020 May 25; cited 2014 August 4]. Available from: [http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html).
13. Irmak N. Anne sütünün önemi ve ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyi etkileyen unsurlar (The importance of breast milk and the factors that affect exclusive breastfeeding). *Jour Turk Fam Phy*. 2016;7(2):27-31. doi: 10.15511/tjtfp.16.02627
14. UNICEF [Internet]. Making The Case For Improved Infant and Young Child Feding Every Where. [updated 2017 February 2; cited 2016]. Available from: <https://data.unicef.org/wp.../From-the-first-hour-of-life.pdf>.

15. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) [Internet]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Turkey. 2018. [updated 2020 May 25; cited 2018 Jul 15]. Available from: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf)
16. Tiryaki Ö, & Altınkaynak S. Emzirme danışmanlığında hemşirenin rolü (Role of nursing in lactatin consultancy). STED. 2021;30(3):218-224.
17. Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F, & Erkaya R. Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler (Breastfeeding practices of mothers and influencing practices). GÜSBD. 2017;6(3):80-91.
18. Bakiler AR, Özgür S, Özer EA. Anne sütü ile beslenmeyi etkileyen faktörler (Factors influencing on breastfeeding). İzmir Tepecik Hast Derg. 2005;15(2):111-115.



## 65 Yaş ve Üstü Diyabet Hastalarının Öz Yeterlik Seviyelerinin İncelenmesi

### Examination of Self-Efficacy Levels of Diabetic Patients Aged 65 And Over

Fatma Çetinkaya<sup>1</sup>, Ayfer Karadakovan<sup>2</sup>

#### Öz

**Amaç:** Araştırma, diyabeti olan 65 yaş üstü bireylerin diyabet ile başa çıkma davranışlarında öz yeterlik seviyelerini saptamak için gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın türü kesitsel ve tanımlayıcıdır. Bağımsız grup t testi ile yapılan analize göre %99 teorik güç ile hedeflenen hasta 86 olarak hesaplanmıştır ( $\alpha=0.05$ ). Araştırma Aralık.2016-Mart.2017'de örneklem ölçütlerine uygun 90 diyabetliyle gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları araştırmaya katılım izni almak için onam formu, bireylerin sosyodemografik ve tıbbi anamnez formu, diyabete yönelik Tip 2 Diyabet Öz Yeterlik Ölçeği (ÖYÖ) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirmesinde SPSS V 21.0; istatistiksel olarak student t test, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis Test yapılmıştır.  $p<0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması  $70.99\pm 5.60$ , %68.9'u kadındı. Araştırmaya katılanların %65.6'sı evli, %51.1'i ilk-ortaöğretim mezunu olduğunu bildirmiştir. Diyabete ilişkin hekimden eğitim alan; ilaçlarını düzenli kullanan; düzenli kontrole gelen; şeker ölçüm cihazı olan; egzersiz yapan; beslenme programına uyan hastaların öz yeterlik seviyeleri istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır.

**Sonuç:** Diyabet hastalarında belli aralıklarla yapılan tahlillerin tekrar edilmesi, düzenli zamanlarla diyabet eğitimleri, genel hastalıklarının algılama durumları öz yeterlik seviyelerini etkilemektedir. Hemşireler, 65 yaş ve üstü diyabetlilerin kişisel özelliklerini ve yaş değişikliklerini dikkate alarak hem bireysel hem grup olarak; görsel materyallerle uygulamalı eğitimler vermelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Diabetes Mellitus, Hemşirelik, Öz yeterlik

#### Abstract

**Aim:** The research was carried out to determine the self-efficacy levels of individuals over 65 years of age with diabetes in coping behaviors with diabetes.

**Material and Methods:** The type of research is cross-sectional and descriptive. According to the analysis with independent group t-test, the targeted number of patients was calculated as 86 with 99% theoretical power ( $\alpha=0.05$ ). The research was conducted with 90 individuals with diabetes who met the sampling criteria in December 2016-March 2017. Socio-demographic, medical anamnesis form, Type 2 Diabetes Self-Efficacy Scale were used to collect data. Evaluation of data (SPSS V 21.0); statistically, Student T test, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test were used.  $p<0.05$  was statistically significant.

**Results:** Average age of patients was  $70.99\pm 5.60$ , 68.9% of them were female. 65.6% of the participants reported that they were married, 51.1% of them were primary and secondary school graduates.

**Conclusion:** Repetition of regular tests, regular diabetes education, and perception of their general illness affect their self-efficacy levels. Nurses, both individually and as a group, taking into account the personal features and age changes of patients aged 65 and over; should provide practical training, especially with visual materials.

**Key words:** Diabetes mellitus, nursing, self-efficacy.

<sup>1</sup>**Sorumlu Yazar,** Uzman Hemşire, İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora. İzmir, Türkiye, ORCID: 0000-0001-7943-3375.

<sup>2</sup>Profesör Doktor, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Türkiye, E-mail: [akaradakovan@gmail.com](mailto:akaradakovan@gmail.com), ORCID: 0000-0002-7225-6860

Geliş Tarihi: 27 Ocak 2023, Kabul Tarihi: 27 Nisan 2023, Yayınlanma Tarihi: 22 Mayıs 2023

\*Trakya Üniversiteler Birliği Adına 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 23-25 Kasım 2017 tarihlerinde gerçekleşen kongrede sözel bildiri olarak sunulmuştur.

## Giriş

Diyabet, çok boyutlu sağlık yaklaşım alanlarını barındırması gereken, tedavi, bakım ve ortaya çıkan zorlukları ile hastaya, hastanın yanında ailesine ve var olan sağlık durum düzenine vermiş olduğu ağır sorumluluktan dolayı sosyal yapıyı da baskı altına alan sürekli bir hastalıktır.

Diyabet hastalarının hayat standartlarını ağır düzeyde bozan semptomlar, karmaşalar sonucu ortaya çıkan ilaç ve bakım ücretleri gün gittikçe önemli artış göstermektedir. Hayatı her açıdan farklılaştıran diyabet süregelen hem bireyi hem de aileyi içine alan bir hastalıktır. Bu yüzden diyabeti denetim altına almakta; beslenmenin düzenlenmesi, fiziksel aktivitenin ayarlanması, glikoz değer dengesinin sağlanması gibi çeşitli bakım gereksinimine ve pratiklerine ihtiyaç vardır.<sup>1</sup>

Uluslararası Diyabet Federasyonu'na göre dünyada 382 milyon diyabetli yetişkin hastanın var olduğu düşünülmektedir. 2035 yılında bu sayının 592 milyonu bulması öngörülmektedir. Dünyada yaşayış durum değişiklikleri, ileri yaş nüfus artışı, şehirleşmeyle beraber diyabet yaygınlığı büyük orana çıkmaktadır. Dünyada 65 yaş ve üzeri diyabetli sayısı toplumun 1/5'ini oluşturmaktadır.<sup>2</sup>

Türkiye'de yaklaşık 7 milyon diyabetlinin 20-79 yaş aralığında olduğu ve bunun toplam yetişkin nüfusun yaklaşık %15'i olduğu belirtilmektedir.<sup>2</sup> Türkiye'de obezite ve diyabet yüzdeleri artışı kaygı verici şekilde devam etmektedir. TURDEP II araştırma bulgularında son 12 yılda diyabet sıklığı %90 artışla, %7.7 den %13.7'e yükselmiştir.<sup>1</sup>

Kişinin ömür boyu bakım-tedavi kontrolünü ve yaşam şeklindeki farklılıkları uygulaması diyabet tedavisinde zorunlu hale gelmektedir. Diyabetlinin iyi kontrol sağlanması için kendine göre ayarlama planlama yapması, kendi bakım ve tedavisinde organize olması gerekli olmaktadır. Diyabetlilerin bakım-tedavi yükümlülüğü, yaşamlarında durum, tarz ve davranış yönetimini değerlendirmektir. Diyabetli kişinin öz bakım yükümlülüğüne yardımcı destek olmadıkça hemşire yer alır. Hemşire, hastanın öz bakımını yapmasında kontrolü sağlamalı, bakım ve tedavide kişinin kendi yetkisinin olduğunu fark ettirmeli, tecrübe ve bilgilerinin artmasını sağlamalıdır.<sup>2</sup>

### **Öz Yeterlik (Öz Etkililik, Özyeterlilik)**

Hedeflenen bir duruma ulaşmak için algılama-organize ile harekete geçip bu etkinliği gerçekleştirebilmek öz yeterlik olarak bilinir. Öz yeterlik teoremini Amerikan psikolog Albert Bandura belli bir durum için ilişkiyi ilk kez ifade etmiştir. Bu kuram beklenti, motivasyon, ulaşma gibi önemli kelimeleri içinde barındıran, davranışı öngören ve anlatan sosyal kavrama teorisine bağlanır. Öz yeterlik kavramını Bandura "Kişinin belirlemiş olduğu

bir başarıyı gerçekleştirmekte ihtiyaç duyduğu aktiviteleri düzenleyip tamamlama potansiyeline ilişkin kendi düşüncesi” olarak tanımlamıştır.<sup>3</sup>

Olumlu sağlık tutum ve uygulamaların öğretilmesi, düzeltilmesi uzun süreli kronik hastalık durumlarında uyum sürecinde davranış farklılığı üzerindeki etkenler öz yeterlik, hastalık uyumu ve öz bakım tutumları şeklindedir.<sup>3</sup>

Öz yeterlik inancı güçlü kişilerin daha tatmin edici bir yaşam ve daha minimum sıkıntı yaşadıkları bilinmektedir. Bu durumda kronik hastalığı yaşamaları ve iyileşme süreçlerine daha kolay geçtikleri saptanmıştır. Diyabetli bireylerde de öz yeterlik seviyesinde güçlü olma gereklilik olup, diyabette tedavi ve bakımı aktif halde devamını sağlar.<sup>4</sup>

Diyabet hastalarının kendi tedavi ve bakım süreçlerini daha iyi hale getirmeleri, etkili yapabilmeleri yeterli seviyede öz yeterliğe hâkim olmalarına bağlı olarak tutumlarının geliştirilmesi ve desteklenmesi katkı sunabilir.<sup>5</sup>

Birey, sağlık durumunu ciddi etkileyen durumlar ortaya çıktığında yaşadıkları deneyimler sonucunda bazı algılamalara ulaşır. Daha sonra farklı hal ve tutumlara yönelerek kendi kontrol merkezine ulaşmaya çalışır. Hemşireler sağlık kontrol merkez tutumlarının ortaya çıkmasını sağlama ve öz yeterlik davranışlarının devam etmesinde büyük bir yere sahiptir. Hastaların öz yeterlik seviyelerini bulup kişileştirmek tedavi ve bakımda ön plana çıkmaktadır.<sup>6</sup>

Sosyal hayatta gruplara, kişilere ve ailelere yaşam sürdükleri, çalıştıkları alanda sosyal, fiziksel, ruhsal kapasite göstermeleri ve bu kapasiteyi belirlemede katkı gösterme hemşirenin vazifelerinden biridir. Hemşirenin en birincil fonksiyonu; sağlığı daha iyi hale getirip bunu sürdürmek; bu fonksiyonu kişiye özgü kapasite gerçekleştirme durumunu sağlayarak oluşturmaktır. Hemşirelik teorisyenlerinden Orem’in hemşirelik kuramı da kişinin kapasite gücünü kullanmasına yardım etmeyi temsil etmektedir.<sup>7</sup>

Diyabetle ilgili tedavi-bakım kadrosu birçok profesyonelden oluşmaktadır. Bu kadroda hemşire, hekim, eczacı, diyetisyen, psikolog, oftalmolog, psikiyatrist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanları ve daha bir çok uzman yer alır. Diyabet hastalarının en kolay ulaşabildiği, konuşabildiği, vakit geçirebildiği meslek alanı olarak hemşirelik çok önemli bir yerde bulunmaktadır. Hemşirenin devamlı diyabetli hastayı takip etmesi, harekete geçirmesi, durumuna özgü öz yeterlik seviyelerinin artmasını sağlayarak “başa çıkabilirim” , “bu durumla da iyi yaşayabilirim” güvenini sağlayarak desteklemiş ve tedavi-bakımını da kolaylaştırmaya destek sağlamış olur. İyi sağlanmış diyabet kontrolü için ilk olarak hastanın kendi öz yeterlik seviyesinin tespit edilmesinin büyük fayda sağlayacağı varsayılmaktadır.<sup>4</sup>

Amerika Diyabet Eğitimcileri Derneği'ne göre diyabet hemşiresi; “diyabette tedavi-bakım ve uygulamaya yönelik ihtiyaçları belirleyen, bakım-eğitim pratiklerini yapan ve kontrol eden, hemşirelik bakımı için karar veren, takip eden, diyabet hastalarına-aileye-toplumla destek sağlayan sağlık uzmanı” şeklinde tanımlanmıştır.<sup>8</sup> Sağlık sisteminin büyük bir rehberlik alanını oluşturan hemşireler, kişilerin kendi sağlıklarının farkında olup, olumlu davranışların devamlılığı için, dünyadaki son uygulamaları yakından izlemek mecburiyetinde olmaktadır.

### **Amaç**

Araştırma, bir devlet hastanesine diyabet tanısıyla gelen 65 yaş üstü bireylerin diyabet ile başa çıkma davranışlarının öz yeterlik seviyelerini saptamak için gerçekleştirilmiştir.

### **Gereç ve Yöntem**

İzmir/Buca'da bir devlet hastanesinde iç hastalıkları kliniğinde Aralık 2016-Mart 2017' de gerçekleşen araştırma kesitsel ve tanımlayıcıdır. Örneklem büyüklüğü için güç analizi yapılmıştır. Bağımsız iki grup t testi ile yapılan güç analizine göre %99.9 teorik power ile hedeflenen hasta sayısı 86 hesaplanmıştır (Student's t-test, alfa değeri: 0.05). Analiz yaparken demografik veriler içerisinde en belirgin değişken olarak cinsiyete ilişkin değerleri kullanarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir.

Araştırmada örneklem sayısı için örnek araştırma “Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz yeterlilikleri ve Öz yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” (Yeşilbalkan, Ö.U.)<sup>7</sup> kullanılmıştır.

Veri toplama yöntemi yüz yüze görüşülerek birinci araştırmacı tarafından anket, ölçeklerle yapılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirmesinde SPSS V 21.0; istatistiksel analizinde yüzdelik durumlar, student t test, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis Test analizleri kullanılmıştır.  $p < 0.05$  oranı istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Hastanın 65 yaş veya üstü olması,
- Hastanın diyabet tanısını en az 6 ay önce almış olması,
- Bilgilendirildikten sonra hastanın araştırmaya gönüllü olarak katılması,
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel düzeye sahip olması,
- En az okuryazar düzeyde olması gerekmektedir.

### **Araştırma Dışında Tutulma Kriterleri (Sınırlılıklar)**

- Hasta ile iletişime geçilememesi,
- Tek araştırmacı olması nedeniyle polikliniğe gelen tüm 65 yaş ve üstü diyabet hastalarına ulaşamama,

-Zaman sınırlılığı nedeniyle polikliniğe gelen tüm 65 yaş ve üstü diyabet hastalarına ulaşamama.

### **Bilgilendirme Onam Formu**

Yaşlı diyabet hastasına araştırma hakkında bilgi vermek, araştırmaya katılım için izin almak amacıyla düzenlenmiş bir formdur.

### **Hastanın Sosyodemografik, Hastalık ve Diyabet Tedavisini Uygulama Değişkenleri**

Birinci bölümde hastaların kişisel bilgileri olarak cinsiyeti, yaşı, eğitimi, sağlık güvencesi ve ekonomik seviyesi ile ilgili 6 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde hastalığa ait değişkenler; diyabet tanı süresi, kullandığı ilaçlara ilişkin 3 soru yer almaktadır.

Diyabet bakım-tedavi ile ilgili düzenlemelerin belirlenmesinde üçüncü kısımdaki bazı değişkenler; belli aralıklarla kontrole gitme, diyabete yönelik eğitim alma, ilaçlarını doğru doz doğru zamanda alma, fiziksel aktivite eğitimi alma, kan şekeri değerlendirme sayısı, cihaz sahip olma, sigara-alkol kullanma durumu gibi on iki soru vardır.

### **Öz Yeterliğin Diyabet Hastalarında Ölçümü**

Diyabetlilerde kişisel bakım davranışlarını kendine özgü olarak yapma gücünü belirlemek için Van Der Bijl arkadaşları 1999'da "Öz yeterlik Ölçeği" (ÖYÖ)'ni oluşturmuştur. Ölçüm yapılırken şu değerlendirmeler göz önünde tutulmuştur:

- Diyabetlilere uygun yapılacak egzersizleri, beslenmeyi, ilaçların alımı-süresini sağlamak.
- Hastanın kendine özgü kilo kontrolünü, kan şekeri ölçüm zamanını, ayak bakımını, bütünsel iyilik durumunu takip etmek.
- Diyabetlilerde stres-hastalık durumunu, kilo alımını, ev şartlarının bir süre değişiminde diyeti, kan şekeri fazla/düşük bir durumda normale gelmesini izlemek.

Ölçekte 20 madde bulunmaktadır. Ölçek puanlandırılırken 1-5 puan arasında yapılmıştır:

- 1= Kesinlikle hayır,
- 2= Nadiren,
- 3= Bazen,
- 4= Çoğu zaman,
- 5= Kesinlikle evet.

Böylece 20 en düşük, 100 en yüksek puanı oluşturmaktadır. Ölçekte alt ölçekler ise 4 bölümdür: 5 madde kilo-özel beslenme, 3 madde fiziksel aktivite, 3 madde kan şekeri düzeyi, 9 madde tedavi-genel beslenme bölümleridir.

İzmir'de Öznur Usta Yeşilbalkan, diyabetlilere özgü ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik araştırmasını gerçekleştirmiştir (2001). Araştırma sonucunda ölçeğin tümü için test tekrar test güvenilirliği 0.98'dir (Cronbach alpha değeri 0.89).<sup>7</sup> 2005'teki başka bir araştırmada ölçeğin

tekrar kültürlerarası eş değerlik sağlamasında test tekrar test güvenilirliği 0.91 ve Cronbach alpha değeri 0.89 saptanmıştır. <sup>9</sup>

### Araştırmada Etik

Üniversite Etik Komisyonu'ndan etik onay (09.Nisan.2013 tarihli, 2013/36 sayılı Bilimsel Etik Kurul Onayı) ve araştırmanın gerçekleştiği kurumdan araştırma öncesi sözel- yazılı izin alınmıştır. Diyabetlilere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş, araştırmadan istedikleri vakit ayrılma haklarının olduğu anlatılmıştır. Hastalara araştırma kapsamını anlatan form anlatılıp sözel ve yazılı onam alınmıştır.

### Sınırlılıklar

Araştırma İzmir'de sadece bir devlet hastanesi verilerinden oluşmaktadır. Bu yüzden genelleme söz konusu değildir.

### Bulgular

Araştırma kapsamında olan diyabetli hastaların %51.1'i 65-70 yaş aralığında, %68.9'u kadın, %51.1'i ilköğretim (ortaokul) mezunu, %65.6'sı evli, %93.3'ü sağlık güvencesinin SGK olduğunu, %62.2'si gelir düzeyinin yetersiz olduğunu bildirmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	S	%
<b>Yaş Grubu</b>		
65 -70 yaş	46	51,1
71 yaş üstü	44	48,9
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	62	68,9
Erkek	28	31,1
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-Yazar	40	44,4
İlkokul/ İlköğretim (Ortaokul) Mezunu	46	51,1
Lise ve Dengi Okul Mezunu	3	3,3
Yüksekokul / Fakülte mezunu	1	1,1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	59	65,6
Bekar / Dul	31	34,4
<b>Sosyal Güvence</b>		
SGK	84	93,3
Yeşil kart	4	4,4
Yok	2	2,2
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Yeterli	34	37,8
Yetersiz	56	62,2
<b>Toplam</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Tablo 2' de görüldüğü üzere hastaların %58,9'unu 10 yıldan uzun süredir diyabet hastasıdır. Bireylerin %53,3'ü oral antidiyabetik (OAD) kullandığını; %64,4'ü diyabetle ilgili

eğitim aldığı; %81'i hemşireden eğitim aldığı; %56.7'si üç aylık düzenli kontrole geldiğini; %81.1'i kan şekeri ölçüm cihazının olduğunu bildirmiştir.

**Tablo 2. Hastaların Diyabete İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	S	%
<b>Hastalık Süresi</b>		
6 ay	2	2,2
7 ay - 1 yıl	3	3,3
2 – 5 yıl	17	18,9
6 – 9 yıl	15	16,7
10 yıl üzeri	53	58,9
<b>Uygulanan Tedavi</b>		
OAD	48	53,3
İnsülin	24	26,7
OAD+İnsülin	18	20,0
<b>Eğitim Alma Durumu</b>		
Alan	58	64,4
Almayan	32	35,6
<b>Eğitimi Kimden Aldığı</b>		
Hekim	11	19,0
Hemşire	47	81,0
<b>Kan şekeri ölçüm cihazı</b>		
Olan	73	81,1
Olmayan	17	18,9

Hastaların kendi kendilerine diyabet ile başa çıkma uygulamalarının hangi düzeyde olduğunu belirlemek için yapılan öz yeterlik ölçeği değerlendirme puanları yüz puan üzerinden ortalama puan  $67,96 \pm 10,86$  (minimum: 42, maksimum: 86) olarak bulunmuştur (Tablo 3). Değerlendirme sonucu alınacak en yüksek 100 puan, en düşük 20 puandır. Araştırmada bulunan bu değer orta düzey olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 3: Hastaların Öz yeterlik Ölçeğine (ÖYÖ) Göre Puan Ortalamaları**

Ölçeğin Toplam Puan Ortalaması, $\bar{x}$ (SS)	Minimum	Maksimum
$67,96 \pm 10,86$	42	86

$\bar{x}$ : ortalama, SS: standart sapma

Hastaların sosyodemografik/hastalık özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, tedavi şekli, ilaç düzeni, düzenli kontrole gelme durumları ile ÖYÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4: Hastaların Sosyodemografik/Hastalık Özellikleri İle ÖYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Değişken	ÖYÖ puan ortalaması- $\bar{x} \pm SS$ (minimum-maksimum değerleri)	İstatistik
<b>Yaş</b>		
65-70 yaş	69.57±9.54 (48-82)	p=0.17
71 yaş ve üzeri	66.30±11.98 (42-86)	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	65.43±12.88 (42-86)	p=0.26
Erkek	69.11±9.72 (46-86)	
<b>Eğitim Düzeyleri</b>		
Okur-yazar	67.45±10.84 (42-86)	p=0.38
İlkokul/ilköğretim mezunu	68.63±11.12 (46-86)	
Lise ve dengi okul	61.33±6.65 (54-67)	
<b>Tedavi şekli</b>		
OAD	69.63±10.39 (46-86)	p=0.30
İnsülin	65.58±11.91 (42-82)	
OAD+İnsülin	66.72±10.49 (49-86)	
<b>İlaç Düzeni</b>		
Evet	68.63±10.38 (42-86)	p=0.07
Hayır	58.67±14.13 (46-77)	
<b>Düzenli Kontrole Gelme</b>		
Evet	69.42±1.18 (46-86)	p=0.02
Hayır	62.17±2.88 (42-83)	

$\bar{x}$ : ortalama, SS: standart sapma

Araştırmada düzenli kontrole gelen; kontrol sıklığı fazla olan (1 ay -3 ay - 6 ay) şeker ölçüm cihazına sahip olan; egzersiz yapan; beslenme programına uyan bireylerde toplam ÖYÖ puanları ile önemli fark bulunmaktadır,  $p < 0.05$ . Araştırmada bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu ve tanı süresi ile toplam ÖYÖ puanları arasında anlamlılık yoktur,  $p > 0.05$ .

### Tartışma

Bu araştırmada diyabet tanısıyla gelen 65 yaş üstü bireylerin diyabet ile başa çıkma davranış öz yeterlik düzey puanları ve bunu etkileyen faktörler incelenmiştir. Bu araştırma sonuçları diyabetli 65 yaş üstü bireylerin öz yeterlik davranış eğitim yapılandırılmalarının önemini göstermektedir.

Bireylerin öz yeterlik ölçek ortalama puanları  $67.96 \pm 10.86$  bulunması Yeşilbalkan'ın 2001 de yapılan araştırmasında<sup>7</sup> (60 yaş ve üstü birey grubu) ölçek puan ortalamasının  $66.77$  olduğu gibi bu araştırmada da bireylerin diyabet öz yeterlik davranışlarının kabul edilebilir ve orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada yaş değişkeni (65-70 yaş /71-üstü yaş) ile öz yeterlik toplam ölçek puanı arasında fark yoktur,  $p = 0.172$ . Öz yeterlik puan ortalaması 60 yaş/üstü grupta bazı araştırmalarda Çallı (2014)  $55.48 \pm 13.24$ ; Gedik S, Koçoğlu D (2018)  $65.4 \pm 11.7$ ; Arslan (2019)  $54.5$ ; Genç E (2019)  $52.50$ ; Küçük S (2022)  $66.53 \pm 17.42$  olarak göstermiştir.<sup>10,11,4,12,13</sup>



Yaş ile öz yeterlik bağlantısı incelendiğinde DePalma ve ark (2015) araştırmasında yaştan artmasıyla öz yeterlik seviyesinin arttığını belirtmiştir. Farklı bir çalışmada yaş artışıyla kan şekeri seviyesinde düşme korkusu ve endişenin hafiflediği gösterilmiştir. Fakat yaş artışı ile birlikte öz yeterlik seviyesinin ise azaldığı tespit edilmiştir.<sup>14,15</sup> Gao J. (2013) ve bazı çalışmalarda ise yaş-öz yeterlik seviyesi açısından bağlantı yoktur sonucu çıkarılmıştır.<sup>16,17,18</sup>

Diyabetliler yaşın artmasıyla beraber hastalık tecrübesiyle başa çıkabilmekte, çeşitli çözüm yolları bularak öz yeterlik seviyelerini arttırabilmektedir. Yine de çeşitli kronik hastalıkların eklenmesiyle öz yeterlik negatif olarak etkilenebilmektedir.<sup>19</sup> Farklı bir çalışmada, yaş artışıyla beraber diyabetlilerin bedensel öz yeterlik alt grup puanlarında artma bulunmuş, bunun yaşla birlikte bilgi sahibi olma potansiyelinin yükselmesi, sağlık hükümlülüklerinin artışı ve hastalıkla alışma-düzen oluşturdukları ifade edilmiştir.<sup>16</sup>

Literatürde ileri yaşta daha iyi glisemik kontrol sağladığı bildirilmesine karşın Beckerle C., Wu S. ve arkadaşlarının çalışmalarında ileri yaş (71 yaş ve üzeri) diyabet toplam ÖYÖ puanları arasında anlamlı fark yoktur,  $p>0.05$ .<sup>19,20</sup> Arslan (2021) çalışmasında yaş parametresinin ölçek alt boyutu olan bedensel aktivite puanını etkilediğini saptamıştır. Bedensel aktiviteye yönelik 60-üzeri yaş grubundakilerin niteliksel yaşam puan değerleri diğer gruplara göre düşük bulunmuştur,  $p<0.05$ .<sup>4</sup>

Diyabet dışı hastalığı olanların öz yeterlik çalışmalarında da yaş ile bir bağlantı gösterilmemesine rağmen, genç hastaların öz yeterlik puanının daha yüksek bulunduğu gösterilmektedir.<sup>21</sup> Bundan dolayı daha geniş örneklem gruplarında, yaş değişkeni etkisiyle ilgili çalışmaların tekrarlanması gerekmektedir.

Bu çalışmada hastaların %10'unun sistemli bir şekilde fiziksel hareketler ya da aktiviteler yaptığı bulunmuştur. Bu %10 bireyin öz yeterlik seviyelerinin daha güçlü olduğu gösterilmiştir. Çalışkan N.D. ve arkadaşları tarafından 2007' deki çalışmasında bu bağlantı %25; Gün İ. ve arkadaşlarının 2010' da yaptığı çalışmada ise %16.8 gösterilmiştir.<sup>5</sup> Diyabetli bireylerin kan şekeri düzey dengesinin oluşmasında, yapılan sistemli fiziksel aktivitelerin, meydana gelebilecek olumsuz belirtilerin tedbirinde ciddi yer aldığı çalışmaları gösterilmektedir. Haftalık 3-5 kez, 30-45 dakikalık aktivitede olma Amerikan Diyabet Derneği tarafından diyabetli kişiler için tavsiye edilmiştir.<sup>22</sup>

Kişinin hem kendi sağlığına verdiği önem hem de diyabet ile birlikte yaşamının mümkün olduğunun bir işareti sistemli olarak fiziksel aktivitelerin gerçekleşmesi, sağlıklı olmanın esas yapısını oluşturmaktadır. Sistemli olarak fiziksel aktiviteleri yapan kişilerin öz yeterlik seviyelerinin de güçlü olması bu durumla örtüşen bir bulgu olmuştur.

Diyabet ile ilgili yapılan araştırmalarda 2016'da Kılıç M. %87.7, Reisi M. ve arkadaşları %48.1; 2012'de Sharoni ve Wu %34.8; 2011'de Çınar S. ve Kara K. %58 hastanın diyabet ile ilgili eğitim aldıklarını saptamıştır.<sup>14,23,24,25</sup> Yaptığımız araştırmada bunlarla uyumlu olarak hastaların %64.4'ünün diyabet eğitimi aldığı bildirilerek az bir farkla benzer puan ortalaması elde edilmiştir.

Amerikan Diyabet Derneği'nin bildirisine göre Tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitim metabolik testleri ve öz yeterlik puanını istatistiksel olarak anlamlı etkilemektedir.<sup>23</sup> Hastalara sadece neyi, nasıl, hangi durumda olacağını anlatmak diyabet eğitimi için yeterli değildir. Sadece diyabet anlatılarak davranış değişim beklentisine girmek doğru olmaz.<sup>26</sup> Diyabet hasta eğitiminde asıl amaç kişiye bilgi ve alışkanlık kazandırılıp yaşam kalitesini yükseltmektir. Bunun için kişinin tetkiklerinde iyilik değerine erişmesi, öz denetime aktif katılması, olumsuz gelişebilecek olaylara tedbir alması, harcamaların azaltılması gerekmektedir.<sup>27</sup>

Diyabet eğitimcileri ve hemşireler, diyabetli kişilerde öz yeterlik ve öz bakım davranışı ile ilgili faktörleri ve diyabet eğitiminde bunun nasıl ele alınması gerektiğini anlayarak eğitimlerini gerçekleştirmelidir. Tip 2 diyabetli kişilerde öz bakım davranışıyla ilgili öz yeterlik iyi belgelenmiştir.<sup>28</sup>

Hastaların gelir düzeylerine göre öz yeterlik puan ortalamaları birbirlerine çok yakın bulunmuştur (yetersiz gelir düzeyindeki hastaların ölçek puan ortalaması: 68.68; yeterli gelir düzeyindeki hastaların ölçek puan ortalaması: 67.54). Puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlam bulunmamıştır. Bu durum hastanelerde diyabet eğitimi ile ilgili özellikle diyabet hemşireliği biriminin gelişmesi, halka yönelik özel etkinlikler, sempozyum, panellerle birlikte bilgiye ulaşma, alınan bilgiye inanma, yaşam tarzını değiştirmekte ve diyabetle başa çıkılıp öz yeterlik düzeyini arttırdığı yorumu çıkarılabilir.

Bir araştırmada ekonomik pozisyonu iyi-çok iyi olan kişilerin, ekonomik pozisyonu kötü ve orta düzeydeki kişilere göre diyabet öz yeterlik seviyelerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir.<sup>15</sup>

### **Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre ÖYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hastaların hastalık süresi ile ÖEÖ incelenmesi yapılmıştır. Hastalık süresine göre ÖYÖ aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır,  $p>0.05$ . Araştırmada da görüldüğü üzere, genellikle orta-üst yaş Tip 2 diyabetliler hastalık durumlarında bireysel güç ve değişkenlik kaybını genç hastalara göre daha az yaşamaktadırlar. Diyabet, uzun sürede bireylerde güç yitimine neden olmaktadır. Bunun nedeni kronik hastalık tanılarının uzun zaman alarak tedavi ve bakımlarında aksamaların olmasıdır. Araştırmamızda 65-üstü yaş tip 2 diyabetli kişilerde

yapıldığından sosyodemografik ve tedavi durumlarında saptanan bu ilişkiyi etkilediği düşünülmüştür.

Kronik hastalıklarda ömür boyu kendi bakım-tedavi işlevlerinin öğrenilmesi ve eylemsel olarak sürdürülebilmesi çok zordur. Bu durumda kişisel öz yeterlik seviyelerinin yüksek olması dikkate değer olmaktadır.

### **Sonuç ve Öneriler**

Bu araştırmada diyabete ilişkin hekimden eğitim alan; ilaçlarını düzenli kullanan; düzenli kontrole gelen; şeker ölçüm cihazı olan; egzersiz yapan; beslenme programına uyan hastaların öz yeterlik seviyelerinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularına göre diyabete yönelik öz yeterlik seviyelerinin geliştirilmesine ihtiyaç bulunmuştur.

Kendi kendine yönetimde eğitim ve destek mümkünse doktor, diyetisyen, hemşire, psikolog gibi çok disiplinli bir ekip tarafından web bazlı bireysel veya grup görüşme tekniklerinden de faydalanılarak yapılmalıdır.

Hemşireler sağlık sisteminde eğitim, tedavi ve bakımda rehberlik yapıcı durumdadırlar. Bu yüzden öz yeterlik bağlamı kapsamında bilgilendirilmeli ve hemşirelik uygulamalarında kullanabilmelidirler.

Hemşireler, 65 yaş ve üstünde olan hastaların bireysel özelliklerini ve yaşa bağlı değişiklikleri dikkate alarak hem bireysel hem grup olarak; özellikle görsel materyaller kullanarak uygulamalı eğitimler vermelidir.

**Etik Kurul Onayı:** İzmir Ege Üniversitesi, Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul onayı bulunmaktadır.

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Hasta Onamı:** Hasta onamı alındı.

### **Kaynaklar**

1. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2013; 14 (1): 1-9. (Erişim Tarihi:10.10.2020). Erişim Adresi: <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/jspui/bitstream/11607/1920/1/1-9.pdf>
2. Sinclair A, Saeedi P, Kaundal A, Karuranga S, Malanda B, Williams R. Diabetes and global ageing among 65-99-year-old adults: Findings from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res Clin Pract. 2020 Apr;162:108078. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108078.
3. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991; 50: 248-287. (Erişim Tarihi: 13.10.2021). Erişim Adresi: <https://www.normfriesen.info/files/Bandura1991.pdf>

4. Arslan B. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Öz Yeterlik Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi. [Yüksek lisans tezi]. [İnternette tez]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019. (Erişim Tarihi: 13.10.2021). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=kxaLHN7kNAXqLEJXJqt3CA&no=bXkPyuRXuKfg4QyyE2DzGw>
5. Yanık Y.T, Erol Ö. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;19:3. (Erişim Tarihi:10.10.2020). Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/24333/257881>
6. Hekimoğlu L, Şensoy N. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri Ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. Euras J Fam Med. 2014; 3, 157-62. (Erişim Tarihi: 13.10.2021). Erişim adresi: <https://ejfm.trakya.edu.tr/archive/show/volume3/number3/750091>
7. Yeşilbalkan Usta Ö. Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz yeterlilikleri ve Öz yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. [Yüksek lisans tezi]. [İnternette tez]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2001. (Erişim Tarihi:12.10.2020). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
8. Kaya, Z. Hemşirelerin Diyabetli Hastalarda Diyabetik Ayak Bakım Yönetimi Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. [İnternette tez]. İstanbul: Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2017. (Erişim Tarihi: 13.10.2021). Erişim adresi: <http://acikerisim.demiroglu.bilim.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11446/1294/Zahide%20Kaya.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Kara M. Cross-Cultural Adaptation of The Diabetes Management Self-Efficacy Scale For Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. International Journal of Nursing Studies. 2005;1. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.07.008
10. Çallı, D. Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. [İnternette tez]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. 2014. (Erişim Tarihi: 13.10.2021). Erişim adresi: <http://acikerisim.pau.edu.tr:8080/xmlui/handle/11499/2116?locale-attribute=en>
11. Gedik, S., & Kocoglu, D. Self-efficacy level among patients with type 2 diabetes living in rural areas. Rural and Remote Health, 18 (1). 2018. doi: <https://doi.org/10.22605/RRH4262>
12. Gençer E, Tip 2 Diyabetli Bireylere Verilen Eğitimin Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi. [Yüksek lisans tezi]. [İnternette tez]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2019. (Erişim Tarihi: 13.10.2021). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
13. Küçük S, Karşigil P, Uludaşdemir D. & Güven İ. Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanılı Bireylerde Egzersiz Alışkanlıkları Ve Diyabet Öz Yeterliliği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2022. 9(2), 129–138. doi:10.52880/sagakaderg.1002512.
14. Kılıç M. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz yeterlik Düzeyleri Ve Sağlık Kontrol Odağı İle İlişkisi. [Yüksek lisans tezi]. [İnternette tez]. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2016. (Erişim Tarihi: 10. 10. 2020). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
15. Erol O, Enc N. Hypoglycemia fear and self-efficacy of Turkish patients receiving insulin therapy. Asian Nursing Research. 2011; 5(4): 222-28. doi: 10.1016/j.anr.2011.12.001.

16. Bohanny W, Wu S, Liu C, Yeh S, Tsay S, Wang T. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviours in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2013; 25, 495-502. doi: 10.1111/1745-7599.12017.
17. Wu S, Huang Y, Lee M, Wang T, Thung H, Wu M. Self-efficacy, self-care behaviour, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Nursing and Health Sciences*. 2013; 15, 213-9. doi: 10.1111/nhs.12022
18. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler M, Zhu Y, Fu H. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*. 2013; 14, 1-6. doi: 10.1186/1471-2296-14-66
19. Beckerle C, Lavin M. Association of self-efficacy and self-care with glycemic control in diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2013; 3, 172-8. <https://doi.org/10.2337/diaspect.26.3.172>
20. Shamsirgaran, S. M., Mamaghanian, A., Aliasgarzadeh, A., Aiminisani, N., Iranparvar-Alamdari, M., & Ataie, J. Age differences in diabetes-related complications and glycemic control. *BioMed Central Endocrine Disorders*; 2017, 17 (1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12902-017-0175-5>.
21. Şireci E. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabulleme Ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi]. [İnternette tez]. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012. (Erişim Tarihi: 10.10.2020). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
22. American Diabetes Association, 4. Lifestyle management: standards of medical care in diabetes, *Diabetes Care*, 41(Suppl 1). 2018, 38–50. <https://doi.org/10.2337/dc18-S004>.
23. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G, Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. *Oman Medical Journal*. 2016; 31, 52-9. doi: 10.5001/omj.2016.10
24. Sharoni S, Wu S. Self-efficacy and self-care behaviour of Malaysian patients with type 2 diabetes: a cross sectional survey. *Nursing and Health Sciences*. 2012; 14, 38-45. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00658.x
25. Kara K, Çınar S. Diyabet bakım profili ve metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas J Med Sci*. 2011; 1, 57-63. doi: 10.5505/kjms.2011.41736
26. International Diabetes Federation (IDF), 2021. *Diabetes Atlas*. 6rd edition, Brussels: International. (Erişim Tarihi: 13.10.2022). Erişim adresi: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
27. Satman İ. ve ark. TEMD Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu, 2022. (Erişim Tarihi: 13.10.2022). Erişim adresi: [https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus\\_2022.pdf](https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf)
28. Demirhan Y, Tip 2 Diyabet Hastalarında, Diyabette Engellilik Durumunun Genel Öz Yeterliğe Etkisi. [Yüksek lisans tezi]. [İnternette tez]: İstanbul. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019. (Erişim Tarihi: 13.10.2021). Erişim adresi: <file:///C:/Users/HP/Downloads/615431.pdf>

## Hemşirelerin Perkütan Endoskopik Gastrostomili Hastaların Bakımına İlişkin

### Deneyimleri: Fenomenolojik Araştırma

### Nurses' Experiences in the Care of Patients with Percutaneous Endoscopic

### Gastrostomy: Phenomenological Research

Yasemin Altınbaş<sup>1</sup>, Türkan Karaca<sup>2</sup>

#### Öz

**Amaç:** Bu çalışma, hemşirelerin PEG'li hastalara bakım verme sürecinde yaşadıkları deneyimleri ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Niteliksel fenomenolojik türde yapılan araştırma, Haziran-Temmuz 2021 tarihleri arasında palyatif bakımda çalışan 13 hemşire ile yapılmıştır. Veriler yüz yüze derinlemesine görüşme tekniği ile toplanmıştır. Görüşmelerden elde edilen veriler tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Palyatif bakım hemşireleri ile derinlemesine yapılan görüşmelerin tematik analizi sonucu 3 ana tema ve 5 alt tema ortaya çıkmıştır. İlk tema "PEG'li Hastanın Bakımı Deyince Akla Gelenler", ikinci tema "PEG'li Hastanın Bakım Uygulamaları" ve üçüncü tema ise "PEG'li Hastanın Bakımına İlişkin Yaşanan Sorunlar ve Çözümler" olarak belirlenmiştir.

**Sonuç:** Hemşirelerin PEG'li hastaların bakımına ilişkin bilgilerinin yeterli düzeyde olup bakım uygulamalarında hastaların ihtiyaç duyduğu fizyolojik gereksinimlerin karşılandığı görülmüştür. Hastaların psikolojik hazırlığın da bakım sürecine dahil edilmesi, hastaların ve hasta yakınlarının PEG bakımını içeren tüm konularda yeterli bilgilendirilmesi, hemşirelerin PEG'li hastanın bakımına ilişkin yaşadıkları güçlükler ve bu konuyla ilgili klinik deneyimleri tartışılarak sürekli eğitimlerle güçlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, palyatif bakım, perkütan gastrostomik endoskopi

#### Abstract

**Aim:** This study was carried out to examine the experiences of nurses, who have an important place in the care of patients with PEG, about PEG using a qualitative research method.

**Material and Methods:** The research was conducted with 13 palliative care nurses between using the qualitative method. The data were collected by one-on-one in-depth interview technique. The data obtained from the interviews were evaluated with the qualitative content analysis method.

**Results:** As a result of the content analysis of the in-depth interviews with palliative care nurses, 3 main themes and 5 sub-themes emerged. The first theme was determined as "What comes to mind when Caring for the Patient with PEG", the second theme is "Care Practices of the Patient with PEG" and the third theme is "Problems and Solutions Related to the Care of the Patient with PEG".

**Conclusion:** It is recommended to include the psychological preparation of the patients in the care process, to provide adequate information to the patients and their relatives on all issues related to PEG care, to discuss the difficulties experienced by the nurses in the care of the patient with PEG and their clinical experience on this subject, and to strengthen them with continuous training.

**Keywords:** Nurse, palliative care, percutaneous gastrostomy endoscopy

<sup>1</sup>Doçent Doktor, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Adıyaman/Türkiye, ORCID:0000-0002-0456-3236

<sup>2</sup>Sorumlu Yazar, Doçent Doktor, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Adıyaman/Türkiye, E-mail: turkan\_20051@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-8603-5460

Geliş Tarihi: 20 Aralık 2022, Kabul Tarihi: 18 Mart 2023, Yayınlanma Tarihi: 22 Mayıs 2023

## Giriş

Normal GİS fonksiyonlarına rağmen ağızdan beslenemeyen hastalar; gastrointestinal mukozanın bütünlüğünü, mukozal bariyer fonksiyonunu, bağırsak immün yanıtını ve normal florayı korumak için mümkün olduğunca enteral yoldan beslenmelidir.<sup>1</sup> Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği-ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism, klinikte 2 ila 3 haftadan fazla beslenmesi gereken hastalara perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) önermektedir.<sup>2</sup> PEG, GİS fonksiyonları normal çalışan ancak oral alımı yeterli olmayan hastalarda karın duvarından direkt olarak mideye tüp yerleştirilmesi işlemidir.<sup>2</sup>

Günümüzde palyatif servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde yatan, ağızdan beslenemeyen ve en az 4 hafta tüple beslenmesi gereken hastalara PEG sıklıkla uygulanmaktadır. PEG tüpünün yerleştirilmesinden önce tanı süreci, beklenen beslenme süresi, prognoz ile hasta ve hasta yakınlarının istek ve beklentileri ve yaşam kalitesine etkileri göz önünde bulundurulması gereken konular arasındadır.<sup>3</sup> PEG'in orofaringeal cerrahide yutma bozuklukları, üst GİS neoplazmaları, çoklu travma, uzun süreli mekanik ventilasyon ve perioperatif dönem endikasyonları arasındadır.<sup>4</sup> PEG, büyük bir cerrahi girişime gerek olmaması, yoğun bakım hastalarında yatak başında hafif bir sedasyonla kolayca uygulanabilmesi ve maliyet açısından ekonomik olması gibi avantajları sebebiyle son yıllarda en sık kullanılan yöntemlerden biridir<sup>(4,5)</sup>. Literatürde prosedüre bağlı ölüm oranı %1'in altındadır. PEG tüpü yerleştirmede kullanılan farklı tekniklere sahip tecrübeli endoskopistler, düşük komplikasyon prevalansı ve mortalite ile %99 başarı oranına ulaşmıştır.<sup>4</sup> PEG tüpü ile ilgili komplikasyonları minör ve majör olarak ikiye ayırılır. Majör komplikasyonlar %1-4 oranında, minör komplikasyonlar ise %8-30 oranında bildirilmiştir.<sup>4</sup> PEG tüpü bakımı düzenli ve özenli bir şekilde yapılırsa komplikasyonlar nadiren görülmektedir.<sup>5</sup> Hastanelerde beslenme destek ekibinde/biriminde hemşireler, diyetisyenler, eczacılar ve doktorlar görev yapmaktadır. Nutrisyonel destek ekibi/ünitesi, PEG tüpünün yerleştirilmesine karar verildiği andan itibaren hastayı ve ailesini yakından takip eder ve bu sürecin sağlıklı koşullarda devam etmesini sağlar. Beslenme destek ekibinde önemli bir yeri olan hemşireler, hastaların ve bakım verenlerin öğrenme ihtiyaçları, istekleri ve yetenekleri doğrultusunda yazılı ve sözlü eğitim vermek ve bakımı sürdürmekle sorumludur. Bu kapsamda PEG ile ilgili eğitimler ve takipler taburculuk sonrası problemlerin azalmasını, bakıma ayrılan maliyetin azalmasını, karşılaşılan problemlerin kolay çözümlenmesini, hasta ve bakım veren memnuniyetinin artmasını, hastaların yaşam kalitelerinin iyileşmesini ve artmasını sağlamaktadır.<sup>4,7,8</sup>

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Türü

Bu çalışmada “Hemşire, Perkütan Endoskopik Gastrostomi ve Bakım” kavramları merkeze alınarak fenomenolojik (olgu bilimsel) yaklaşım olarak adlandırılan nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Olgu bilim, belirli durumlarda ve olaylarda insan tecrübelerini anlamak, empatiye dayalı ve net bir şekilde bu anlamları ortaya koymaya çalışmak için kullanılır.<sup>9</sup> Fenomenoloji, gerçekliği bireysel bakış açısıyla deneyimlerde arayan bir yaklaşım olarak gelişmiştir.<sup>10</sup>

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu fenomenolojik araştırma Türkiye'nin Doğu bölgesinde palyatif bakım servisleri bulunan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin (22 hemşire) ve bir Devlet Hastanesi'nin (18 hemşire) Palyatif Bakım Servisi hemşireleri ile yürütülmüştür. Araştırmada ölçüt örnekleme göre önceden belirlenmiş ilgili konuda öneme sahip kriterleri karşılayan tüm olguları gözden geçirmek ve incelemek amaçlanmıştır.<sup>11</sup> Örnekleme dahil edilme; iletişim problemi olmama, 18 yaş üstü olma, araştırmaya katılmayı kabul etme ve en az 6 aydır palyatif bakım servisinde çalışma ölçütleri doğrultusunda belirlenmiştir. Nitel araştırmalarda belirli bir örneklem sayısı olmadığından görüşmeler araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahip katılımcılar ile gerçekleştirilmiş ve veri doygunluğuna ulaşıldığında veri toplama sonlandırılmıştır.<sup>12</sup> Örneklemi 13 hemşire oluşturmuştur. Hemşirelerin yaşları 26-41 aralığında, palyatif bakım kliniklerinde hemşire olarak çalışma yılı 6 ay-15 yıl, 10'u kadın olup 7 hemşirenin PEG'li hasta bakımı ile ilgili eğitim/sertifika aldığı, 4'ünün sertifikaya sahip olduğu ve tüm katılımcıların lisans mezunu olup 2 hemşirenin alanında yüksek lisans mezunu olduğu ve hiçbir katılımcının PEG'li hasta bakımı ile ilgili bir yayını ya da web sitesini düzenli bir şekilde takip etmediği saptanmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, veri toplama sürecinde hemşirelere ait tanıtıcı bilgilerin olduğu “Tanıtıcı Bilgi Formu” (yaş, mezun olunan okul, cinsiyet, palyatif bakım hemşiresi olarak çalışma yılı, PEG'li hastaların bakımı ile ilgili bir yayını/web sitesini düzenli bir şekilde takip etme durumu, PEG'li hastanın bakımı ile ilgili daha önce eğitim alma durumu) ve yarı yapılandırılmış “Görüşme Formu” kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme soruları konuyla ilgili alanında uzman bireyler (stoma bakım hemşiresi/hekim) tarafından değerlendirilmiş ve uzman görüşleri doğrultusunda forma son hali verilmiştir. Görüşme formu, palyatif bakım servisi hemşirelerinin PEG'li hastanın bakımına ilişkin deneyimleri ile ilgili sorulardan oluşmuştur<sup>1-4,6-8</sup> :



- PEG’li hastaya bakım verme ile ilgili düşüncelerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

Servisinizde PEG’li hastaların bakımı ile ilgili takip edilen bir uygulama standardı ya da protokolü hakkındaki düşüncelerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- Ameliyat öncesi süreçte PEG açılacak hastanın bakımına ilişkin yapılan uygulamalara yönelik düşüncelerinizi nasıl değerlendirirsiniz? Yapılan uygulamalar yeterli mi, bu konuda önerileriniz nelerdir?

- Ameliyat sonrası süreçte PEG açılacak hastanın bakımına ilişkin yapılan uygulamalara yönelik düşüncelerinizi nasıl değerlendirirsiniz? Yapılan uygulamalar yeterli mi, bu konuda önerileriniz nelerdir?

- Servisinizde PEG’li hastaya bakım verirken karşılaştığınız sorunları nasıl değerlendirirsiniz? Bu konularda alınan önlemler nelerdir? Açıklayınız.

- Servisinizde PEG’li hastaların bakımını geliştirmeye yönelik önerileriniz nelerdir? Açıklayınız.

### **Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırma verileri Haziran-Temmuz 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın verileri toplanmadan önce kayıt ve gözlemin uygun koşullarda yapılabileceği bir görüşme odası fiziki koşullar açısından düzenlenmiştir. Veri toplama işleminden önce not defteri ve kalem, ses kayıt cihazı (raportör için) hazırlanmıştır. Görüşmeler hemşireler (katılımcılar) ile rahat iletişim kurulabileceği düşünülen sakin bir ortamda ve yüz yüze yapılmıştır. Veriler, derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Görüşmeler, katılımcıların verdikleri cevaplara bağlı olarak 30-35 dakika sürmüştür. Katılımcıların görüşleri; isimleri verilmeden kodlanarak ve gizlilik esasına uyularak kaydedilmiştir. Görüşlerin sonunda hemşirelere verilen katılımcı numaraları ise rakamlarla ifade edilmiştir.

### **Verilerin Analizi**

Bu çalışmada kullanılan veri analiz yöntemi, temaların verilerden ortaya çıktığı Tematik Analizdir.<sup>13-15</sup> Bu çalışmada yüz yüze derinlemesine görüşmelerin bitiminden sonra araştırmacılar tarafından ses kayıtları tekrar tekrar dinlenerek katılımcıların söyledikleri şekliyle değiştirilmeden bilgisayar ortamında Microsoft Word programında yazılarak kayıt altına alınmış ve böylece veri seti oluşturulmuştur. Okuma ve tekrar okuma sonrasında veriler kodlanmıştır. Temaların ortaya çıkmasını sağlamak için tüm görüşme transkripsiyonlarının kodlandığı açık kodlama süreci kullanılmıştır. Temaları destekleyen alıntılar ve yorumlar belirlenmiştir. Kategoriler daha sonra araştırmacılar tarafından gözden geçirilmiş ve temalara son şekli verilmiştir. Tematik analizde üç ana tema ve beş alt tema belirlenmiştir.

Verilerin analizini bir uzman ve araştırmacılar birlikte tartışarak, karar vererek ve uzlaşarak yapmıştır. Böylece araştırmanın güvenilirlik ve iç geçerliliğini arttırmada araştırmacı üçgenleme stratejisi sağlanmıştır. <sup>16-18</sup> Ayrıca veri toplamanın sonunda araştırmacı, topladığı verileri özetleyerek, katılımcıların bunların doğruluğuna/yanlılığına ilişkin düşüncelerini belirtmesini istemiş ve böylece inanılrlılığını arttırmada katılımcı teyidi sağlanmıştır. <sup>17,18</sup>

### **Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmaya başlamadan önce kurum izinleri ve bir üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan onay (2021/01-08) alınmıştır. Palyatif Bakım Servisinde çalışan hemşirelere çalışmanın amacı, gönüllülük ilkesi ve yöntemi konusunda açıklama yapıldıktan sonra “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” kullanılarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Görüşmelerin ses kayıt cihazı ile kayıt edilmesiyle ilgili de katılımcılardan izin alınmıştır.

### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Amaca yönelik örneklem büyüklüğü yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme yöntemine göre tasarlanan bu çalışmada, katılımcılarla yapılan yüz yüze derinlemesine görüşmelerde, yeni bilgiler artık ortaya çıkmadığında, elde edilen veriler tekrar etmeye başladığında ve doyum noktasına ulaştığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır bu durum bu araştırmada bir sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca araştırmanın, palyatif bakım ekibi içindeki diğer sağlık profesyonellerini kapsamaması da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

### **Bulgular**

Araştırmanın ana ve alt temalarına yönelik elde edilen bulgular doğrultusunda 3 ana tema ve 5 alt tema ortaya çıkmıştır.

#### **Tema 1. PEG’li Hastanın Bakımı Deyince Akla Gelenler**

Katılımcıların çoğu ‘PEG’li hastaların bakım uygulamaları deyince aklınıza gelen başlıklar nelerdir? Açıklayınız.’ sorusuna ‘düzenli hasta takibi, doğru pozisyon, sık pansuman, aseptik teknik, enfeksiyon kontrolü ve hasta ve yakınının eğitimi...’ başlıkları altında yanıt vermişlerdir.

*“Pansumanın günlük steril bir şekilde yapılması, temiz ve kuru tutulması. Enfeksiyon bulgularının takip edilmesi; akıntı, kızarıklık ve şişlik yönünden değerlendirilmesi. ...Ağız bakımının yapılması, beslenme esnasında hastanın pozisyonu 30°-45° olacak şekilde olması ve beslenme sonrasında da hemen yatılmaması gerektiği. İlk beslenmeye başlanıldığında az az ve yavaş bir şekilde beslenilmeli, hastanın tolere etmesine göre miktarı arttırılmalıdır.” (K-5)*

Bir katılımcı ise ifadeleriyle hastanın cerrahi sürecine vurgu yapmıştır.

*“PEG tüpünün yerinden çıkmaması için tüpün tespitinin iyi yapılması gerekir... Aslında açılma aşamasında hazırlığın yapılması, açılırken işlemi asiste etme süreci, PEG takılması sonrasında bakım ve beslenmenin sağlanması süreci, PEG giriş alanının bakımı ve tıkanmasının önlenmesi için yapılan uygulamalar diyebiliriz.” (K-1)*

## **Tema 2. PEG’li Hastanın Bakım Uygulamaları**

PEG’li Hastanın Bakım Uygulamaları ana teması Bakım Protokolleri, PEG Açılacak Hastanın Ameliyat Öncesi Süreçte Bakımı ve PEG Açılan Hastanın Ameliyat Sonrası Süreçte Bakımı olmak üzere 3 alt temadan oluşmaktadır.

### **Alt Tema 1. Bakım Protokolleri**

Katılımcıların çoğu ‘Servisinizde PEG’li hastaların bakımı ile ilgili takip edilen bir uygulama standardı ya da protokol var mıdır, açıklayınız?’ sorusuna cevap olarak ‘PEG açılan hastaya ilk hafta 2 günde bir pansuman sonrasında ise temiz su ile temizleme işlemi, günlük PEG kontrolü, günde en az 1 kez PEG bölgesinin bakımının yapılması ve pansumanının yenilenmesi, beslenmenin sağlanması ve enfeksiyon bulguları açısından gözlem’ olarak ifade etmişlerdir.

*“Evet var. Kalite çalışmaları doğrultusunda protokol oluşturulmuştur. Eğitim hemşiresi tarafından eğitim veriliyor. Hasta ve yakınları bilgilendiriliyor. Yara yeri bakımı ile ilgili bilgi veriliyor. ... PEG açılır, ondan sonra pansumanı 2-3 günde bir yapılır. Düzenli olarak gerçekleştirilir (1 hafta kadar). Enfeksiyon bulguları açısından hasta gözlemlenir. Temizliği günlük yapılır, temiz su ile temizleme işlemi yapılıyor... (Doktor, Hemşire, Diyetisyen) iş birliği ile PEG açıldıktan 24 saat sonra diyetisyenin belirlediği oranda besleme başlar. Hastanın beslenmesinde önce düşük dozdan mama başlanıp sonra tolere edebileceği miktar artırılarak belirleniyor.” (K-2)*

### **Alt Tema 2. PEG Açılacak Hastanın Ameliyat Öncesi Süreçte Bakımı**

Katılımcıların çoğu ‘Servisinizde PEG açılacak hastanın ameliyat öncesi süreçte bakımında yapılan uygulamalar nelerdir? Yapılan uygulamalar yeterli mi, bu konuda önerileriniz nelerdir?’ sorusuna cevap olarak ‘bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun alınması, cerrahi işlemden önce aç kalma, (gerekli ise) PEG açılacak alanın cilt temizliği, beslenmeye başlama, psikolojik hazırlık, eğitim ve fizyolojik hazırlık yapıldığını; PEG açılacak hastanın ameliyat öncesi süreçte bakımına ilişkin yapılan uygulamaları yeterli bulduklarını’ belirtmişlerdir.

*“Öncelikle yapılacak işlem hakkında hastaya bilgi verilir, psikolojik olarak işleme hazırlanır. Hastadan ya da yakınlarından onam formu alınır (oluşabilecek komplikasyon ve bütün riskler anlatılır). Hastanın genel biyokimya ve rutin diğer kan*

*tetikleri yapılır. Hastanın vital bulguları takip edilir. Hasta en az 8 olmak üzere genelde 24 saat öncesinden aç bırakılır. Gerekli görülürse cerrahi alan tıraşı yapılır. PEG açıldıktan enteral beslemeye geçişi yapılır (24 saat sonra). Gerekli görülürse alan tıraşı yapılır.” (K-12)*

### **Alt Tema 3. PEG Açılan Hastanın Ameliyat Sonrası Süreçte Bakımı**

Katılımcıların çoğu ‘Servisinizde PEG açılan hastanın ameliyat sonrası süreçte bakımında yapılan uygulamalar nelerdir? Yapılan uygulamalar yeterli mi? Bu konuda önerileriniz nelerdir? sorularına cevap olarak ‘enfeksiyon kontrolü, pansuman, besleme, PEG bakımı ve yaşamsal bulgu takibi yapıldığını; PEG açılan hastanın ameliyat sonrası süreçte bakımına ilişkin yapılan uygulamaları yeterli bulduklarını’ belirtmişlerdir.

*“Pansumanı günlük steril bir şekilde yapılır. PEG takılan bölgede kızarıklık, şişlik, akıntı var mı diye kontrol edilir. Hasta doktorun istemine göre beslenirken tolere edip edemediği gözlemlenir. Her beslenme sonrasında tüpte tıkanıklık oluşmaması için bir miktar su verilir ve klemlenir. Hastanın vital bulguları takip edilip kaydedilir. Beslenme sonrasında hastanın pozisyonu 30°-45° olacak şekilde ayarlanır.” (K-10)*

### **Tema 3. PEG’li Hastanın Bakımına İlişkin Yaşanan Sorunlar ve Çözümler**

PEG’li Hastanın Bakımına İlişkin Yaşanan Sorunlar ve Çözümler ana teması Bakım Sırasında Sorunlar, Çözümler ve Öneriler olmak üzere 2 alt temadan oluşmaktadır.

#### **Alt Tema 1. Bakımda Yaşanan Sorunlar**

Katılımcıların çoğunluğu ‘Servisinizde PEG’li hastaların bakımına ilişkin en çok sorun yaşanan konular nelerdir?, sorusuna ‘PEG’de tıkanıklık-sızdırma, enfeksiyon ve beslemede sindirim sorunları’ olarak belirtmişlerdir.

*“Enfeksiyon ve beslenmede sindirim sorunları olabiliyor. Verilen besini hastanın tolere edememesi, kusma, şişkinlik, ishal gibi durumlar görülmesi..., Torbalardan sızıntı yaşanması ...PEG’de tıkanma olabiliyor..., yapışma hortumun dokuya... Hasta yakınlarının dikkat etmemesiyle yatar pozisyonda beslemeye bağlı aspirayon pnömonisi de gelişebilmektedir.” (K-8)*

#### **Alt Tema 2. Çözümler ve Öneriler**

Katılımcıların çoğunluğu ‘Servisinizde PEG’li hastaların bakımında yaşanan sorunlara ilişkin çözümler nelerdir?’ sorusuna ‘PEG’li hastayı sık değerlendirme, enfeksiyon bulgularının takibi, uygun pozisyon verme, besleme sırasında dikkat edilmesi gerekenler’ olarak ifade etmişlerdir.

*“Verilen besini hasta tolere edememesi, şişkinlik, ishal gibi durumlarda hastaya ve yakınına tekrar eğitim verilmesi daha yavaş az az beslenmesi ve kullanılan beslenme*

*ürününün değiştirilmesi, beslenme öncesi ve sonrası yıkama yapılması. Mama verirken doğru miktarda ve doğru ısıda ve yavaş bir şekilde verilmeli... Beslenme sırasında hastanın baş kısmının en az 45 derecelik açıyla dik tutulması lazım. Hasta yakınlarının dikkat etmemesiyle aspirasyon pnömonisi gelişebilmektedir. Tüpte tıkanıklık olması, her besin verildikten sonra arkasından bir miktar su verilmesi gerektiği. Yapışma hortumun dokuya (Yarım ay şeklinde hortumun hareket ettirilmesi), beslenmede sindirim sorunları olabiliyor (Rezüdü kontrolü 12 saat arayla)...” (K-8)*

Katılımcıların bir kısmı ‘Servisinizde PEG’li hastaların bakımını geliştirmeye yönelik önerileriniz nelerdir?, sorusuna ‘düzenli PEG takibi ve bakımı, doğru pozisyon verme ve hastalarda psikolojik hazırlığın ve hemşireler tarafından PEG’li hasta bakımı ve eğitiminin etkili yapılması’ şeklinde belirtmişlerdir.

*“Psikolojik olarak hasta operasyon öncesinden başlayarak duruma adapte edilmelidir. PEG’li hastalarda neler yapılması gerektiği hakkında hemşirelere eğitim verilmelidir. Serviste birçok sorumluluk hasta yakınında olduğu için gerekli ve etkili hasta eğitimi hasta yakınına da verilmelidir. Nutrisyon birimlerince takipler daha sıkı yapılmalıdır... Aslında en önemlisi PEG temizliğine daha fazla özen gösterilmesi diyebiliriz böylece enfeksiyon bulgularına daha az rastlanılabilir.” (K-11)*

### **Tartışma**

Hemşireler PEG’li hastaların bakım uygulamaları ile ilgili olarak düzenli hasta takibi, doğru pozisyon, sık pansuman, aseptik teknik, enfeksiyon kontrolü ve hasta ve yakınının eğitiminin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Perkütan endoskopik gastrostomi komplikasyonları minör (peristomal sızıntı, peristomal enfeksiyon, pnömoperitoneum, tüp tıkanıklığı, gastrointestinal kanama ve ülserasyon) ve majör (burried bumper sendromu, nekrotizan fasit, pulmoner aspirasyon olokütanöz fistül,) olarak iki başlık altında ele alınmaktadır.<sup>5,19,20</sup> PEG’li hastaların bakım sürecinin etkili yönetilmesi birçok komplikasyonu önlemede elzemdir. Literatür araştırıldığında komplikasyonların önlenmesinde hemşirelik bakımında PEG’li hastaların stoma bölgesinin ilk bir hafta her gün, sonraki haftalarda 2-3 günde bir su ve sabun ile tüpün giriş yeri temizlenmesi, pansuman sırasında sızıntı olup olmadığı gözlemlenmesi, yaşamsal bulgularının ve enfeksiyon belirtilerinin takip edilmesi, kan şekeri takibinin yapılması ve tüpün tıkanmasına neden olacak işlemlerden (katı ilaç verilmesi gibi) kaçınılması yer almaktadır.<sup>21,22</sup> Bu bilgilere göre hemşirelerin PEG’li hastaların bakımında temel başlıkları bildikleri söylenebilir.

Katılımcılar PEG’li hastaların bakımı ile ilgili takip edilen bir uygulama standardı ya da protokolünün, PEG açılan hastaya ilk hafta 2 günde bir pansuman sonrasında ise temiz su

ile temizleme işlemi, günde en az 1 kez PEG bölgesinin bakımının yapılması, beslenmenin sağlanması ve enfeksiyon bulguları açısından gözlemi kapsadığını ifade etmişlerdir. Literatürde, hastaların bakım sürecinde standart bir bakım protokolünün takip edilmesi PEG'li hastalarda görülebilecek komplikasyonların azalmasını ve bakımın kalitesinin artmasını sağladığı ortaya konmuştur.<sup>23-25</sup> Kaynaklar PEG'li hastaların hemşirelik bakımında temel düzeyde enfeksiyonun önlenmesi, tüp temizliği, peristomal cilt bakımı, yeterli beslenme başlıklarını kapsamaktadır.<sup>5,26</sup> Bu bilgilere göre, çalışmamıza katılan hemşirelerin PEG'li hastalarda hemşirelik bakımını ileri düzeyde gerçekleştirdiği söylenebilir.

Hemşireler PEG açılacak hastanın ameliyat öncesi süreçte bakımında yapılan uygulamalar kapsamında, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun alınması, cerrahi işlemden önce aç kalma, PEG açılacak alanın cilt temizliği, psikolojik hazırlık, hastanın eğitimi başlıklarını sıralamışlardır. Literatürde PEG açılacak hastaya işlemden önce PEG tüpü ile beslenmesinin yararları ve bakımı hakkında bilgi vererek bilgilendirilmiş onamın mutlaka alınması gerektiği belirtilmektedir.<sup>3</sup> Bilgilendirilmiş gönüllü olur vermek için gerekli zihinsel kapasiteye sahip olmayan hastalarda yakınlarından, yoğun bakım hastalarında ise onam yasal vekil karar vericilerden alınmalıdır. Ayrıca ameliyat öncesinde hasta hazırlığı kapsamında işlemden önce hastanın en az 6 saat aç bırakılması, eğer kullanıyorsa hastanın proton pompa inhibitörlerinin en az iki gün öncesinden kesilmesi, proflaksinin sağlanması için hastaya işlemden en az 30 dakika önce geniş spektrumlu antibiyotikler uygulanması ve özellikle erkek hastalarda göbek çevresinin cilt temizliğinin yapılması gerekmektedir.<sup>3,27</sup>

Katılımcılar PEG açılan hastanın ameliyat sonrası süreçte bakımında yapılan uygulamalar için enfeksiyon kontrolü, pansuman, besleme ve yaşamsal bulgu takibi yapıldığını ifade etmişlerdir. Literatür incelendiğinde PEG işlemi uygulanan hastaların en az 6 saat süre ile yatak istirahatine alınması gerektiği belirtilmektedir. Bu süre zarfında hastanın yaşamsal bulguların alınması, abdominal ağrı açısından izlenmesi ve pansuman yerinde kanama olup olmadığı takip edilmesi işlem sonrasında hastada komplikasyonların önlenmesi açısından hemşirelik bakımında öncelikli başlıklardır.<sup>3,28</sup> Bu bilgilere göre hemşirelerin PEG'li hastaların bakımında temel başlıkları bildikleri söylenebilir.

Hemşireler PEG'li hastaların bakımına ilişkin en çok sorun yaşanan konular arasında PEG'de tıkanıklık-sızdırma, enfeksiyon ve beslemede sindirim sorunları söylemişlerdir. Çanakçı ve arkadaşlarının (2015) PEG kanülü yerleştirilen 12 olgunun kayıtları inceledikleri çalışmada hastaların yarıya yakınında (%41.66) beslemede sindirim sorunları yaşandığı saptanmıştır.<sup>19</sup> Yakut ve Tiryaki'nin (2019) yaptıkları ve 6 yıllık geriye dönük veriler toplayarak yaptıkları çalışmada PEG açılan hastalarda kanama, sızdırma ve enfeksiyonun en

sık rastlanan komplikasyon olduğu saptanmıştır.<sup>29</sup> Çalışmamıza katılan hemşirelerde yapılan araştırmalarla benzer şekilde sorunları sık yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılar PEG'li hastaların bakımında yaşanan sorunlara ilişkin çözüm olarak enfeksiyon bulgularının takibi, uygun pozisyon verme, besleme sırasında dikkat edilmesini sıralamışlardır. PEG'li hastaların bolus ve aralıklı beslenmede her beslenme öncesi ve sonrası; beslenme pompası ile sürekli infüzyonda ise sekiz saatte bir 20-100 ml su verilmesi önemlidir.<sup>30,31</sup> Eğer hastada enteral beslenmeye intolerans gelişirse enteral beslenme durdurulmalı ve PEG kanülü serbest drenaja alınmalıdır. Hekim isteminde yer alan ilaçlar PEG kanülü yoluyla uygulanmalı ve enteral motilitenin artması beklenmelidir.<sup>19</sup> Bu uygulamalardan sonra hastanın tekrar enteral yol ile beslenmesine başlanması önerilmektedir. Hastanın PEG tüpünün çevresinde sızıntı görülmesi durumunda ise bariyer kremler kullanılmalı, dermatit durumunda ise tüp çevresini yara bakım spreyi ile temizlemelidir.<sup>27</sup> Çalışmamıza katılan hemşirelerin PEG'li hastaların bakımında yaşanan sorunlara ilişkin daha kapsamlı bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir.

Hemşireler PEG'li hastaların bakımını geliştirmeye yönelik olarak düzenli PEG takibi ve bakımı, doğru pozisyon verme, hastalarda psikolojik hazırlığın etkili yapılması, hemşirelerde PEG'li hasta bakımı eğitiminin verilmesini önermişlerdir. Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda PEG'li hastaların sadece fizyolojik değil korku ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar yaşadıklarını da ortaya koymuştur.<sup>32,33</sup> Bu nedenle PEG işlemi sonrası hastalar birçok bakım uygulamasını gerçekleştirmek ve psikolojik olarak rahatlamak için desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu noktada hemşirelerin güncel verilerle düzenli eğitimler alması hastalarda bakımın geliştirilmesi ve gerekli desteğin sağlanması açısından önemlidir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Hemşirelerin PEG'li hastaların bakımına ilişkin bilgilerinin yeterli düzeyde olup bakım uygulamalarında hastaların ihtiyaç duyduğu fizyolojik gereksinimlerin karşılandığı görülmüştür. Katılımcıların çoğu PEG'li hastaların bakım uygulamaları kapsamında düzenli hasta takibi, doğru pozisyon, sık pansuman, aseptik teknik, enfeksiyon kontrolü, beslenmenin sağlanması ve hasta ve yakınının eğitimi başlıklarını ortaya koymuşlardır. Bu sonuçlar doğrultusunda, psikolojik hazırlığın da bakım sürecine dahil edilmesi, hastalara ve hasta yakınlarına PEG bakımını içeren tüm konularda yeterli bilgilendirme yapılması, bakım verenlerin ya da hasta yakınlarının süreç içerisinde aktif rol alması, hemşirelerin PEG'li hastanın bakımına ilişkin yaşadıkları güçlükler ve bu konuyla ilgili klinik deneyimleri tartışılarak sürekli eğitimlerle güçlendirilmesi önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no):** Üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan etik kurul onayı (2021/01-08) alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Teşekkür:**

Yazarlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelere teşekkürlerini sunar.

### Kaynaklar

1. Marik PE, Zaloga GP. Early enteral nutrition in acutely ill patients: a systematic review. *Crit Care Med.* 2001;29(12):2264-70.
2. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Niv Y, Rollins H, Singer P, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clin Nutr.* 2005;24(5):848-61.
3. Kahveci G, Çelik S. Perkütan Endoskopik Gastrostomi tüpü ile beslenen hastanın hazırlığı, takibi ve taburculuk eğitimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2020;24(1):22-31.
4. Rahnemai-Azar AA, Rahnamaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. *WJG.* 2014;20(24):7739-51.
5. Sobotka L. Klinik nütrisyon temelleri. In: Gündoğdu RH, editör. Ankara: Bayt Yayınevi; 2017. ss. 120-123.
6. Friginal-Ruiz AB, Lucendo AJ. Percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastroenterology Nursing.* 2015;38(5):354-66.
7. Uysal N, Eşer İ, Khorshid L. Hemşirelerin enteral beslenme işlemine yönelik uygulama ve kayıtlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2011;14(2):1-9.
8. Hisar KM, Erdoğan H. Evde sağlık hizmeti alanlarda yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi.* 2014;24(4):138-42.
9. Neergaard, H, Ullhøi JP. Handbook of qualitative research methods in entrepreneurship. UK: Edward Elgar Publishing; 2007.
10. Ersoy AF. Fenomenoloji. Ankara: Anı Yayıncılık; 2019.
11. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1990.
12. Leininger M. Qualitative research methods in nursing. USA: Greyden Pres; 1998.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3(2):77-101.
14. Miles B, Huberman M. Qualitative data analysis (2nd ed.). California: Sage; 1994.
15. Polkinghorne D. Narrative configuration in qualitative analysis. In JA Hatch, R Wisniewski, editors. *Life history and narrative.* London: The Falmer Press; 1995.
16. Türnüklü A. Eğitim bilim araştırmalarında etkin olarak kullanılacak nitel bir araştırma tekniği: Görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi.* 2000;6:543-59.
17. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 9. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013.



18. Başkale H. Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. DEÜHFED. 2016;9(1):23-8.
19. Çanakçı E, Yağan Ö, Taş N, & Taşkıran İ. Yoğun Bakım Ünitelerinde Perkütan Endoskopik Gastrostomi Uygulanan Olguların Retrospektif Analizi. ODÜ Tıp Dergisi. 2016;3(1):24-8.
20. Farrag K, Shastri YM, Beilenhoff U, Aksan A, Stein J. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): A practical approach for long term management. BMJ 2019;364-9.
21. Pih GY, Na HK, Ahn JY. Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion. BMC Gastroenterol. 2018;18:101-10.
22. Roveron G, Antonini M, Barbierato M. Clinical practice guidelines for the nursing management of percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy (PEG/PEJ) in adult patients. JWOCN. 2018;45:326-34.
23. Payen JF, Bosson JL, Chanques G. Dolorea Investigators: Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: A post Hoc analysis of the Dolorea study. Anesthesiology. 2009;111:1308–16.
24. Robinson BR, Mueller EW, Henson K. An analgesia-delirium-sedation protocol for critically ill trauma patients reduces ventilator days and hospital length of stay. J Trauma. 2008;65:517–26.
25. Sessler CN, Pedram, S. Protocolized and targetbased sedation and analgesia in the ICU. Crit Care Clin. 2009;25:489–513.
26. Akıncı SB. Enteral nutrisyon uygulama yöntemleri. Klinik Gelişim. 2011;24:20-5.
27. Sezer R.E, Köken, ZÖ, Çelik, SŞ. Perkütan Endoskopik Gastrostomili Hastalara Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sağlık ve Toplum. 2020;30 (2):23-8.
28. Blumenstein I, Shastri YG, Stein J. Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems and solutions. World J Gastroenterol. 2014;20:8505-24
29. Yakut M, Tiryaki, H. Perkutan endoskopik gastrostomi: tek merkez retrospektif analiz. Maltepe Tıp Dergisi. 2019; 11(3):68-70.
30. Potter PA, Perry AGE, Hall AE, Stockert PA. Fundamentals of nursing. USA: Elsevier Mosby; 2012.
31. Kahveci G, Çelik S, Atalay R. Perkütan Endoskopik Gastrostomi Komplikasyonları ve Hemşirelik Yaklaşımları. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2020;24(3):147-52.
32. Jukic N, Gagliardi C, Fagnani D, Venturini C, Orlandoni P. Home Enteral Nutrition therapy: Difficulties, satisfactions and support needs of caregivers assisting older patients. Clinical Nutrition. 2017;36(4), 1062-67.
33. Jaafar MH, Mahadeva S, Morgan K, Tan MP. Systematic review of qualitative and quantitative studies on the attitudes and barriers to percutaneous endoscopic gastrostomy feeding, Clinical Nutrition. 2016;35(6):1226-35.

## Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mesleki Yas Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

### Turkish Validity and Reliability Study of Professional Bereavement Scale

Esra Eryüksel<sup>1</sup>, Azize Atlı Özbaş<sup>2</sup>

#### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı "Professional Bereavement Scale" (PBS) ölçeğinin Türk dili ve kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Metodolojik desende tasarlanan bu çalışma, Ankara ilinde bulunan iki üniversite hastanesinin yataklı kliniklerinde bire bir hasta bakımında çalışan 170 hemşire ile yürütülmüştür. Çalışma 15.10.2021-15.12.2021 tarihlerinde yürütülmüş olup, veriler online platformda Google forms aracılığı ile toplanmıştır. Araştırma verileri "Sosyo-Demografik Veri Formu" ve "Professional Bereavement Scale" kullanılarak toplanmış, değerlendirilmesinde IBM SPSS ve IBM AMOS (Analysis of Moment Structures) Versiyon 23.0 istatistik programları kullanılmıştır.

**Bulgular:** Ölçeğin, kapsam geçerlik indeksi değeri 0.89'dur. Yapılmış olan açıklayıcı faktör analizine göre Kayba Akut Tepkiler ölçeğinin dört faktörlü, Uzun Dönemde Yaşanan Kümülatif Değişimler ölçeğinin beş faktörlü yapısı geçerli bulunmuştur. Kayba Akut Tepkiler Alt Ölçeği için Cronbach alfa değeri 0.96; Uzun Dönemde Yaşanan Kümülatif Değişimler Alt Ölçeği için ise Cronbach alfa değeri 0.94'dür.

**Sonuç:** Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mesleki Yas Ölçeği'nin Türk dili ve kültüründe hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarında mesleki yasin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceği bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Hemşire, üzüntü, yas bakımı/ağır hasta bakımı

#### Abstract

**Aim:** Adapt the "Professional Bereavement Scale" (PBS) into Turkish and conduct validity and reliability studies.

**Material and methods:** The study, projected in a methodological research design, was conducted with 170 nurses working in one-on-one patient care in inpatient clinics in two university hospitals in Ankara. The study was conducted on 10.15.2021-12.15.2021, and the data were collected via Google forms on the online platform. Research data were assembled using the "Socio-Demographic Data Form" and the "Professional Bereavement Scale." In addition, data were evaluated using IBM SPSS and IBM AMOS (Analysis of Moment Structures) Version 23.0 statistical programs.

**Results:** The content validity index value of the scale is 0.89. As a consequence of the explanatory factor analysis, the four-factor structure of the Acute Reactions to Loss scale and the five-factor structure of the Long-Term Cumulative Changes scale were valid. Cronbach's alpha value for the Acute Reactions to Loss Subscale was 0.96; Cronbach's alpha value for the Long-Term Cumulative Changes Sub-Scale is 0.94.

**Conclusion:** Professional Bereavement Scale has been determined for Healthcare Professionals is a valid and reliable measurement implement can be used in the evaluation of Professional bereavement in nurses and other healthcare professionals in Turkish language and culture.

**Key words:** Nurse, sorrow, bereavement care/hospice care

<sup>1</sup>**Sorumlu Yazar,** Uzman Klinik Hemşiresi, Ankara Şehir Hastanesi, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi, Ankara, Türkiye, E-mail: eryukselesra@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1284-7001

<sup>2</sup>Doçent Doktor, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, ORCID: 0000-0001-7614-6354

Geliş Tarihi: 11 Nisan 2023, Kabul Tarihi: 6 Mayıs 2023, Yayınlanma Tarihi: 22 Mayıs 2023

## Giriş

Sağlık çalışanları, görevlerini yerine getirirken pek çok stres faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır.<sup>1-7</sup> Literatürde sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarındaki stresörler arasında yer alan önemli bir konu ise hizmet alan grup ve hizmet veren grup arasındaki ilişkinin yaşam ve ölüme dayalı olmasıdır.<sup>8</sup> Ölüm, insanoğlu için kaçınılmaz bir deneyim olmakla birlikte hemen her zaman insan yaşamındaki en önemli tehdit olarak algılanmıştır.<sup>9, 10</sup> Ölümle karşılaşmak, ölüm anına tanıklık etmek ve ölümcül hastaya bakım vermek sağlık çalışanları için zorlayıcı deneyimlerdir.<sup>9, 11-13</sup>

Hemşireler her gün 24 saat kesintisiz bakım verirken hastalar ile yakın ve sürekli bir ilişki içerisinde günlük uygulamalarını sürdürmekte, sıklıkla ölümle karşılaşmakta ve ölümcül hastalığa sahip bireylere bakım vermektedir.<sup>2, 12, 14-17</sup> Ölümle karşılaşma birçok açıdan hemşireleri etkilemekte, ölüme ilişkin kaygı, stres, korku, çaresizlik, üzüntü gibi duygulara neden olmakta ve hemşireler bu durumu yönetmekte zorlanabilmektedir.<sup>2, 8, 11, 12, 14, 18-23</sup>

Bir hemşire, hastasıyla ilişki geliştirmeye başladığında ve hastasının kaybını deneyimlediğinde, hemşirelerde yas reaksiyonu ortaya çıkabilmektedir.<sup>24-26</sup> Hemşirelerin yaşadığı bu durum mesleki yas olarak adlandırılmaktadır.<sup>25</sup> Hemşireler yaşadıkları hasta kaybına birbirlerinden farklı tepkiler verebilir, bu kaybı kendi deneyimlerine göre anlamlandırabilirler ya da bu deneyimi göz ardı edebilirler.<sup>1, 19, 24, 27, 28</sup> Çalışma hayatında tekrarlayan hasta ölümleri, hemşirelerde uyku sorunları, baş ağrısı, ağlama gibi akut tepkilere; zaman içinde birikerek duyarsızlaşma, sosyal izolasyon, mesleki hedef ve beklentilerin yitirilmesi gibi hem kişisel hem de mesleki yaşamlarında değişimlere yol açabilir.<sup>28</sup> Ölümle karşılaşma, ölümcül hastaya bakım verme, ölüm kaygısı ile ilgili çalışmalar alan yazınında yer alsada<sup>2, 11, 14, 18, 19</sup> sağlık çalışanının yasına yönelik literatür son derece yetersizdir. Literatürde hemşirelerin yas süreci, hastasını kaybeden bir ailenin yas süreci gibi değerlendirilmiş olsa da<sup>29-35</sup> son yıllarda mesleki kayıp sonucu yaşanan yasin, aile üyelerinin yas sürecinden çok farklı olabileceği düşünülmektedir.<sup>19, 24</sup> Bu noktadan yola çıkarak, Chen ve Chow (2021) tarafından sağlık çalışanlarının yasına yönelik, uluslararası literatürde de ilk değerlendirme aracı olan "Professional Bereavement Scale" (PBS) geliştirilmiştir.

Bu çalışmanın amacı Chen ve Chow (2021) tarafından geliştirilmiş olan "Professional Bereavement Scale" (PBS) ölçeğini Türk dili ve kültürüne uyarlamak, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak, sağlık çalışanlarının mesleki yasını ölçen spesifik bir ölçeği Türk dili ve kültürüne kazandırmaktır.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma metodolojik desende tasarlanmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara’da iki üniversite hastanesinde çalışan, yataklı kliniklerde bire bir hasta bakımından sorumlu hemşireler oluşturmuştur. Çalışmaya alınma kriterleri; gönüllü olmak ve yataklı kliniklerde olup bire bir hasta bakımından sorumlu olmaktır. Dışlanma kriterleri ise bire bir hasta bakımında yer almayan bir pozisyonda (yönetici, idari, eğitim, poliklinik hemşiresi vb.) çalışmaktır. Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, örneklem genişliğini belirlemek için, ölçek maddelerinin 5-40 katı kadar olan katılımcıya ulaşılması uygun görülmektedir. Bu yönden, örneklem büyüklüğü hesaplaması, Örneklem sayısı = Madde sayısı X Gözlem/katılımcı sayısı formülüyle hesaplanmaktadır.<sup>36, 37</sup> PBS birbirinden bağımsız iki ölçekten oluşmaktadır. İlk ölçek Yasın Akut Tepkilerini ölçer ve 17 maddeden oluşmaktadır. İkinci ölçek ise Uzun Dönemde Yaşanan Kümülatif Değişimleri ölçer 15 maddeden oluşmaktadır. Çalışmada soru sayısı fazla olan ölçek temel alınmış, ölçekteki her bir madde için 10 kişi olması uygun görülmüş, dolayısıyla 170 katılımcıyla çalışmanın gerçekleştirilmesi planlanmıştır (17 madde X 10 = 170). Yapılan analize göre Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerinin 0.82 çıkması örneklem sayısının yeterli olduğunu göstermektedir.

Araştırma verileri online platformda Google forms aracılığı ile “Sosyo-Demografik Veri Formu” ve “Professional Bereavement Scale” kullanılarak toplanmıştır. Çalışmaya izin veren hastanelerin bakım hizmetleri müdürlükleri ve klinik sorumlu hemşireleri ile görüşülmüş olup çalışma linkini sadece klinikte çalışan hemşirelerin e-posta adresleri veya klinik whatsapp grupları ile paylaşmaları talep edilmiştir.

### Sosyo Demografik Veri Formu

Literatür<sup>38-40</sup> gözden geçirilerek oluşturulan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik verileri ve bakım verilen hasta grubu, çalışılan klinik, meslekte çalışma yılı gibi mesleki özellikleri sorgulayan 9 soru bulunmaktadır.

### Professional Bereavement Scale (PBS)

PBS, sağlık çalışanlarının yas deneyimlerini değerlendirmek amacıyla, Chen ve Chow (2021) tarafından geliştirilmiş ölçeğin Kayba Akut Tepkiler (KAT) Alt Ölçeği için Cronbach alfa değeri 0.96; “Uzun Dönemde Yaşanan Kümülatif Değişimler (UDYKD) Alt Ölçeği için ise Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur. KAT, sağlık çalışanının kayba yönelik akut tepkilerini ölçmektedir. Beşli likert tipte olup 17 maddeden oluşmaktadır. KAT alt ölçeğinde her bir madde, sıfırdan dörde kadar puanlanmakta, “0” tariflenen davranışın önemsiz derecede, “4” ise aşırı şiddetli olarak deneyimlendiğini göstermektedir. KAT alt ölçeğinde “suçluluk” (7., 9., 10. ve 11. maddeler), “yas” (1., 2., 3., 4., 6., 8. ve 16. maddeler), “travma” (5., 12., 13., 14.,

15. ve 17. maddeler) olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. UDYKD alt ölçeği, hasta kaybının sağlık çalışanı üzerindeki uzun dönem etkilerini ölçmektedir. Bu ölçek de beşli likert tipte olup, 15 maddeden oluşmaktadır. UDYKD alt ölçeğinde her bir madde, sıfırdan dörde kadar puanlanmakta, “0” tariflenen davranışın deneyimlenmediğini, “4” ise çok fazla deneyimlendiğini göstermektedir. UDYKD alt ölçeğinde “yeni içgörüler” (4., 5., 11. ve 15. maddeler), “daha fazla sınırlamaların kabulü” (1., 2., 3. ve 8. maddeler), “daha fazla ölüm ile ilgili kaygı” (12., 13. ve 14. maddeler), “hasta ölümlerinden daha az etkilenme” (9. ve 10. maddeler) ve “hasta ölümleri ile daha iyi başa çıkma” (6. ve 7. maddeler) olmak üzere beş alt boyut bulunmaktadır. Her iki alt ölçeğin de kesim noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça katılımcının bu ölçekte tariflenen deneyimlerinin şiddetinin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır.

### **PBS'nin Geçerlik ve Güvenirlik Aşamaları**

#### *Dil Geçerliği*

PBS'nin Türkçe'ye uyarlanmasında, çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmış olup, ilk olarak ölçeğin İngilizce formu, İngilizce'ye hakim ve ana dili Türkçe olan psikiyatri hemşireliği alanında uzman bir akademisyen hemşire tarafından Türkçe çevirisi yapılmıştır. Türkçe çevirisi yapılan ölçek, Türkçe dil uzmanı tarafından Türk dil bilgisi ve anlam uygunluğu açısından değerlendirilmiştir. Uzmandan gelen öneriler dikkate alınarak, PBS'nin Türkçe çevirisi oluşturulmuş, ölçeğin adı; Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mesleki Yas Ölçeği (SÇYMYÖ) olarak belirlenmiştir. Türkçe çevirisi yapılan PBS'nin İngilizce'ye geri çeviri işlemi İngilizce'ye hakim psikiyatri hemşireliği alanında uzman bir akademisyen hemşire tarafından yapılmıştır. Çeviri- geri çeviri aşamalarının bitmesinin ardından, ölçeği geliştiren birinci yazara ölçek uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla e posta yoluyla gönderilmiştir.

#### *Kapsam Geçerliği*

Maddelerin ölçmek istenilen özelliği kapsayıp kapsamadığına yönelik değerlendirmede, kapsam geçerlik oranı (KGO) ve kapsam geçerlik indeksi (KGI) kullanılmıştır. Bu aşamada, alanda çalışmaları olan 7 akademisyen psikiyatri hemşiresi ve 1 psikologdan oluşan 8 uzmanın değerlendirmesi alınmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis tekniği puanlama ölçütü olarak kullanılmıştır.

#### *Görünüş Geçerliği*

SÇYMYÖ'nün açıklığının ve anlaşılabilirliğinin ölçülmesi amacıyla, yataklı kliniklerde çalışan 10 hemşireye ölçek uygulanmıştır. Çalışmanın bu aşamasında katkı veren hemşireler, örnekleme dahil edilmemiştir.

#### *Yapı Geçerliği*

SÇYMYÖ'nün Türk dili ve kültürüne yapı bakımından uygunluğunun değerlendirilmesi için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve açıklayıcı faktör analizi (AFA) kullanılmıştır. Araştırma örnekleminin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla öncelikle Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Bartlett's küresellik testleri yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde yeni yapının belirlenmesi için açıklayıcı faktör analizi kullanılırken, ekstraksiyon yöntemi olarak Principal Axis, döndürme tekniği olarak varimax kullanılmıştır. Ölçekteki yapının doğrulanmasında, doğrulayıcı faktör analizi kullanılırken, tahmin yöntemi olarak en büyük olabilirlik yöntemi ve  $\chi^2/SD$ , RMSEA, GFI, CFI, IFI, AGFI ve GFI uyum indeksleri kullanılmıştır.

### *Güvenirlilik*

SÇYMYÖ'nün güvenirliliğinin incelenmesi amacıyla iç tutarlılık madde analizleri, eş değer yarılar yöntemi ve Cronbach  $\alpha$  kat sayısı kullanılmıştır. Yapılan iç tutarlılık analizi sonucunda alfa katsayısı 0.60 yeterli olarak kabul edilmiştir. Split half yönteminde ölçekteki maddeler çift ve tek olarak yarıya bölünmüş ve ve Guttman Eş Değer Yarılar Korelasyon Katsayısı (>0.70) Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı (>0.70) ile değerlendirilmiştir. Madde analizi kapsamında korelasyonlara dayalı madde analizi (madde-bütün korelasyon katsayıları) kullanılmıştır. Madde-bütün korelasyon katsayıları pozitif yönde ve >+0.25 olması dikkate alınmıştır.

### **Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (GO 21/901-07/09/2021) alınmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılardan aydınlatılmış onam Online formun önüne eklenen onay tuşu ile alınmıştır.

### **Verilerin Analizi**

Verilerin analizinde faktör analizi IBM AMOS (Analysis of Moment Structures) Versiyon 23.0 ve IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versiyon 23.0 istatistik programları kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılımının tespiti için *basıklık-çarpıklık (Skewness-Kurtosis)* ve *Kolmogorov-Smirnov testleri* kullanılmış ve örneklemin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin incelenmesinde, frekans, yüzdeler, minimum-maksimum değerler, standart sapma ve ortalama istatistikleri kullanılmıştır. Ölçeğin dil geçerliği için, çeviri-geri çeviri tekniği ; kapsam geçerliği için ise Davis tekniği ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) kullanılmıştır. Araştırma örnekleminin faktör analizine uygunluğunun incelenmesi amacıyla öncelikle Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Bartlett's küresellik testleri yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde yeni yapının belirlenmesi için açıklayıcı faktör analizi kullanılırken, ekstraksiyon yöntemi olarak Principal Axis, döndürme tekniği olarak

varimax kullanılmıştır. Ölçekteki yapının doğrulanmasında, doğrulayıcı faktör analizi kullanılırken, tahmin yöntemi olarak en büyük olabilirlik yöntemi ve  $\chi^2/SD$ , RMSEA, GFI, CFI, IFI, AGFI ve GFI uyum indeksleri kullanılmıştır. Ölçek güvenirliği ise, madde-bütün korelasyonu, tüm madde ve alt boyutlar için Cronbach alfa katsayısı ve eş değer yarılar (split half) yöntemi ile değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular, Tablo 1.'de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması  $31.9 \pm 8$  yıl ve %82.4'ü lisans mezunudur. Katılımcıların cinsiyetine baktığımızda %80.6'sı kadın cinsiyetindedir; katılımcıların %52.4'ü evli olup, %37.6'sının çocuğu vardır. Katılımcıların meslekte çalışma süresi ortalama  $9.4 \pm 9.2$  yıl olup, buldukları klinikte çalışma süreleri ise  $7.2 \pm 8.6$  yıldır. Katılımcıların yarısından biraz fazlası (%52) yetişkin, çocuk ve yaşlı olarak karma gruba bakım vermekte olup, yarısına yakını (%435)yoğun bakım ve onkoloji servislerinde çalışmaktadır.

**Tablo 1.** Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=170)

Değişkenler	n	%	$\bar{x} \pm SS$
<b>Yaş</b>			31.9±8
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	137	80.6	
Erkek	33	19.4	
<b>Medeni Durum</b>			$\bar{x}$ :
Evli	89	52.4	
Bekar	81	47.6	
<b>Çocuğa Sahip Olma</b>			
Evet	64	37.6	
Hayır	106	62.4	
<b>Eğitim Durumu</b>			
Lise	4	2.4	
Ön Lisans	9	5.3	
Lisans	140	82.3	
Lisansüstü	17	10.0	
<b>Meslekte Çalışma Yılı</b>			9.4±9.2
<b>Klinikte Çalışma Yılı</b>			7.2±8.6
<b>Çalışılan Klinik</b>			
Yoğun Bakım	60	35.3	
Onkoloji	14	8.2	
Diğer (Acil servis, pandemi, dahili, cerrahi ve pediatri klinikleri)	96	56.5	
<b>Bakım Verilen Hasta Grubu</b>			
Çocuk	30	17.6	
Yetişkin	41	24.2	
Karma	91	58.2	
<b>Toplam</b>	170	100	

Aritmetik ortalama SS: Standart sapma

### SÇYMYÖ'nün Geçerlik Bulguları

SÇYMYÖ'nün Türkçe'ye uyarlanmasında, çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Türkçe çevirisi yapılan SÇYMYÖ'nün İngilizce'ye geri çeviri işlemi İngilizce'ye hakim psikiyatri

hemşireliği alanında uzman bir akademisyen hemşire tarafından yapılmıştır. Çeviri- geri çeviri aşamalarının bitmesinin ardından, ölçeği geliştiren birinci yazara ölçek uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla e posta yoluyla gönderilmiştir. Birinci yazar, ölçeğin orijinali ve çevrilen ölçek arasında yaptığı değerlendirmede; ölçek ismi, Kayba Akut Tepkiler (KAT) alt ölçeğinin açıklama kısmı ve 3., 4., 15. ve 17. maddeleri ve Uzun Dönemde Yaşanan Kümülatif Değişimler (UDYKD) alt ölçeğin açıklama kısmına, 7. ve 10. maddelere ilişkin madde ve kelime anlam farklılıkları ilişkin değerlendirmede bulunmuştur. Ölçek ismi “mesleki yas” yerine “sağlık çalışanlarına yönelik mesleki yas” olarak değiştirilmiştir. KAT alt ölçeğin açıklamasında “sizin için özel bir hastanızın kaybı” eklentisine yer verilmiştir. 3.madde de “hasta ailesinin içinde bulunduğu durumdan” ifadesi yerine “hasta ailesinin ellerinden gelenin en iyisini yapma” ifadesi ile değiştirilmiştir. 15. maddeye “boşuna uğraşmış” ifadesi eklenmiştir. 17. maddede “gelecekte” ifadesi, “bir gün” ifadesi ile değiştirilmiştir. 4. madde için gerekli açıklama yapılmış olup, düzenlemeye gidilmemiştir.

UDYKD alt ölçeğin açıklamasında “duygularınızda değişim olabilir” ifadesi yerine, “bu süreçte bazı değişimler olabilir” ifadesi kullanılmıştır. 7. ve 10. maddelerde için gerekli açıklamalar yapılmış olup, değişime gidilmemiştir. Bu doğrultuda, SÇYMYÖ ‘nün dil geçerliği tamamlanarak ölçek son halini almıştır.

### **SÇYMYÖ’nün Kapsam Geçerliği**

SÇYMYÖ’nün kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde Davis tekniği kullanılmıştır. KAT alt ölçeğin maddelerinin Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) 0.50-1.00 arasında değişmekte olup, Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) 0.89 olarak bulunmuştur. UDYKD alt ölçeğin maddelerinin KGO 0.50-1.00 arasında değişmekte olup, KGİ 0.87 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, kapsamı incelenen SÇYMYÖ’nün geçerli bir ölçek olduğu belirlenmiş ve herhangi bir madde çıkartılmamıştır.<sup>36</sup>

### **Görünüş Geçerliği**

SÇYMYÖ’nün açıklığının ve anlaşılabilirliğinin ölçülmesi amacıyla, yataklı kliniklerde çalışan 10 hemşireye ölçek uygulanmıştır.<sup>41</sup> Uygulamanın sonucunda katılımcılar ölçeği, anlam, yapı ve şekilsel olarak uygun bulmuş, herhangi bir değişiklik önerisi gelmemiştir. Böylece, SÇYMYÖ son şeklini almıştır.

### **Yapı Geçerliği**

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve açıklayıcı faktör analizi (AFA) kullanılarak SÇYMYÖ’nün yapı bakımından Türk dili ve kültürüne uygunluğu değerlendirilmiştir.<sup>36</sup> Bartlett’s küresellik testinin anlamlı bulunması ve KMO değerinin 0.60’tan büyük olması verilerin faktör analizine uygun ve örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ifade etmektedir.<sup>36</sup> Yapılan analizler

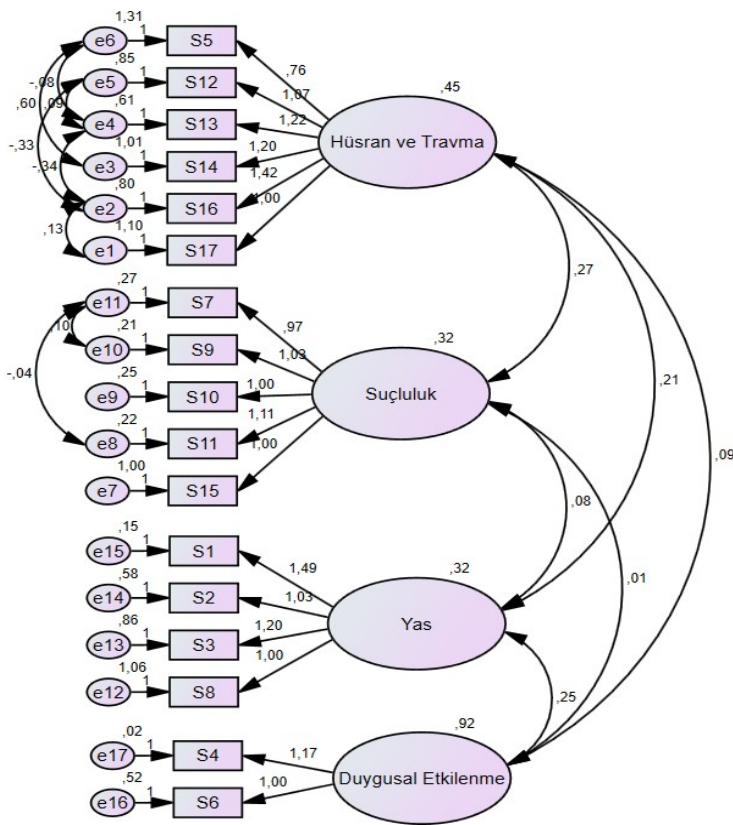


neticesinde Bartlett's küresellik testi sonuçları  $\chi^2=1408.721$   $p<0.001$  ve KMO değeri 0.82, hesaplanmıştır. Test sonuçlarına göre araştırma örneklemini büyüklüğü ve veriler birbiri ile ilişkili olup faktör analizi için uygundur.

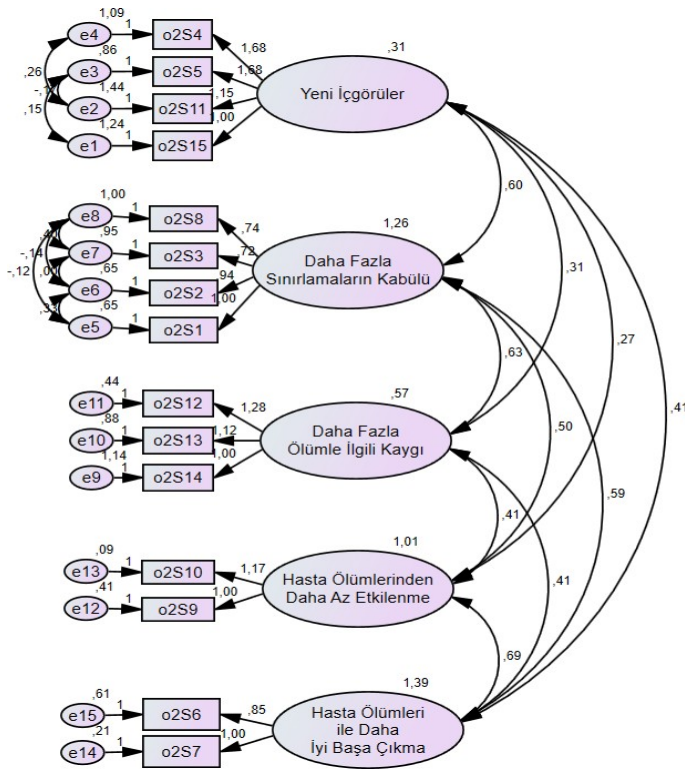
### SÇYMYÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Bulguları

SÇYMYÖ sırasıyla 17 ve 15 maddeden oluşan iki alt ölçeğe sahiptir. Ölçek adaptasyon çalışmalarında, geçerliğin test edilmesinde ölçeğin orijinal faktör yapısına uygunluğunu DFA analizleri uygulanmaktadır. <sup>42</sup>

Yapılan DFA yöntemi sonucunda KAT alt ölçeği için bulunan uyum indeks değerleri kabul edilebilir sınırın altında çıkmıştır. DFA analizlerinde madde çıkarımına gidilmemiştir. KAT alt ölçeğinin uyum indeks değerleri kabul edilebilir sınırın altında çıktığı için ölçeğin kültürümüze ve dilimize uygun olan faktör yapısını belirlenmek için AFA uygulanmıştır. UDYKD alt ölçeği için bulunan uyum indeks değerleri kabul edilebilir sınırdaki çıktığı <sup>36, 42</sup> için AFA uygulanmamıştır.



Şekil 1. KAT Alt Ölçeği path diagramı



Şekil 2. UDYKD Alt Ölçeği path diagramı

### SÇYMYÖ'nün Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Açıklayıcı faktör analizi bir grup değişken içinde bir faktör yapısı ya da modeli tayin etmek için kullanılan yapı geçerlik yöntemidir. <sup>36</sup> Bu nedenle, SÇYMYÖ'nün KAT Alt Ölçeği'nin ülkemiz için kullanılacak faktör yapısını belirlemede AFA yöntemi kullanılmıştır.

boyutu 6 maddeden oluşmakta (5, 12, 13, 14, 15, 17) ve ölçeğin toplam açıklanan varyans değeri %58.200'dür. Literatüre bakıldığında, açıklanan varyansın 0.40-0.60 değerleri arasında olması kabul edilebilir olarak değerlendirildiği görülmektedir. <sup>36, 43</sup>

### SÇYMYÖ'nün Güvenirlilik Bulgularının İncelenmesi

SÇYMYÖ'nün güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla iç tutarlılık madde analizleri, eş değer yarılar yöntemine Cronbach  $\alpha$  kat sayısı kullanılmıştır.

### **SÇYMYÖ'nün İç Tutarlık Cronbach $\alpha$ Kat Sayısı Bulguları**

KAT alt ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.86 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutların Cronbach  $\alpha$  kat sayıları; “suçluluk” alt boyutu için 0.87, “yas” alt boyutu için 0.77, “travma” alt boyutu için 0.86 olarak bulunmuştur. UDYKD alt ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.90 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutların Cronbach  $\alpha$  kat sayıları; “yeni iç görüler” alt boyutu için 0.67, “daha fazla sınırlamaların kabulü” alt boyutu için 0.84, “daha fazla ölüm ile ilgili kaygı” alt boyutu için 0.73, “hasta ölümlerinden daha az etkilenme” alt boyutu için 0.90, “hasta ölümleri ile daha iyi başa çıkma” alt boyutu için 0.85 olarak bulunmuştur.

### **SÇYMYÖ'nün Eş Değer Yarılar Testi Bulguları**

SÇYMYÖ'nün güvenilirliğin değerlendirilmesinde kullanılmış olan diğer yöntem ise eş değer yarılar (testin iki yarıya bölünmesi) yöntemidir. Bu yöntemde test, iki eşdeğer yarıya bölünür ve katılımcılara aynı anda uygulanmasının ardından, iki değişken arasındaki güvenilirlik katsayısı kullanılarak hesaplanır. Literatüre baktığımızda genellikle ölçek iki eş yarıya bölünür ve çift ve tek maddeler arasında bir gruplama yapılır.<sup>44</sup> Bu doğrultuda birinci alt ölçek eş değer yarılar analizi için 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 maddeleri bir yarı, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16 maddeleri ise ikinci bir yarı olarak uygulanmıştır. İkinci alt ölçek için 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 maddeleri bir yarı, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, maddeleri ise ikinci bir yarı olarak uygulanmıştır.

KAT alt ölçeği'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde eş değer yarılar analizi kullanılmış ve Guttman Eş Değer Yarılar Korelasyon Katsayısı 0.90 ve Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı 0.90 olarak hesaplanmıştır. Uygulanan eş değer yarılar analizinden elde edilen bulgulara göre, KAT alt ölçeği'nin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

UDYKD alt ölçeği'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde eş değer yarılar analizi kullanılmış ve Guttman Eş Değer Yarılar Korelasyon Katsayısı 0.93 ve Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı 0.93 olarak hesaplanmıştır. Uygulanan eş değer yarılar analizinden elde edilen bulgulara göre, UDYKD Alt Ölçeği 'nin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

### **Madde Analizi**

Tablo 2. ve Tablo 3.'de SÇYMYÖ'nün alt ölçeklerinin standart sapmaları, madde ortalamaları, madde silindiğinde cronbach  $\alpha$  katsayısı değerleri ve madde-toplam korelasyon değerleri verilmiştir.

**Tablo 2.** KAT alt ölçeği madde analizlerine ait bulgular

	$\bar{X}$	SS	Madde- Toplam Korelas yonları	Madde Silinirse Güvenilirlik Katsayısı
1. Üzgündüm.	2.18	.93	.59	.85
2. Yastaydım.	1.12	.96	.48	.86
3. Hayatın fani, gelip geçici olduğunu fark ettim.	2.27	1.15	.40	.86
4. Hasta ailesinin, hastalarının ölümüne rağmen, elimizden gelenin en iyisini yaptığımızı anlamasından etkilendim	2.32	1.13	.35	.86
5. Yorgun olduğumu hissettim	2.18	1.25	.50	.86
6. Hastanın ailesinin minnettarlığından etkilendim.	2.15	1.20	.37	.86
7. Kendimi suçladım.	.38	.75	.50	.86
8. Ölen hastaya acıdım.	1.64	1.18	.46	.86
9. Suçluluk duydum.	.35	.74	.46	.86
10. İyi bir hemşire/doktor olmadığımı düşündüm.	.35	.75	.44	.86
11. Hastanın neden öldüğü konusunda aklım karıştı.	.45	.79	.45	.86
12. Hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasında çıkabilecek çatışma ihtimalinden dolayı gergin ve endişeliydim.	1.15	1.17	.43	.86
13. Mesleğimin değerinden şüphe ettim.	.73	1.13	.50	.86
14. Bitkindim.	1.40	1.29	.64	.85
15. Hüsrana uğramış ve boşuna uğraşmış hissettim.	1.00	1.15	.60	.85
16. Olayın olduğu sahne defalarca zihnimde canlandı.	1.26	1.31	.62	.85
17. Bir gün öleceğimi düşünüp kendim için kaygılandım.	1.35	1.25	.54	.85
<b>Toplam</b>	1.31	.36		

KAT alt ölçeğine baktığımızda madde-bütün korelasyon katsayıları +0.25'ten büyük ve pozitiftir. Ölçekten herhangi bir madde silinmesi durumunda ise Cronbach  $\alpha$  katsayısında belirgin bir artışa sebep vermediği görülmektedir. Bu sebeple ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

**Tablo 3.** UDYKD alt ölçeği madde analizlerine ait bulgular

	$\bar{X}$	SS	Madde- Toplam Korelasyo- nları	Madde Silinirse Güvenilirlik Katsayısı
1. Ölümün kaçınılmaz olduğunun daha çok farkına vardım.	2.4	1.39	.69	.88
2. Hayatın belirsiz olduğunu daha fazla fark ettim.	2.11	1.33	.67	.88
3. Hayatıma daha fazla tutundum.	1.71	1.27	.55	.90
4. İşimin beni yorduğunu hissettim.	2.18	1.40	.57	.88
5. Sevdiklerimin öleceği ihtimalini düşündüğümde daha fazla endişeleniyorum.	2.43	1.32	.64	.88
6. Bir hastanın ölümünün üzerimde yarattığı ani etki giderek azalıyor.	2.06	1.27	.54	.89
7. Hasta ölümlerinden sonra daha az etkileniyorum.	1.92	1.26	.56	.88
8. Bugünü yaşamaya daha çok değer veriyorum.	2.06	1.30	.60	.88
9. Hasta ölümleriyle baş etmede daha iyiyim.	2.34	1.19	.54	.89
10. Hasta ölümlerini kabullenmede daha iyiyim.	2.38	1.21	.58	.88
11. Hastalarla yakın iletişim kurmaktan kasıtlı olarak kaçınıyorum.	1.41	1.36	.47	.89
12. Tıp biliminin sınırlılıklarının daha çok farkına vardım.	2.03	1.17	.68	.88
13. Kariyerime yönelik hedeflerim daha gerçekçi bir hale geldi.	1.74	1.26	.55	.89
14. Kendi ölümümü kabullenmede daha iyiyim.	1.78	1.31	.42	.89
15. Kendi ölümlülüğüm konusunda daha fazla endişeliyim.	1.29	1.25	.39	.89
<b>Toplam</b>	1.97	.81		

UDYKD alt ölçeğine baktığımızda madde-bütün korelasyon katsayıları +0.25'ten büyük ve pozitiftir. Ölçekten herhangi bir madde silinmesi durumunda ise Cronbach  $\alpha$  katsayısında belirgin bir artışa sebep vermediği görülmektedir. Bu sebeple ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

### Tartışma

Chen ve Chow (2021) tarafından sağlık çalışanlarının yasını değerlendirmek amacıyla geliştirilen SÇYMYÖ oldukça yeni bir ölçektir. Hemşirelerde mesleki yası değerlendiren sınırlı sayıda çalışma incelendiğinde, bu çalışmalarda hemşirelere ya da sağlık çalışanlarına özgü bir ölçüm gereği kullanılmadığı görülmektedir. <sup>29-33, 35, 38</sup> Bu çalışmalarda ya araştırmacılar tarafından geliştirilen, geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmamış soru formları ya da araştırmacı tarafından geliştirilen açık uçlu soruların kullanıldığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının yasının bir ölçek ile değerlendirildiği çalışmalarda ise, hasta yakınlarına yönelik geliştirilen ölçüm araçlarının kullanıldığı tespit edilmiştir. <sup>1</sup> Dolayısıyla SÇYMYÖ mesleki yası değerlendirmek amacıyla sağlık çalışanlarına özgü geliştirilmiş ilk ve tek ölçektir. SÇYMYÖ

başka dil ve kültürlerle uyarlama çalışmaları henüz yapılmadığı için tartışma metodolojik düzeyde yürütülmüştür.

SÇYMYÖ 'nün Türk dili ve kültürüne uyarlanması amacıyla, ölçeğin dil geçerliliği çeviri-geri çeviri tekniği kullanılarak yapılmıştır. Dil geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çeviri ve geri çeviriler SÇYMYÖ 'nün Türkçe formunun Türk dili ve kültüründe anlaşılabilir ve uygun bir ölçek olduğunu göstermiştir. SÇYMYÖ 'nün kapsam geçerliği için Davis tekniği kullanılmış olup, KGO ve KGI sonuçları değerlendirilmiş ve SÇYMYÖ 'den herhangi bir madde çıkartılmamıştır. Ölçeğin orijinali kapsam olarak geçerli bulunmuştur.

SÇYMYÖ 'nün yapı geçerliği aşamasında, analiz yapılmadan önce örneklem büyüklüğünün yeterliliğini ve verilerin faktör analizine uygunluğu belirlemek amacıyla KMO ile Bartlett küresellik testleri kullanılmış olup, örneklem büyüklüğünün yeterli ve verilerin faktör analizine uygun olduğu görülmüştür. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında, geçerliğin test edilmesinde ölçeğin orijinal faktör yapısına uygunluğunu değerlendirmek için DFA analizleri uygulanmaktadır.<sup>42</sup> Yapılan DFA yöntemi sonucunda KAT alt ölçeği için bulunan uyum indeks değerleri kabul edilebilir sınırın altında çıkmıştır. UDYKD alt ölçeği için bulunan uyum indeks değerleri kabul edilebilir sınırdan çıkmıştır.<sup>36</sup> DFA analizlerinde madde çıkarımına gidilmemiş olup, KAT alt ölçeği için bulunan uyum indeks değerleri kabul edilebilir sınırın altında çıktığında dolayı ölçeğin kültürümüze ve dilimize uygun olan faktör yapısını tespit etmek için açıklayıcı faktör analizi (AFA) uygulanmıştır. AFA principal axis çıkarma metodu ve varimax döndürme tekniği ile yapılan AFA analizi sonucunda KAT alt ölçeğine ilişkin üç alt boyutu yapı, Türk dili ve kültüründe uygun bulunmuştur. UDYKD alt ölçeği için bulunan uyum indeks değerleri kabul edilebilir sınırdan çıktığından dolayı AFA uygulanmamıştır.

SÇYMYÖ 'nün güvenilirliği, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ve eş değer yarılar yöntemi ile hesaplanmıştır. Yapılan değerlendirmeler neticesinde ölçeğin güvenilirliğinin yüksek sonucuna varılmıştır. SÇYMYÖ 'nün alt ölçeklerinin madde ortalamaları, standart sapmaları, madde silindiğinde cronbach  $\alpha$  katsayısı değerleri ve madde-toplam korelasyon değerleri incelenmiştir. Yapılan analiz değerlendirildiğinde, ölçek maddelerinin kabul edilebilir sınırlarda<sup>36, 43, 45</sup> olduğu belirlenmiş olup, ölçekten herhangi bir madde çıkartılmasına gidilmemiştir.

### Sonuç ve Öneriler

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mesleki Yas Ölçeği'nin Kayba Akut Tepkiler alt ölçeğinin üç alt boyutlu yapısı, Uzun Dönemde Yaşanan Kümülatif Değişimler alt ölçeğinin beş alt boyutlu yapısı Türk dili ve kültürüne uygun bulunmuştur. Hem Türk dili ve kültürüne uygunluğu hem de sağlık çalışanlarında mesleki yası belirlemeye yönelik geliştirilmiş bir ölçek olması

bakımından, SÇYMYÖ'nün hemşireler ve farklı meslek gruplarında da mesleki yasin belirlenmesinde kullanılması önerilmektedir.

### Kaynaklar

1. Adwan JZ. Pediatric nurses' grief experience, burnout and job satisfaction. *J Pediatr Nurs.* 2014;29(4):329-36.
2. Anderson NE, Kent B, Owens RG. Experiencing patient death in clinical practice: nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(3):695-704.
3. Liu Y, Aunguroch Y. Factors influencing nurse assessed-quality nursing care: a cross-sectional study in hospitals. *J Adv Nurs.* 2018;74(4):935-45.
4. Nehir S, Güngör N. Hemşirelerin psikososyal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. *CBU-SBED.* 2019;6(3):174-81.
5. Yüksel ÇT, Özgür G. Hemşirelerin stresle baş etme tarzları ile depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişki. *E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2008;24(1):67-82.
6. Akyüz İ. Hemşirelerin Tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İİCD.* 2015;3(1):21-34.
7. Lu L, Dong M, Wang SB, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, et al. Prevalence of workplace violence against health-care professionals in China: a comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Trauma Violence Abuse.* 2020;21(3):498-509.
8. Önder G, Aybas M, Önder E. Hemşirelerin stres seviyesine etki eden faktörlerin öncelik sırasının çok kriterli karar verme tekniği ile belirlenmesi (Determining the precedence order of the factors influencing nurses' stress level using multi criteria decision making techniques). *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi (Optimum Journal of Economics and Management Sciences).* 2014;1(1):21-35.
9. Kubler-Ross E. *Death: The Final Stage of Growth* [1st Touchstone ed.]. New York: Simon & Schuster; 1986. Chapter 2, Why is it so hard to die? ; p. 15-25
10. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 2012;21(1):42-79.
11. Kaplan LJ. Toward a model of caregiver grief: Nurses' experiences of treating dying children. *OMEGA-Journal of Death and Dying.* 2000;41(3):187-206.
12. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2009;10(4):253-60.
13. Koku F, Ateş M. Experience and attitude toward death in nurses who give terminal stage patient care. *SHYD.* 2016;2(3):99-104.
14. Rickerson EM, Somers C, Allen CM, Lewis B, Strumpf N, Casarett DJ. How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *JPSM.* 2005;30(3):227-33.
15. Alıcılar HE, Aylaz R, Güneş G, Çöl M. Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve ilişkili faktörler: farklı iki hastane örneği. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 2021;74(2):149-155
16. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2007;10(1):105-11
17. Işıl Ö, Karaca S. Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi.* 2009;2(1):83.

- 18.Plante J, Cyr C. Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatrics & child health*. 2011;16(4):213-6.
- 19.Chen C, Chow AYM, Tang S. Professional caregivers' bereavement after patients' deaths: A scoping review of quantitative studies. *Death Stud*. 2019;43(8):500-8.
- 20.Acehan G, Eker F. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2013;4(1):27-35.
- 21.Karahisar F. Ölümçül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2006.
- 22.Mak YW, Lim Chiang VC, Chui WT. Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *IJPN*. 2013;19(9):423-31.
- 23.Z heng R, Lee SF, Bloomer MJ. How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Int J Nurs Stud*. 2016;53:320-30. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013
- 24.Wisekal AE. A concept analysis of nurses' grief. *Clin J Oncol Nurs*. 2015;19(5):E103-7.
- 25.Du L, Chen C, Yang C. Factors influencing Chinese professional caregivers' bereavement experiences after patient deaths: a secondary qualitative study. *Omega (Westport)*. 2020;0(0):1-20.doi:10.1177/0030222820948980
- 26.Broden EG, Uveges MK. Applications of grief and bereavement theory for critical care nurses. *AACN Adv Crit Care*. 2018;29(3):354-9.
- 27.Chen C, Chow AYM. Assessment of professional bereavement: the development and validation of the professional bereavement scale. *Palliat Support Care*. 2021:1-11. doi:10.1017/s1478951521000250
- 28.Chuqian C. Professional grief and burnout. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. 2019. p. 1-6.
- 29.Pereira A, Ferreira A, Abrantes AR, Gomes C, Saraiva J, Teixeira L, et al. Cultural Adaptation and validation of the Portuguese version of the canhelp lite bereavement questionnaire. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(1):1-11.doi:10.3390/healthcare8010027
30. Yıldırım Ş, Fıfıloğlu H. Hogan yas tepkileri tarama listesi (HYTL) güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2005;8(15):11-20.
- 31.Rubin SS, Bar Nadav O, Malkinson R, Koren D, Goffer-Shnarch M, Michaeli E. The Two-track model of bereavement questionnaire (TTBQ): Development and validation of a relational measure. *Death Studies*. 2009;33(4):305-33.
- 32.Evren C, Evren B, Dalbudak E, Topcu M, Kutlu N. Measuring dysfunctional grief due to a covid-19 loss: a Turkish validation study of the pandemic grief scale. *Death Stud*. 2021:1-9.
- 33.Anderson KA, Ewen HH, Miles EA. The grief support in healthcare scale: Development and Testing. *Nursing Research*. 2010;59(6):372-9.
- 34.S. Hogan DBG, Lee A. Schmidt, Nancy. Development and validation of the Hogan grief reaction checklist. *Death Studies*. 2001;25(1):1-32.
- 35.Faschingbauer TR, Zisook S, DeVaul R. The Texas revised inventory of grief. *Biopsychosocial Aspects of Bereavement*. 1987:111-24.
- 36.Alpar R. Spor, Sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık; 2018. Bölüm 13, Geçerlik ve Güvenirlik; s. 588-601



- 37.Kartal M, Bardakçı S. SPSS ve AMOS uygulamalı örneklerle güvenirlik ve geçerlik analizleri. Ankara: Akademisyen Yayınevi. 2018. Bölüm 3, Güvenirlik; s. 165-170.
- 38.Hogan NS, Greenfield DB, Schmidt LA. Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Stud.* 2001;25(1):1-32.
- 39.Lobb EA, Oldham L, Vojkovic S, Kristjanson LJ, Smith J, Brown JM, et al. Frontline grief: The workplace support needs of community palliative care nurses after the death of a patient. *JHPN.* 2010;12(4):225-33.
- 40.Rodriguez A, Spilker A, Goyal D. Grief among Neonatal Intensive Care Nurses. *MCN.* 2020;45(4):228-32.
- 41.Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *U.Ü.T.F.* 2004;30(3):211-6.
- 42.Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2013;33(1):210-23.
- 43.Çapık C. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014;17(3):196-205.
- 44.Soğuksu Y, Alıcı D. Eşdeğer yarılar güvenirliğinin farklı homojenlik düzeylerindeki örneklem büyüklüklerinde, test uzunluğuna, yarıya bölme yöntemlerine ve güvenirlik kestirme tekniklerine göre incelenmesi. *MEÜ Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2016;12(1).
45. Eryüksel E. Hemşirelerde mesleki yasin mesleki yaşam kalitesi ve sosyo-demografik faktörlerle ilişkisinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2022.

## Hemşirelikte Entelektüel Sorumluluk Intellectual Accountability in Nursing

Tuğba Uluocak Köse<sup>1</sup>

### Öz

Sağlık hizmetleri çok sayıda farklı uzmanın bir arada çalıştığı disiplinler bütünüdür. Hemşirelik, sağlık hizmetleri içerisinde anahtar rolde değerlendirilen bir sağlık disiplini ve hemşireler sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alan sağlık hizmeti sunucularıdır. Küreselleşme ve eşitsizliklerin etkilerinin daha fazla konuşulduğu günümüzde, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık bakım alanında da; bilimsel temeli, sorumluluk duygusu ve etik yönü güçlü, hasta ve hasta hakları odaklı yaklaşıma uygun ve kaliteli hizmet anlayışına sahip meslek üyelerine erişilmesi daha fazla üzerinde durulması gereken bir konu olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelikte değer yaratma sürecinde hemşirelerin toplumla karşılıklı etkileşimlerinin farkında olmaları ve sosyal, kültürel ve toplumsal olguları önemsemeleri gerektiği üzerinde durulmaktadır. Bu derlemede güncel veriler ve beklentiler ışığında; klinik, yönetici ve akademisyen hemşirelerin, koruyucu sağlık hizmeti ve nitelikli bakım sağlamada kalite ve etkinliği sağlayacak temel ve beklenen özellikleri entelektüel sorumluluk çerçevesinde değerlendirilmiştir. Derlemenin amacı; entelektüel sorumluluk ile hemşirelik arasındaki ilişki hakkında bakış açısı sunmak ve olası sağlık bakım ve toplumsal çıktılara yansımaya dikkat çekmektir. Hemşirelerin küresel bir bakış açısı kazanmaları ve bunları sağlayabilmek için entelektüel sorumluluklarının geliştirilmesi gerektiğinin önemine değinilerek konuya ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Entelektüel özellik, hemşire, sorumluluk

### Abstract

Health services are a set of disciplines in which many different specialists work together. Nursing is the health discipline that is key role evaluated and nurses are health service providers who takes actively charge in all areas where health services are provided. Today, where the effects of globalization and inequalities are discussed more, reaching members of the profession who have a strong scientific basis, sense of accountability and ethics, who are suitable for a patient and patient rights-oriented approach, who have a high quality and high service understanding, is considered as an issue that needs to be emphasized more. In the process of creating value in nursing, it is emphasized that nurses should be aware of their interactions with the society and should care about social, cultural and social phenomena. In this review, in the light of current data and expectations; the basic and expected characteristics of clinical, managerial and academic nurses who will provide quality and effectiveness in providing preventive health services and qualified care, have been evaluated within the framework of intellectual accountability. The aim of the review is to present a perspective on the relationship between intellectuality and nursing and to draw attention to the reflection on possible health care and social outcomes. Emphasizing the importance of nurses to gain a global perspective and to develop their intellectual accountabilities in order to provide these, suggestions were made on the subject.

**Keywords:** Accountability, intellectual property, nurse

<sup>1</sup>**Sorumlu Yazar,** Doktor, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı/Sağlık Hizmetleri İzleme, Değerlendirme ve Denetim Birimi, Ankara, Türkiye, E-mail: [tgb.kose7@gmail.com](mailto:tgb.kose7@gmail.com), ORCID: 0000-0002-8467-9318

Geliş Tarihi: 19 Haziran 2022, Kabul Tarihi: 26 Ocak 2023, Yayınlama Tarihi: 22 Mayıs 2023

## Giriş

Bilim insanlarının, sosyal, kültürel ve kişisel yaşamlarında bir duruş sergileme amacı gütmemesinin temelinde, mesleki profesyonelliğinin yanı sıra ilkesel anlamda bir yaşam tarzı oluşturmalarının da son derece önemli olduğu üzerinde durulmaktadır.<sup>1</sup> Küreselleşmenin ve eşitsizliklerin etkilerinin daha fazla konuşulduğu günümüzde, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık bakım alanında da; bilimsel temeli, sorumluluk duygusu ve etik yönü güçlü, hasta ve hasta hakları odaklı yaklaşıma uygun ve kaliteli hizmet anlayışına sahip meslek üyelerine erişilmesi daha fazla üzerinde durulması gereken bir konu olarak değerlendirilmektedir.<sup>2</sup>

Küreselleşmeyle birlikte politik, ekonomik, teknolojik, kültürel alanlarda meydana gelen değişimler ve eşitsizlikler gibi sağlığın sosyal bileşenlerine ilişkin mevcut durumun, sağlığı olumsuz yönde etkilediğine ilişkin araştırma kanıtları artmaktadır.<sup>2</sup> Sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yapılan araştırma sonuçlarına göre bir bilim insanı olan hemşireye; mesleki sorumluluklar ve toplumsal rollerin yanı sıra entelektüel sorumlulukların da yüklendiği söylenebilir. Hemşireliğin yönetmeliklerle belirlenmiş rolleri, sağlığı geliştirici/koruyucu hizmetlerdeki sorumlulukları, uluslararası bildiriler ve Uluslararası Hemşireler Birliği'nin hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri üzerine yaptığı vurgular, hemşireliğin; mesleki, toplumsal ve entelektüel sorumluluklarına dikkat çekmektedir.<sup>2-6</sup>

Gelişen teknoloji ile birlikte bilimsel alanda birçok kavram ve anlayış yeniden tanımlanmaktadır. Bu çerçevede hemşirelikte her bir meslek üyesinin; mesleki, toplumsal, kültürel ve siyasal sorumlulukları ile ilgili ulusal ve uluslararası akademik çalışmalar taranmış ve sonuçları hemşireliğin etkin bakım rolü, liderlik özelliği, vizyonu ve entelektüel sorumlulukları ile bağdaştırılmıştır.

### 1. Entelektüellik ve Bilim İnsanı

Entelektüellik, toplumsal konum ya da kimliği itibarıyla benzer birçok kavram gibi işlevselliği ve yaklaşımı nedeniyle tek bir tanıma indirgenemeyecek bir kavramdır. Etimolojik olarak “intellect” sözcüğüne dayanır ve ilk kez Fransa’da kullanılmıştır. Sözlük anlamı olarak bakıldığında; zihni, fikri, düşünsel, zeki ve aydın gibi anlamlara karşılık gelmektedir<sup>5</sup>. Entelektüel kavramı aydınlanma çağı ile ortaya çıkmıştır ve akıl, mantık, sorgulama gibi öğeleri içermektedir<sup>7</sup>. Entelektüel kişiler, toplumsal sorumlulukları bir uğraş olarak gören ve toplumun değişim ve gelişiminin önemli bir aktörü olarak ifade edilmektedir.<sup>6,7</sup>

Foucault, entelektüeli; üstlendiği mesleğin bilincinde olan ve hastane laboratuvar, üniversite gibi spesifik bir disiplin ya da kurumda çalışan kişiler olarak ifade etmiştir.<sup>8,9,10,11</sup> Aynı zamanda entelektüellerden, kendi mesleği ya da sanatının üzerine çıkararak küresel konularla ilgilenmesi, belli bir faaliyet tarzına yönelmesi de beklenmektedir.<sup>1</sup> Her tanımın ve

ifadenin bir yanı daha ağır basıyor gibi görünmekle birlikte aydın ve entelektüellerden, bilimsel ve felsefi faaliyetleri yanında milletlerinin maddi, manevi ve toplumsal gerçekliklerini evrensel ve bilimsel doğrular ile sentezlemesi beklenmektedir.<sup>1,8</sup>

Bilim insanı; evrensel düşünen, objektif, ahlaki sorumluluğu yüksek, ana dilini iyi kullanabilen, bilginin göreceli bilincine sahip ve nedenselliği kurarak eleştirel düşünen kişi olarak ifade edilmektedir. Bilim insanının sorumlulukları sadece laboratuvar ve kütüphane ortamlarında kaldığında, toplumu yeterince aydınlatamadığı ifade edilir.<sup>5,12</sup> Bu sebeple bilim insanlarından teknolojinin doğaya ve insanlara zarar verici etkilerine karşı çıkabilen, sanat ve edebiyat etkinliklerine destek veren, insanların birbirlerine baskı yapmasına karşı çıkan kişiler olması da beklenir.<sup>5,13</sup> Bilim insanları formasyonu nedeniyle öğretmene benziyor olsa da bilim insanının asıl işi öğretmek ve eğitmek değil; düşünmek, sorgulamak, analiz etmek ve edilmesini sağlamaktır.

Bilim insanı ve entelektüeller, olgu ve olayları bilimsel düzlemde inceleyip analiz etme, sorunları evrensel nitelikte ele alarak ifade etme, zihinsel ve ahlaki eğilimleri olma, eleştirel gözle yaklaşma, kendi toplumu ve evrenleri içerisindeki sorunları kendine dert edinme ve bireyin öz haklarının savunucusu olma gibi özellikleri ile ortak paydada buluşmaktadır. Bir başka ifade ile entelektüel bilim insanı, küreselleşmenin kendine özgü oluşturduğu hayat tarzına karşılık, etik duygu/düşünce ve etik yaşamayı temel alır. Evrensel haklar paydasında insanlığın yok edilmesinin önüne geçilebilmesi için çaba harcaması temel uğraşısıdır.<sup>5,14</sup> Kaynakların entelektüellik üzerine yorum ve tanımları genel bir çerçevede incelendiğinde, entelektüel düzeydeki sorumluluklar; bilgiyi insanlık ve topluma dönük kullanabilen, mevcut sistemsel sorunları toplum öncelikli yönde savunan, eleştirel ve özgür düşünen, yorumlayıcı ve çözüme odaklanan, imaj sahibi, bilgi düzeyini ileri görüşlülük ile birleştirebilen, eğitimsel (felsefe, sanat, tarih, spor, politika) açıdan çok yönlü olabilen, eşitlik ve adaleti sağlamada toplumu güçlendirici rolleri önemseyen ve ahlaki sorumluluklarını mesleki sorumlulukları ile birleştirebilen kişiler olarak ifade edilebilir.<sup>1,5-14</sup>

Literatürdeki entelektüellik ve bilim insanı tanımlamalarından hareketle; entelektüel sorumluluğun bilim insanının önemli özellikleri arasında değerlendirildiği söylenebilir. Çünkü düşünen ve bilgi üreten, sürekli eğitim ve öğretime önem veren, karşılaştığı olaylar ile olması gerekenler arasında bağlantı kuran ya da bağlantı arayan, zekasını analitik düşünme yetisi ile birleştirebilen ve merakını farkındalık ile birleştirerek kendini geliştirenlerin daha entelektüel değerlendirildiği kabul görmektedir.<sup>1,5,7,8,11,15</sup>

## 2. Hemşirelik Bilimi ve Entelektüellik

Bakım, insanlığın varoluşundan bu yana ihtiyaç duyulan, insan varlığının vazgeçilmez bir yapı taşıdır. Bakım kavramını profesyonel bir rol olarak üstlenen meslek ise hemşireliktir. Hemşirelik hizmeti, hemşirelik bakım süreci yöntemiyle, bireyin olası ve var olan sağlık sorunlarına yönelik profesyonel uygulamaları içerir. Hemşirelik; eğitim, yönetim, araştırma ve meslektaşlık/örgütlenme gibi profesyonel alanları kapsar.<sup>16-21</sup> Meslekte bilimsellik ve profesyonellik; uygulama için gereksinim duyulan bilgiyi ortaya çıkarmak, değişimleri takip edebilmek, hizmetin niteliğini artırarak daha iyiye ulaşmak ve ulaştırmak için gereklidir.<sup>22-25</sup> 1981 yılında Kelly tarafından genişletilen meslekleşmenin ve profesyonelleşmenin sekiz kriteri içerisinde; araştırmalarla sürekli güncellenen ve geliştirilen bir bilgi birikimine sahip olması, hizmetin entelektüel aktiviteleri içermesi ve bu konuda bireysel sorumluluk alma gibi güçlü özelliklerinin olması gerektiği ifade edilmektedir.<sup>26</sup>

Son dönemlerde küreselleşmenin ve teknolojinin ilerleyişi ile değişen koşullar, hemşireliğin sağlık sistemindeki rolünü ve önemini giderek artırmıştır. Küreselleşme, politik yapılarda değişkenlik, döviz dalgalanmaları ile stabil olmayan ekonomi, etnik sorunlar, şiddet ve küresel ısınma gibi çevresel değişikliklerin yarattığı olumsuz etkilerin, her geçen gün daha fazla eşitsizlik yarattığı kabul görmektedir. Bu durum sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerindeki adil dağılıma olumsuz bir etki yaratması ile sağlıkta değişen koşullara işaret etmekte ve yeni talepleri de beraberinde getirmektedir.<sup>27</sup> Bu değişen koşullar günümüzde güç dengesizlikleri, eşitsizlikler ve adaletsizlik oluşturmakta ve dünya çapında artan bu gerilimlerin yarattığı sorunların çözümüne yönelik çaba gerektirmektedir.<sup>2,4</sup> Bu sorunların çözümünün doğrudan ve dolaylı olarak hemşirelikle de bağlantılı olduğunun görülmesi,<sup>2,3,27</sup> hemşirelik rollerini giderek daha önemli hale getirmiştir.<sup>3,27,28</sup> Hemşirelik mesleği, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün de ifade ettiği gibi; halk ile karmaşık sağlık sistemi arasında sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir köprü olarak ifade edilmektedir. Ayrıca hemşirelerin birçok ülkede tüm sağlık işgücünün %50'sinden fazlasını oluşturması ve 2030 yılına kadar küresel sağlık işgücündeki eksikliğin de %50'sinden fazlasının hemşirelik alanında beklenmesi nedeniyle özellikle önemli olarak değerlendirilmektedir.<sup>3</sup> Bu nedenle hemşireler, giderek öncelikleri değişen güncel koşullarda, her gün farklı ortamlarda sağlık düzeyinin yükseltilmesi için sağlık politikası önerileri ile hemşireliğin üstlenmesi gereken yeni rollerini geliştirmek durumunda olduklarını fark etmelidir.<sup>7,27-32</sup> Bu roller kurumsal görevlerinin yanı sıra hemşirelerin ulusal ve global konularla aktif olarak ilgilenmesini ifade etmektedir. Toplumun sağlığını korumaya ve savunmaya yönelik konularda öncü ses olması ve bu süreçte ahlaki ve entelektüel sorumluluklarının olduğu konusunda farkındalık içerisinde olması beklenmektedir.<sup>6,7</sup> Çünkü

entelektüel kişiler toplumsal gelişim ve değişim sürecinin öncüleri olarak değerlendirilmektedir.<sup>7</sup>

Hemşirelerin, çağdaş sağlık taleplerini karşılamaya yönelik hedeflere ilişkin geliştirilecek çözüm yollarını hem akademik alanda hem de uygulama alanında tek tek ele alması, ulusal öncelikleri belirleyen politikalara katılması, süreç içerisinde gerekli entelektüel sorumluluklarının da farkında olarak savunucu ve erdemli davranması beklenmektedir.<sup>6,7,27</sup> Hemşirelerin bu süreç içerisinde oluşan ve oluşabilecek değişimi yönetebilecek bilgi ve yeteneğe sahip olması, tüm güncel gelişmeleri gerekli bilimsel ve güvenilir kaynaklardan takip ederek süreci yönetebilecek düzeyde çağdaş hemşirelik kavramları ve modelleri üzerinde çalışmaları beklenmektedir.<sup>6</sup> Bu süreçte; toplumu güçlendirici rollere, bireysel ve ahlaki sorumluluklara, sürekli eğitim gerekliliğine, yeni kavramlar ile hemşireliği birleştirebilmeye, aktivist yaşama ve vizyonları gerçeğe dönüştürebilme noktasındaki yeni fikir ve değerlere önemle yaklaşılmasının gerekliliği göz ardı edilmemelidir. Her yeni fikir ve değer, mesleki sorumluluklarımızla bireysel ve entelektüel sorumluluklarımızı hem teorik hem pratik tabanda birleştirebilecektir.

## 2.1. Mesleki ve Toplum Güçlendirici Roller

Bir toplumun sağlık düzeyi; yaşama sağlıklı başlamak, ekonomi, eğitim, çalışan güvenliği, istihdam ve çalışma koşulları, gıda güvenliği, bağımlılık, sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım, barınma durumu ve sosyal destek gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinden (SSB) etkilenmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri ne kadar yüksek düzeyde ise tam bir iyilik halinden bahsetmenin o kadar mümkün olduğu ifade edilmektedir.<sup>28</sup> Aynı zamanda SSB, kötü sağlığın nedenlerinin sosyal çevrede olduğuna vurgu yapmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri kavramı ile sağlıklı çevreler oluşturma ve bu durumu sürdürülebilir kılmanın önemi uluslararası bildirgelerde vurgulanmaktadır. Sağlığın Geliştirilmesi Ottawa Bildirgesi, Jakarta Bildirgeleri, Sağlık 2020 Belgesi ve Herkes İçin Sağlık Hedefleri bu konunun önemine vurgu yapan bildirilerdir. Bu husustaki en son vurgu yapılan nokta Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH)'dir.<sup>28,29</sup>

Sürdürülebilir kalkınma hedefleri, Birleşmiş Milletler tarafından 2030 Gündemi kapsamında hedef olarak belirlenmiş ve ülkelerin ortak ihtiyaç ve ilgilerini içeren konu başlıkları 17 maddede toplanmıştır. Bu ana noktalar; yoksulluğun ve açlığın giderilmesi ile eşitsizliklerin azaltılması, iyileştirilmiş beslenme, sağlık ve iyilik haline verilen değerin artırılması, kaliteli eğitim, temiz su ve sanitasyonu, iklim değişiklikleri, karşılanabilir ve temiz enerji, su altındaki yaşamın ve karasal ekosistemlerin korunmasının önemi, toplumsal cinsiyet eşitliği, sorumlu tüketim ve üretim gerçeği, barış, adalet, güçlü kurumlar ve tüm bu hedefler için ortaklıktır.<sup>30</sup> 2030'da amaçlarına ulaşmayı hedefleyen 191 Birleşmiş Milletler (BM)

üyesinin SKH olarak 17 madde halinde ele aldığı bu başlıkların her birinde, sağlıklı yaşam ve tüm yaş gruplarının iyilik halinin sağlanmasında hemşirelere büyük roller ve görevler düşmektedir. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından 2017 yılının teması, “Hemşireler: Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmada Öncü Ses” olarak belirlenmiştir.<sup>3,27,28</sup> Uluslararası Hemşireler Birliği 2017 yılında SKH ile hemşireler arasındaki ilişkiye dikkat çekmek ve hemşirelerin bu hedeflere ulaşmadaki rolünün önemini belirtmek üzere, dünya çapında vaka çalışmaları toplamış ve sonuçlarını yayımlamıştır. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin her birine ülkelerden vaka örnekleri verilerek hemşirelerin bireysel, toplumsal ve disiplinler arası rollerine vurgu yapılmıştır.<sup>28,31</sup> Yapılan çalışmaların birçoğunda; hemşirelikte araştırma, politika ve bilgilerin geliştirilmesi, desteklenmesi ve yayılmasına yönelik çağdaş teori temelli yaklaşımlardan ve savunmasız olarak nitelendirilen nüfusların bakımına yönelik sağlık hizmeti savunuculuğu etrafında toplanan birçok hemşirelik yaklaşımından bahsedilmektedir.<sup>31</sup> Çağdaş hemşirelik teorileri ve uygulamaları, günümüzün sosyopolitik iklimi bağlamında değerlendirilerek, hemşirelerin küresel ve politik konularda derinlikli bilgi sahibi olmasını ve incelemesini gerekli kıldığı şeklinde ifade edilmektedir. Yapılan bu araştırma sonuçları, güncel veriler ve beklentiler ışığında, öncelikle çağdaş sağlık taleplerine uygun şekilde hemşirelik ve uygulamalarını geliştirmek ve ilerletmek gerektiğinin sorumluluğuna önem kazandırmıştır.<sup>32</sup> Aynı zamanda savunmasız nüfusların bakımına yönelik sağlık hizmeti savunuculuğu etrafında toplanan birçok hemşirelik yaklaşımının, hemşirelik vizyonunu mesleki sorumluluklar ve entelektüel düzeydeki sorumluluklar ile ortak noktada buluşturduğu söylenebilir.

Hemşireliğin toplumu güçlendirici rolleri; topluma ve yaşanan/yaşanabilecek sorunların çözümüne odaklanması, var olan sorunların dile getiricisi olması, erdemli davranışlar sergileyerek olumlu ve sağlıklı iletişim yollarını kullanması ve böylece mesleğin bakış açısını toplumun sesine yöneltmenin bir yolu olarak görmesi yönünde özetlenebilir. Topluma ulaşarak toplum fikrini etkilemenin, halka kanıt temelli bilgi sunmanın ve hemşirelik profilini sorumlu şekilde geliştirmenin, politika yapıcılara da ulaşabilmek noktasında faydalı olacağı ifade edilmektedir.<sup>32</sup> Entelektüeller; belirli bir eğitim sürecinden geçerek bilgi ve kültürel birikime sahip olan, bu birikimle öngörü yeteneği kazanmış, bilgisini toplumu bilinçlendirmek için kullanan ve evrensel bir hakikatin bilincine sahip olarak kitlelerden ayrı bir yerde duran evrensel bir sözcü olarak tanımlanır.<sup>1,11</sup> Hemşirelerin beklenen yeni rollerini etkin, yasal ve sorumlu olarak yönetebilmesi için; eğitimsel düzeyde yeterlilik gerektirdiğini bilmeleri ve entelektüel düzeyde sorumluluklarının farkında olmaları önemli bir hemşirelik çıkarımı olarak değerlendirilebilir.

## 2.2. Bireysel ve Ahlaki Sorumluluklar

Mesleki roller ile bireysel sorumluluklar, uygulama ortamında bir bütün olarak sergilenmelidir. Bireylerin aktivist bir yaşam anlayışı içerisinde, yaşadığı bölgenin sorunlarına eğilmesi, toplumun sorumluluğunu üstlenmesi gerekliliğini hissetmesi ve bu yönde özgür düşünmesi bireysel sorumluluklar içerisinde değerlendirilebilir. İyi insan olma çabası ile birleştirilen başarılı bir hemşire olma çabası, hem entelektüel hem ahlaki bir sorumluluk olarak nitelendirilebilir. Çünkü entelektüel sorumluluk hak ve ödev bilinci ile diğer konuların ve kişilerin sorumluluğunu da almayı gerektirmektedir.<sup>7</sup> Aynı şekilde SKH içerisinde yer verilen ve yaşam koşullarını tehdit etme riski olan doğa olayları ile iklim değişikliklerinin etkilerine yönelik de alınması gereken önlemler açısından herkes üzerine düşen görevleri yerine getirmeli ve toplumda farkındalık sağlanmasına da öncülük etmelidir. Bu nedenle hemşirelik disiplinine yeni başlayan öğrencilerin, klinik uygulayıcıların ve akademisyenlerin sosyal ve iletişimsel olarak farkındalıklarını artırdığı aktivist rollerin benimsenmesi önemli olarak nitelendirilebilir.

Bireysel sorumluluklar içerisinde eğitim önemli bir kavram olarak değerlendirilmektedir.<sup>34</sup> İnsan, çok yönlü eğitim gereksinimi olan bir varlıktır. Bunun için meslek üyesinin sadece alana yönelik teorik bilgiye değil, kişileri bir bütün olarak değerlendirebilecek entelektüel düzeyde bilgiye sahip olabileceği bir eğitim sisteminden geçmesi önerilmektedir.<sup>34,35</sup> Sanat ve spor eğitimi ile desteklenmiş ve estetik beğenisi gelişmiş bireylerin, kendilerine, toplumlarına ve mesleki yaşamlarına katkılarının daha fazla olacağı ifade edilmektedir.<sup>35,36</sup> Araştırma sonuçlarında, sanatsal faaliyetlerin; çalışanların mesleki uygulamalarındaki özgüvenlerini güçlendirerek mesleki yaşamlarına olumlu yönde katkı sağladığı, sağlık eğitimi alan kişilerin sanatsal eğitim ve uğraşlarla ilgilenmesinin; gözlem yapma, rehberlik etme ve empati becerisi gibi yeteneklerini artırdığı ifade edilmektedir.<sup>36,37</sup> Güvenilir kaynaklardan yararlanarak geliştirilmiş okuma bilincinin, bilgi yönetimi öğrenmenin, küresel ve yerel güncel konuları takip etmenin, entelektüel ve eleştirel düşünme yeteneklerini geliştirmenin daha donanımlı mesleki bir yaşam sağlayabileceği, böylece bireyin hizmet verdiği topluma karşı daha faydalı olacağı söylenebilir. Ayrıca toplumun nitelikli eğitim alabilme hakkını savunma, eğitime teşvik etme ve toplumun sağlıklı olma yönünde doğru bilgiye ulaşmasına yardımcı olma yönünde eğitimcilerle işbirliği halinde olmaları yönünde de önemli görevleri bulunmaktadır.<sup>6,38-41</sup>

Entelektüel sorumluluk ve entelektüellerin rolleri üzerine vurgu yapan yazarlar, entelektüel sorumlulukların içinde ahlaki sorumlulukların olduğunu ve entelektüellerin toplumsal rollerinin siyasi faaliyetlerden bağımsız olmadığını ifade etmektedir. Entelektüel sorumluluğun ahlaki boyutu içerisinde; başka insanlarla bir arada çalışmak, evrensel hakikati



anlamaya çalışmak ve insanların da kavramasını sağlayabilmek için yapıcı eylemlerde bulunmak şeklinde belirtilmektedir.<sup>42</sup> Ahlaki ve bireysel sorumluluklar içerisindeki roller; eşitlikçi adalet anlayışı, etkin ve hesap verebilir kurum ve kurum çalışanları, barışçıl toplum ve eşitsizliklerle mücadeledir. Bu noktada hemşireler toplumun yaşadığı sorunları fark etmeli, ahlaki değerlerle şekillendirilmiş mesleki ve bilimsel bilgisi ile çözüm üretebilmeli ve toplumun hemşirelere daha fazla güven duymasına katkı sağlamalıdır.<sup>6,41,43</sup>

Küresel ölçekte değişen ve gelişen vizyonu gerçekleştirmek için; hemşirelerin mesleklerinin topluma refah sağlayıcı potansiyeline değer vermeleri, hedeflerine ulaşmada bireysel ve entelektüel sorumluluklarının farkında olarak faaliyetlerini eğitim ve uygulama ile birleştirmeleri ve bu sayede hemşirelik mesleğini dünyaya hitap etmek için harekete geçirebilmeleri gerekmektedir. 2020 yılı DSÖ'nün tanımladığı Evrensel Sağlık Kapsamında hemşirelik ve ebeliğin güçlendirilmesi açısından hemşireler; eşitlikçi, erişilebilir ve iyileştirici bakım sistemleri yaratmanın yolunu yine kendi disiplinleri içerisinde fark edip, hemşirelik gerçeğinin özgürce konuşulmasını, duyulmasını ve onurlandırılmasını kendileri sağlayabilmelidir.<sup>40,43</sup>

### **Sonuç ve Öneriler**

Hemşirelik ve hemşirelik bakımı, klinik uygulama ve toplumsal rolleri ile insanların sağlığını evrensel düzeyde etkilemektedir. Artık tüm hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin, toplumun hemşirelere “neden, nasıl, nerede ve ne zaman” ihtiyaç duyacağını düşünmesi gerektiği konusunda daha bilinçli olması beklenmektedir. Bu nedenle; klinisyenler, akademisyenler ve yöneticiler hem hemşirelik eğitimi hem de uygulamaları esnasındaki tüm aşamalarda, gerekli entelektüel yeteneği ve duygusal olgunluğu geliştirmek için uygulamalarını bu yönde şekillendirmelidir. Hemşirelik eğitimi içerisinde özellikle yeni kuşağın özellikleri ve farklılıkları hesaba katılarak ve dünyada olup bitenler hakkında öğrencilerde merak uyandırarak dünya için önemli olan bilginin mesleki olarak da önemli olduğu üzerine daha fazla vurgu yapılmalıdır. Hemşirelik eğitiminden başlayarak tüm meslek üyelerinin değer yaratacaklarının bilincinde olmaları sağlanarak alışılmışın dışında olan farklı rolleri de önemsemesi sağlanabilmelidir. Küreselleşme ile artan kapitalist ortamda hemşireler; sorgulayıcı, araştırmacı ve gerçeğin sözcüsü olarak, tüm yaşananların ve yaşanacakların gerçek yüzünü anlamalı ve anlatmalıdır.

Her birey, öncelikle kendi eğitimine ve gelişimine önem vererek, gelişen ve değişen dünyaya olumlu katkı yaratmanın yollarını aramalıdır. Bireysel eksiklerini belirleyebilecek ve tamamlamayı hedefleyebilecek, farkındalıklarının üzerine gidecek, günceli takip edecek, merak ile zekasını birleştirerek pratiğe çevirecek ve tüm bunları yaparken yeterli motivasyona sahip

imaj sahibi meslek üyelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık alanında da sosyal medya kullanımı ve sosyal medya iletişimde oluşturulacak içeriklerin, bireysel ve kurumsal boyutta hedefe yönelik ve değere dönüştürülmesine olanak sağlayacak şekilde planlanmasının, geniş kitlelere ulaşabilme ve etkili sağlık iletişimi sağlama yönünde katkı sağlayacağı düşünülebilir. Bunu gerçekleştirmeye çalışırken günümüz dünyasının sosyal medya, dijitalleşme gibi teknolojik anlamdaki getirilerini, sosyal gürültüden uzaklaşarak etkin bir şekilde kullanmak, toplumun fikirlerinin olumlu yönde değişmesini ve toplumsal politikalarda olumlu değişiklikler yapılmasını sağlayabilir. Bireysel ve entelektüel sorumluluk duygusu ile doğru bilginin uygulamaya dönük kullanılması, topluma dönük bakış açılarının genişletilmesi, okuyucu sorumluluğu ve eleştirel okuma yaparak nitelikli okuyucu olabilme yönünde davranış geliştirilmesi ve sürekliliğin sağlanarak uygulama ve akademik çalışmaların bu yönde derinleştirilmesi öneriler arasında değerlendirilebilir.

Değişimlerin doğru ve istendik yönde ilerletilmesinin bir diğer yolu doğru kurumsal yöneticilikten ve doğru liderlikten geçmektedir. Hemşireler; özgün, entelektüel anlamda kendini liderlik yönünde geliştirme ihtiyacı duymalı, mesleki, sosyal ve bireysel sorumluluklarını birleştirmeli, iyi vatandaş olmanın öncelikli önemini yadsımamalı ve toplumu etkileyici değişikliklere sosyal sorumluluk temelli lider olarak yaklaşmanın önemini ve gereğini fark etmelidir. Aynı şekilde hükümetler ve geliştirilen politikalar da, hemşirelerin hedeflediği bireysel ve mesleki amaçlarını başarıya ulaştırmalarında gerekli araçları sağlamada destekleyici rolde katkı sağlamalıdır. Hemşireler meslek üyesi olarak sayıca fazla olmalarının ve toplumu etkileme alanlarının genişliğinin avantajını ellerinde tutmalıdır. Hemşirelerin, bu avantajlar ile toplumdaki hemşirelik imajı için, “çevre, eğitim, insan hakları, çalışan güvenliği, ekonomi, sağlık, kültür, spor, istihdam ve etik” gibi birçok alanda sosyal sorumlu olarak faaliyet göstermesi, meslekler arası iletişim ile bu konulara yönelik kampanyalarda rol alması önerilebilir.

### **Finansman**

Bu araştırma için, kamu, ticari veya kar amacı gütmeyen sektörlerdeki finansman kuruluşlarından belirli bir destek alınmadı.

### **Çıkar Çatışması Beyanı**

Yazar, çıkar çatışması olmadığını beyan ederim.

### Kaynaklar

1. Çağan K. Entelektüel İmgesi Üzerine. Ed. Çağan K. Entelektüel ve İktidar. Ankara: Hece Yayınları;2005. s.9-22.
2. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. Public health reports. 2014 [11.01.2020]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24385661/>.
3. 3.International Council of Nurses-3. 2017. [10.12.2019]. Erişim adresi: [//www.icnvoicetolead.com/wpcontent/uploads/2017/04/ICN\\_AVoiceToLead\\_guidancePack-9](http://www.icnvoicetolead.com/wpcontent/uploads/2017/04/ICN_AVoiceToLead_guidancePack-9).
4. Koç ÖE. Kamu kesimi sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık harcamaları. Ed. Koç ÖE. Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Özel Kesim Uygulamaları. Bursa: Ekin Basım Yayım Dağıtım; 2018. s.47-50.
5. Aydoğan İ. Bilim insanı ve entelektüel özellik. Girne American University Journal of Social and Applied Science. 2008;3(6):81-7.
6. Oskay Ü, Büyükyılmaz F, Ünalı-Baydın N, Karaman A, Yılmaz B, Akyüz F. Uluslararası Hemşireler Birliği teması'na genel bakış. FNJN. 2018;26(1):69-78.
7. Sam R. Entelektüeller: toplumsal değişim ve gelişim sürecinin öncüleri. Sosyoloji Konferansları. 2017;55(1):333-350.
8. Tiryaki MZ. Aydınlar, akademisyenler ve entelektüeller: Savaş bitti şiirine farklı bir bakış. İnsan ve Toplum Dergisi. 2014;4(8):163-84.
9. Bodin L. Çeviri: Dündar M. Aydınlar. Ankara: Ayko Yayıncılık; 1984.s.9.
10. Le Goff J. Çeviri: Kılıçbay MA. Ortaçağda Entelektüeller. 4. Baskı. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları;2017.s.16-22.
11. Foucault M. Çev. Ergüden I, Akınhay O, Keskin F. Entelektüelin Siyasi İşlevi. 4.Basım. İstanbul: Ayrıntı Yayınları;2000.s.24-32.
12. Şenşekerci E, Bilgin A. Eleştirel düşünme ve öğretimi. UÜFEFSBD. 2008;9(14):15-43.
13. Kongar E. Demokrasi ve Laiklik. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1997.s.47.
14. Ortaş İ. Öğretim üyesi ya da bilim insanı kimdir? Pivolka Dergisi. 2004;3(12):11-16.
15. Özkurt N. Eleştiri ve Aydınlanma. İstanbul: Say Yayınları;1994.s.21.
16. Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. Lokman Hekim Dergisi. 2017;7(1):1-5.
17. Birol L. Hemşirelik Süreci. İstanbul: Etki Yayınları;2010.s.35-45.
18. Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset Matbaa;1999.s.393-96.
19. Ay F. Mesleki Temel Kavramlar. Ed. Ay A. Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: Medikal Yayıncılık;2007.s.35-56.
20. Okuroğlu G, Bahçecik N, Ecevit Alpar Ş. Felsefe ve hemşirelik etiği. Kilikya Felsefe Dergisi. 2014; 0(1): 53-61.
21. Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi: Hemşirelik süreci. Lokman Hekim Dergisi. 2017;7(1):1-5.
22. Baykara Göçmen Z. Hemşirelik Bakımı Kavramı. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2014;1(2):92-9.
23. Kaya A, İşler A, Karataş N. Profesyonellik çerçevesinde hemşirelik bilimi: Genel bir bakışı. 2019 [14.04.2020]. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/334203496>.

24. Karasar N. Temel Kavram İlke ve Yaklaşımlar: Bilimsel Araştırma Yöntemi. 12. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Eğitim; 2003.s.3-43.
25. Ruddy JE. The nature of philosophy science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. JAN. 1998;28(2): 243-50.
26. Karadağ A. Meslek olarak hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002;5(2):55-62.
27. International Council of Nursing (ICN) (part one). Definition of Nursing. 2017 [15.01.2020]. Erişim adresi: <http://www.icn.ch/who-we-are/icndefinition-of-nursing/>.
28. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları. 2019 [15.01.2020]. Erişim adresi: <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-developmentgoals.html>.
29. Kiraz ED. Sağlıkın sosyal belirleyicileri. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi. 2019;52:10-3.
30. Toplam Faktör Verimliliği için Politika Çerçevesi Geliştirilmesine Destek Projesi. 2018 [15.01.2020]. Erişim adresi: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/tr>.
31. International Council of Nursing (ICN) (part two). Who we are. 2017 [16.01.2020]. Erişim adresi: <http://www.icn.ch/who-we-are/who-weare>.
32. International Council of Nursing (ICN) (part three). What we do. 2017 [16.01.2020]. Erişim adresi: <http://www.icn.ch/what-we-do/what-wedo/>.
33. Gagnon M. Whistleblowing: A Concept Analysis. 2019 [26.01.2020]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12667>.
34. Kaya N, Babadağ K, Aştı T. Yaşam Modeli, Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd. Şti;2008.s.1-7.
35. İlçe A, Yüzden GE. Hemşirelik eğitiminde sanat ve spor. IJHS. 2015;12(2):990-1001.
36. Buyurgan S, Buyurgan U. Sanat Eğitimi ve Öğretimi. 3.Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık;2012. s.16-20.
37. Staricoff RL. Arts In Health: A Review Of The Medical Literature. 2004 [25.01.2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/hrh/news/2019/2020year-of-nurses/en>.
38. International Council of Nursing (ICN) (part four). Nurses: A voice to lead - Achieving the sustainable development goals. 2017 [26.01.2020]. Erişim adresi: [https://www.icnvoicetolead.com/wpcontent/uploads/2017/04/ICN\\_AVoiceToLead\\_guidancePack-9.pdf](https://www.icnvoicetolead.com/wpcontent/uploads/2017/04/ICN_AVoiceToLead_guidancePack-9.pdf).
39. Arazi M. Ortopedi ve Travmatolojide Sosyal Medya Kullanımı. 2014 [25.11.2020]. Erişim adresi: <http://aott.org.tr/files/journals/1/articles/2847/public/2847-3623-1-PB.pdf/>.
40. Şehirlioğlu MA. Bilgi ile enformasyon arasındaki fark: Ortopedi ve travmatolojide sosyal medya kullanımı. TOTBİD Dergisi 2020;19:122-26. doi: 10.14292/totbid.dergisi.2020.15.
41. Özkan Ö, Özdil K, Büyüksoy GDB. Hemşirelikte okuyucu sorumluluğu taşımak ve nitelikli okuyucu olmak. EGEHFD. 2016;32(1):156-72.
42. Şengül Y. Foucault ve Câbirî'de entelektüel özne. IJSS. 2022;4 (1):71-85. [10.07.2022]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hafizadergisi/issue/71173/1117926>.
43. Karasu F. Hemşirelik eğitiminde işbirlikli öğrenme modeli. JHVS. 2020;8(3):973-88.

## Kanser Hastalarına Sağlık Hizmet Sunumunda Teletıp ve Tele-Hemşireliğin Artan Önemi

### Increasing Importance of Telemedicine and Tele-Nursing in Health Service Delivery to Cancer Patients

Sümeyye Başoğlu<sup>1</sup>, Ülkü Polat<sup>2</sup>

#### Öz

Kanser hastalarının sayısı tüm dünyada giderek artmaktadır. Kanserli hastalarda hastalığın kendisi, kullanılan tedavi yöntemleri ve komorbiditeler, bu hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerini daha zor ve karmaşık bir hale getirmektedir. Bu doğrultuda teletıp uygulamaları, kolay uygulanabilen ve zamandan tasarruf sağlayan maliyet etkin bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaneye uzak mesafede yaşayan, hastane dışında da izlem ve takip gerektiren, yatağa bağımlı ve yaşlı gibi özel bakım alması gereken kanser hastalarının tedavi ve bakımını sürdürmede teletıp uygulamaları kullanılabilir. Bu sayede kanser hastalarının sağlık bakım hizmetleri kesintiye uğramadan devam edebilmektedir. Teknolojinin sağlık bakım uygulamaları alanındaki gelişimi, tele-hemşirelik kavramını ön plana çıkarmıştır. Tele-hemşirelik; telekomünikasyon araçlarının kullanılarak, hemşire-sağlık profesyoneli, hemşire-hemşire ve hemşire-hasta etkileşiminin gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, tele-hemşireliğin, kanserli hasta bakımındaki olumlu sonuçları belirtilmektedir. Teletıp ve tele-hemşirelik uygulamalarının onkoloji alanında kullanımına, uluslararası düzeyde büyük bir ilgi varken, ülkemizde bu alanda yapılan araştırmalar sınırlıdır. Bu derlemenin amacı; kanserli hastalara sunulan teletıp ve tele-hemşirelik uygulama örneklerinin incelenmesi, konunun önemini kavranması ve alanda farkındalık yaratılmasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, teknoloji, tele-hemşirelik, teletıp

#### Abstract

The number of cancer patients is increasing all over the world. In cancer patients, the disease itself, the treatment methods used and comorbid factors make the health care services of these patients more difficult and complex. Telemedicine is an easy-to-apply and time-saving, cost-effective method. Telemedicine can be used to continue the treatment and care of cancer patients, living far from the hospital, requiring out-of-hospital monitoring and follow-up, bedridden and elderly, who need special care. In this way, health care services of cancer patients can continue without interruption. The development of technology in the field of health care applications has led to tele-nursing. Tele-nursing; it is defined as the realization of nurse-health professional, nurse-nurse and nurse-patient interaction using telecommunication tools. In the studies, positive results of tele-nursing in cancer patient care are indicated. While there is a great international interest in the use of telemedicine and tele-nursing applications in the field of oncology, research in this field in our country is limited. The aim of this review; examine the telemedicine and tele-nursing applications offered to cancer patients, to understand the importance of the subject and to raise awareness in the field.

**Keywords:** Cancer, technology, telemedicine, tele-nursing

<sup>1</sup>**Sorumlu Yazar,** Hemşire, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Programı, Ankara/ Türkiye, E-mail: [s.aydogdu91@hotmail.com](mailto:s.aydogdu91@hotmail.com), ORCID: 0000-0002-5544-2071

<sup>2</sup>Profesör Doktor, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara/Türkiye, ORCID: 0000-0002-4293-1394

Geliş Tarihi: 02 Aralık 2022, Kabul Tarihi: 05 Mart 2023, Kabul Tarihi: 22 Mayıs 2023

## Giriş

Kanser, önemli oranda mortalite ve morbiditeye neden olan, yaşam kalitesini etkileyen, tekrarlayıcı ve genellikle tedavi süreci uzun olan kronik bir hastalıktır.<sup>1</sup> Kanser, yıllık yeni konulan tanı sayısındaki artış ile birlikte 2030 yılına kadar kalp hastalıklarını geride bırakarak birinci ölüm nedeni olacağı düşünülmektedir. 2040 yılında dünya genelinde yaklaşık 28.4 milyon yeni kanser vakası olacağı öngörülmektedir.<sup>2,3</sup> Türkiye’de ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre, kanser dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır.<sup>4</sup>

Kanserli hasta sayısındaki artışla beraber doktor ve hemşire yetersizliği sağlık hizmetlerini sürdürmede karmaşıklığa ve zorluğa neden olabilmektedir.<sup>5</sup> Bu nedenle sağlık hizmetlerini iyileştirecek ve destekleyecek adımlar atmak gerekli olmaktadır. İçinde bulunduğumuz bilişim ve iletişim çağı teletıbbi büyüyen bir hareket olarak ortaya koymaktadır. Teletıp ve tele-hemşirelik, uzun dönem takip gerektiren kanser hastalarının bakımlarının daha düzenli ve rahat sürdürülmesi, hastaların fiziksel koşullar nedeniyle sağlık takibinin aksamasının önlenmesi ve hasta bakımının iyileştirilmesi gibi önemli avantajlar sağlamaktadır.<sup>6</sup> Yeni Koronavirüs Hastalığı [The current corona virus disease 2019 (COVID-19)] pandemisinin 2019 yılında ortaya çıkmasından sonra yüz yüze etkileşim ve seyahat ihtiyacının en aza inmesi nedeniyle teletıp ve tele-hemşirelik daha çok gündeme gelmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) başta olmak üzere birçok gelişmiş ülkede yaygın olarak kullanılmaya başlanmış ve ilgi odağı haline gelmiştir.<sup>6,7</sup>

### Teletıp ve tele-hemşirelik kavramı

Teletıp, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, sağlık hizmetlerine erişimin kritik olduğu durumlarda bireylerin ve toplulukların sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalık tanılarını ve tedavilerini sağlamak, sağlık araştırma ya da sağlık eğitim ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması olarak ifade edilmektedir.<sup>5</sup> Teletıp, video konferans, kısa mesaj gibi modern teknoloji müdahaleleriyle hastaların tavsiye, hatırlatma, eğitim, müdahale, izlem ve uzaktan bakım almalarını düşük maliyetlerle sağlamaktadır. Teletıp müdahaleleri iki ayrı formatta uygulanmaktadır:<sup>8</sup>

1. Sağlık personeliyle hasta arasındaki iletişimi sağlayan cihazlar (telefon, video konferans, kısa mesaj gibi) aracılığıyla sanal ve etkileşimin aynı anda olması olarak tanımlanan *senkron formatta* yapılabilmektedir.

2. Kilo, kan basıncı, oksijen saturasyonu, kan glikozu, elektrokardiyografi (EKG), elektroensefalografi (EEG), elektronöromiyografi (EMG) gibi uygulamalarda giysi veya kemer, saat, gözlük gibi aksesuarlarla giyilebilir şekilde cihazlar kullanılarak hastanın yaşam

verilerinin ölçümü yapılmakta ve izlenebilmektedir. Bu şekilde farklı zamanlarda etkileşime girilmesi olarak tanımlanan *asen kron formatta* teletıp müdahaleleri yapılabilmektedir. Hasta ölçüm sağlayan aparatları vücuduna takarak bilgisayara verileri aktarabilir veya video kayıt şeklinde saklayabilir. Tüm bu raporlar klinik veri öğeleri olarak daha sonra sağlık personeli tarafından yorumlanır.<sup>8,9</sup>

Teletıp, 1950'lerde ABD'de birkaç hastanede telefonla bilgi paylaşımıyla başlamıştır. Teknoloji alanındaki ilerlemeler teletıbbın sınırlı kullanımından çıkarmış bu uygulamayı tüm dünyada yaygınlaştırmıştır.<sup>12</sup> Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler, hemşireliği de etkileyerek teletıbbın bir alt bileşeni olan tele-hemşirelik kavramını ortaya çıkarmıştır. Tele-hemşirelik tanı ve tedavi hizmetleri, eğitimsel destek sistemleri, sağlık hizmetleri organizasyonu ve yönetiminde hemşirelik bakımını uygulamak ve devam ettirmek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır.<sup>10-12</sup> Tele-hemşirelik teknolojinin yardımıyla, mesafe ve maliyet sınırlamaları dahil olmak üzere, bu zorluklara cevap vermek için bir çözüm olarak görülebilir. Tele-hemşirelik sayesinde eğitim, ağrı yönetimi, ilaç uyumu, yara bakımı gibi hemşirelik bakım ve uygulamaları uzaktan sağlanabilmektedir. Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (American Society of Clinical Oncology-ASCO) senkron (telefon) ve asenkron müdahalelerin en yaygın olarak hemşireler tarafından uygulandığını belirtmektedir.<sup>13,14</sup> En etkili teletıp müdahalelerinin, hemşireler tarafından yapılan telefon takibi olduğu, bu uygulamaların klinik göstergeleri iyileştirdiği ve sağlık bakım hizmetlerinde başvuruları azalttığı gösterilmiştir.<sup>15</sup> Yapılan çalışmalarda tele-hemşirelik ile yapılan sanal ziyaretlerin yüz yüze yapılan ev ziyaretlere oranla, hemşirelik bakım kalitesini arttırdığı ve klinik hizmet maliyetlerini önemli ölçüde azalttığı vurgulanmaktadır.<sup>16,17</sup>

### **Kanser hastalarında teletıp ve tele-hemşirelik**

Kanser hastaları, hem tedavi sırasında hem de sonrasında fiziksel ve psikososyal semptomlar yaşayabilmektedir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini, iş, aile ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu olumsuz durumların önlenmesi ve en aza indirilmesi için kanser hastalarının tedavi dönemlerinde ve sonrasında kesintisiz bakım almaları önemlidir.<sup>1</sup>

Yaşlı, yatağa bağımlı, kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan kanser hastalarının sağlık bakım hizmetlerine sınırlı erişimi veya erişim eksikliği toplumsal bir sağlık sorunudur. Bunun yanında kanser hastalarında COVID-19'a yakalanma riskinin artması nedeniyle hastaların izolasyon kurallarına sıkı bir şekilde uyması ve hastane maruziyetlerinin en aza indirilmesi gerekmektedir.<sup>7</sup> Teletıp, kanser hastaları için sayılan dezavantajlara yardımcı olacak bir çözüm olarak görülmekte, kanser hastalarının kendi bölgesinde tedavi almasını ve seyahat ihtiyacının en aza indirilmesini hedeflemektedir.<sup>18</sup> Teletıbbın rahat, kolay ve esnek bir sağlık hizmeti

sunması özellikle ileri yaş ve komorbiditelere sahip kanserli hasta popülasyonu açısından önemlidir.<sup>18,19</sup> Teletıbbın seyahat ihtiyacını ortadan kaldırması, çalışan kanser hastaları için gelir kaybını önlemekte ve işverenlerin de talebini karşılamaktadır.<sup>20</sup> Uluslararası alanda yapılan teletıp çalışmalarında, kanser hastalarına sanal formatta sunulan hizmetin rahatlık ve esneklik gibi avantajları hastaların memnuniyet düzeylerini yükseltmiştir. Video konferans kullanılarak semptom yönetimi, duygusal destek ve eğitim konularında sanal hizmet alan kanser hastaları bu formatı yüz yüze verilen hizmete tercih ettiklerini, bu formatın klinikte sunulan bakımdan bir farkı olmadığını bildirirken aynı zamanda bu hastaların yaşam kalitesinin de yükseldiği tespit edilmiştir.<sup>18-21</sup>

Kanserli hastalarda tele-hemşirelik çalışmaları incelendiğinde öz-etkililiğin ve ilaç uyumunun arttığı belirtilmektedir. Uzaktan verilen hemşirelik bakımı, acil servis ve onkoloji servislerine uygunsuz başvuruları azaltmakla birlikte tekrarlı hastane yatışlarını da azaltmaktadır.<sup>7,11,12,22-24</sup> Tele-hemşirelik ile hastanın yüz yüze sağlık hizmeti almasına ihtiyaç duyup duymadığı tespit edilebilmektedir. Bu sayede kanserin kendisinin neden olduğu immünosupresyona veya tedaviye sekonder gelişen miyelosupresyona bağlı enfeksiyon riskinden de hastalar korunmaktadır.<sup>25</sup>

Kanser hastalarında kür sağlamak, tümör yayılımını sınırlandırmak, palyatif bakım ve semptom yönetimi bakım ve tedavi uygulamalarının temelini oluşturur. Uzaktan da olsa semptom yönetiminin gerçekleşmesi hemşirelik bakımının devamlılığı açısından önemlidir. Bu özellikle hastaneye erişimi kısıtlı olan ve ulaşım sorunu yaşayan hasta popülasyonu açısından önem teşkil etmektedir.<sup>26</sup> Hemşire liderliğinde, kırsal bölgede yaşayan kanser hastalarıyla yapılan görüntülü görüşmelerde, hastaların ağrı, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu, tat değişikliği, yorgunluk semptomlarında iyileşme olduğu ve yaşam kalitesinin arttığı aktarılmıştır.<sup>13</sup> Kanser hastalarına destekleyici bakım vermek hastanın fiziksel, psikososyal ve spiritüel yönden iyilik halinin sürdürülmesini sağlamaktadır.<sup>27</sup> Hemşirelerin kemoterapi gören kanser hastalarıyla haftada iki kez (15-20 dakika) yaptığı telefon görüşmelerinin, hastanın uyku, hareket, beslenme, öz bakım, cinsellik gibi fiziksel alandaki destekleyici bakım gereksinimlerini karşıladığı belirtilmiştir. Başka bir tele-hemşirelik çalışmasında, telefon görüşmeleri sayesinde kanser hastaları hastane ortamından uzak kalarak kendini daha özgür hissettiği ve bu durumun psikososyal iyilik halini olumlu etkilediği belirtilmektedir.<sup>27-29</sup>

### **Kanser hastalarında teletıp ve tele-hemşirelik alanında karşılaşılan güçlükler**

Teletıp ve tele-hemşirelik hizmetlerinin belirtilen olumlu yönlerinin yanı sıra bazı olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Teletıp/tele-hemşirelik alanında karşılaşılan güçlüklerin başında klinik yönetim sorunları gelmektedir. Kanser hastaları ile yüz yüze ziyaretlerinin kesintiye



uğraması, denge, postür, öz bakım, koku, hijyen, yürüyüş, göz teması ve dil nüansları değerlendirmelerini yetersiz kılmaktadır.<sup>30</sup> Hastalara güven vermek veya onlara yardımcı olmak için terapötik dokunma, göz göze temas gibi fiziksel eylemlerde bulunamamak hasta ve sağlık profesyonellerini rahatsız hissettirmektedir.<sup>31</sup> İşitsel, görsel veya bilişsel bozuklukları olan kanser hastalarının uzaktan sağlık bakım hizmetleri alması çok zordur. Ayrıca tremor, mikrografi ve psikomotor semptomları olan kanser hastalarının kamera, ses, ışık gibi parametreleri ayarlayamaması teletıp/tele-hemşirelik müdahalelerini güçleştirmektedir.<sup>30-32</sup>

Teknolojik güçlükler teletıp/tele-hemşirelik müdahalelerini ciddi olarak etkilemektedir. Yaşlılar, etnik azınlıklar ve düşük sosyoekonomik sınıflardaki bireylerin akıllı telefon, tablet, bilgisayar veya yeterli internet bağlantısına sahip olamaması teletıp ve tele-hemşirelik müdahalelerin yaygınlaşmasını ve etkili bir şekilde kullanımını engellemektedir.<sup>30,32,33</sup> İnsan açısından güçlükler teletıp ve tele-hemşirelik oturumlarını engellemektedir. Kanser hastalarının düşük teknolojik okuryazarlığı, giyilebilir teknolojik cihazları kullanma konusunda yetenek, bilgi ve yeterli eğitimlerinin olmaması, cihazların kullanma kılavuzlarının anlaşılabilmesi asenkron ve senkron formatta yapılan müdahalelerin kalitesini düşürmektedir. Hastalar tarafından video konferans görüşmelerinde, mobil uygulama ve özel bir yazılım kullanılarak gerçekleştirilen uygulamalarda, bağlantının nasıl kurulacağına bilinmemesi ve teknolojik gelişmelere ayak uydurulamaması teletıp ve tele-hemşirelik hizmetlerini kesintiye uğratmaktadır.<sup>34,35</sup>

### **Sonuç ve Öneriler**

Düşük sosyoekonomik statüye sahip olma, kırsal veya uzak bölgelerde yaşama, yatağa bağımlı olma gibi faktörler nedeniyle bakıma yetersiz erişimi olan kanser hastaları için sanal yol ile bakım alma seçeneği teletıbbi benzersiz bir konuma taşımaktadır.<sup>36</sup> Teletıp, sağlık bakım hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin bazılarını kapatma potansiyeline sahip olmakla birlikte geniş ağ erişiminin sağlanamaması, teknolojik cihazların yetersizliği, teknolojiye aşina olunmaması, bilgilerin gizliliği konusunda tereddütlerin bulunması ve ücretlendirmenin geri ödeme kapsamında olmaması dahilinde birçok desteğe ihtiyaç duymaktadır.<sup>37</sup> Teletıp/tele-hemşirelik uygulamalarındaki boşlukları doldurmak ve onkoloji sanal bakım standartlarını belirlemek için kılavuzlar oluşturulmalıdır.<sup>38</sup> Bu kılavuzlarda, hangi hastaların görüleceği, video konferans toplantılarının nasıl yapılacağı, hemşire/hekim ile birlikte yardımcı sağlık profesyonellerinin rolü, hasta ve ailenin gereksinimlerinin sistematik bir şekilde tanınması, planlanması ve sonuçların değerlendirilmesi yer almalıdır.<sup>38,39</sup> Teknolojiye daha az alışık olan popülasyonlar için temel eğitim verilmeli, internet ve video yetenekleri sınırlı olan kanser hastalarına telefonla ziyaret teklif edilmelidir.<sup>39,40</sup>

Kanserli hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinde onkoloji hemşireleri büyük rol oynamakta ve sağlık profesyonelleri arasında en büyük grubu oluşturmaktadır. Onkoloji alanında tele-hemşirelik hizmetlerinin gelişmesi ve yaygınlaştırılması için bu müdahaleleri idari, finansal ve yasal açıdan destekleyecek politikalar geliştirilmelidir. Onkoloji hemşirelerine tele-hemşirelik ile ilgili bilgi, beceri ve tutumları kazandırabilmek için hizmet içi eğitimler planlanmalıdır. Hemşirelerin bu alanda yeterli donanıma sahip olabilmesi için tele-hemşirelik uzmanlık alanlarının, görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Alanda kanıta dayalı tele-hemşirelik çalışmalarının yapılması ve bunların paylaşılması eksiklerin giderilmesine yardımcı olacak ve sonraki çalışmalara yol gösterecektir. Ülkemizde tele-hemşirelik sınırlı sayıda araştırma ve uygulamalar ile gelişme kaydedecek bir alanı teşkil etmekle birlikte ilerleyen yıllarda gözde bakım hizmetleri arasında yerini alması beklenmektedir.

### **Finansman**

Bu araştırma için, kamu, ticari veya kar amacı gütmeyen sektörlerdeki finansman kuruluşlarından belirli bir destek alınmadı.

### **Çıkar Çatışması Beyanı**

Yazar, çıkar çatışması olmadığını beyan ederim.

### **Kaynaklar**

1. Nayeri ND, Bakhshi F, Khosravi A, Najafi Z. The effect of complementary and alternative medicines on quality of life in patients with breast cancer: a systematic review. *Indian J Palliat Care*. 2020 Jan-Mar;26(1):95-104. doi: 10.4103/IJPC.IJPC\_183\_19.
2. ASCO. The state of cancer care in America. [İnternet]. October, 2014.[Erişim tarihi:12.11.2022]. Erişim adresi: [www.asco.org/practice-research/cancercare-america](http://www.asco.org/practice-research/cancercare-america)
3. GLOBOCAN. Cancer today. [İnternet]. 2020. [Erişim tarihi:15.11.2022]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/>
4. TÜİK. Ölüm nedeni istatistikleri. [İnternet]. 2019.[Erişim tarihi: 03.11.2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olumve-Olum-Nedeni-Istatistikleri2019-33710>
5. WHO. E-health in the western pacific. [İnternet]. 2016. [Erişim tarihi:07.11.2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/e-health>
6. COSA. Teleoncology Guidelines Working Group: Clinical Practice Guidelines for Teleoncology. Sydney, Australia, Clinical Oncological Society of Australia. 2022. [21.11.2022]. Erişim adresi : <https://wiki.cancer.org.au/australia/COSA:Teleoncology>.
7. Rico TM, Dos Santos Machado K, Fernandes VP, Madruga SW, Santin MM, Petrarca CR. et al. Use of text messaging (sms) for the management of side effects in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *J Med Syst* 2020 Sep 30;44(11):193. doi: 10.1007/s10916-020-01663-x.
8. Uysal B, Uluslan E. Güncel dijital sağlık uygulamalarının incelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi* 2020;1(1):46-60.

9. T.C. Sağlık Bakanlığı. E-nabız Hakkında 2016/6 Sayılı Genelge. [İnternet] 2017. [Erişim tarihi: 05.11.2022]. Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/820/0/genelge20166pdf.pdf>
10. Holtz BE. Patients perceptions of telemedicine visits before and after the coronavirus disease 2019 pandemic. *Telemed J E Health*. 2021;27(1):107-12. doi: 10.1089/tmj.2020.0168
11. Gönderen HŞÇ, Kapucu S. The effect of educational follow-Up with the motivational interview technique on self-efficacy and drug adherence in cancer patients using oral chemotherapy treatment: a randomized controlled trial. *Semin Oncol Nurs*.2021;37(2), 151140.doi: 10.1016/j.soncn.2021.151140
12. Kawaguchi T., Toyomasu K. Health informatics: translating information into innovation innovation of community-based integrated care. *Innovation of community-based integrated care: the history and current status of telenursing in Japan*. Springer. 2021; 24: 25- 35.
13. DeGuazman PB, Horton BJ, Bernacchi V, Jameson MJ. A telemedicine-delivered nursing intervention for cancer-related distress in rural survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2022 Aug 18;49(5):455-460. doi: 10.1188/22.ONF.455-460
14. Cox A, Lucas G, Marcu A, Piano M, Grosvenor W, Mold F. et al: Cancer survivors' experience with telehealth: a systematic review and thematic synthesis. *J Med Internet Res*.2017 Jan 9;19(1):e11 2017.doi: 10.2196/jmir.6575
15. Barlow J, Singh D, Bayer S, Curry R. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *J Telemed Telecare*. 2007;13(4):172-9. doi: 10.1258/135763307780908058
16. Souza-Junior VD, Mendes IAC, Mazzo A, Godoy S. Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review. *Appl Nurs Res*. 2016 Feb;29:254-60. doi: 10.1016/j.apnr.2015.05.005. Epub 2015 May 20.
17. Finkelstein S, Speedie SM, Potthoff S. Home telehealth improves clinical outcomes. *Telemed J E Health*.2006;12(2):128-36. doi: 10.1089/tmj.2006.12.128.
18. Larson JL, Rosen AB, Wilson FA. The effect of telehealth interventions on quality of life of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Telemed J E Health*. 2018 Jun;24(6):397-405. doi: 10.1089/tmj.2017.0112.
19. Jess M, Timm H, Dieperink KB: Video consultations in palliative care: A systematic integrative review. *Palliat Med*. 2019 Sep;33(8):942-958. doi: 10.1177/0269216319854938
20. Auret K, Pikora T, Pola M: Specialist haematology consultation services in regional Western Australia: evaluating a model combining telehealth and onsite clinics. *Intern Med J*. 2022; 52(3):451-457. doi: 10.1111/imj.15127.
21. Moradian S, Voelker N, Brown C, Liu G, Howell D. Effectiveness of Internet-based interventions in managing chemotherapy-related symptoms in patients with cancer: A systematic literature review. *Support Care Cancer*. 2018 Feb;26(2):361-374. doi: 10.1007/s00520-017-3900-8
22. Karaaslan EA, Ayaz AS. The effect of a mobile application on treatment adherence and symptom management in patients using oral anticancer agents: A randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Jun;52:101969. doi: 10.1016/j.ejon.2021.101969. Epub 2021 May 4.

23. Kwok C, Degen C, Moradi N, Stacey D. Nurse-led telehealth interventions for symptom management in patients with cancer receiving systemic or radiation therapy: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2022 Sep;30(9):7119-7132. doi: 10.1007/s00520-022-07052-z.
24. Linder LA, Wu YP, Macpherson CF, Fowler B, Wilson A, Jo Y. et al. Oral medication adherence among adolescents and young adults with cancer before and following use of a smartphone-based medication reminder app. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2019 Apr;8(2):122-130. doi: 10.1089/jayao.2018.0072
25. Humer MF, Campling BG: The role of telemedicine in providing thoracic oncology care to remote areas of British Columbia. *Curr Oncol Rep.* 2017 Aug;19(8):52. doi: 10.1007/s11912-017-0612-7.
26. Ream E, Hughes AE, Cox A, Skarparis K, Richardson A, Pedersen VH. Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Jun 2;6(6):CD007568. doi: 10.1002/14651858.CD007568.pub2
27. Xu A, Wang Y, Wu X: Effectiveness of e-health based self-management to improve cancer-related fatigue, self-efficacy and quality of life in cancer patients: systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2019 Dec;75(12):3434-3447. doi: 10.1111/jan.14197.
28. Wang Y, Lin Y, Chen J, Wang C, Hu R, Wu Y et al: Effects of internet-based psycho-educational interventions on mental health and quality of life among cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer.* 2020 Jun;28(6):2541-2552. doi: 10.1007/s00520-020-05383-3.
29. Ebrahimabadi M, Rafiei F, Nejat N. Can tele-nursing affect the supportive care needs of patients with cancer undergoing chemotherapy? A randomized controlled trial follow-up study. *Support Care Cancer.* 2021 Oct;29(10):5865-5872. doi: 10.1007/s00520-021-06056-5. Epub 2021 Mar 23
30. Jagos H, David V, Haller M, Kotzian S, Hofmann M, Schlossarek S. et al. A framework for (tele-) monitoring of the rehabilitation progress in stroke patients. *Appl Clin Inform.* 2015; 6(4):757–68 doi: 10.4338/ACI-2015-03-RA-0034.
31. Torous J, Wisniewski H, Liu G, Keshavan M. Mental health mobile phone app usage, concerns, and benefits among psychiatric outpatients: comparative survey study. *JMIR Ment Health* 2018;5(4):e11715. doi: 10.2196/11715
32. Shore JH, Yellowlees P, Caudill R, Johnston B, Turvey C, Mishkind M. et al. Best practices in video conferencing-based telemental health april 2018. *Telemed J E Health,* 2018;24(11):827-32. doi: 10.1089/tmj.2018.0237
33. Lam K, Lu AD, Shi Y, Covinsky KE. Assessing telemedicine unreadiness among older adults in the united states during the COVID-19 pandemic. *JAMA Intern Med.* 2020 Oct 1;180(10):1389-1391. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.2671
34. Baldwin-Medsker A, Holland J, Rodriguez ES: Access to care: Using eHealth to limit location-based barriers for patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs.* 2020 Jun 1;24(3):16-23. doi: 10.1188/20.CJON.S1.16-23.
35. Dharmarajan H, Anderson JL, Kim S, Sridharan S, Duvvuri U, Ferris RL. et al. Transition to a virtual multidisciplinary tumor board during the COVID-19 pandemic: University of Pittsburgh experience. *Head Neck.* 2020 Jun;42(6):1310-1316. doi: 10.1002/hed.26195
36. DeGuzman PB, Bernacchi V, Cupp CA, Dunn B, Ferree Ghamandi BJ, Hinton ID. et al: Beyond broadband: Digitalinclusion as a driver of inequities in accessto rural cancer care. *J Cancer Surviv.* 2020 Oct;14(5):643-652. doi: 10.1007/s11764-020-00874-y

37. Uslu AS, Gerber S, Schmidt N, Röthlisberger C, Wyss P, Vanbellinggen T. et al. Investigating a new tablet based telerehabilitation in aphasia: a randomised, controlled, evaluator-blinded, multicentre trial protocol, *BMJ Open* 2020;10:e037702
38. Arber, A, Odelius A, Williams P, Lemanska A, Faithfull S. Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? A mixed methods study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017 Mar;26(2). doi: 10.1111/ecc.12413
39. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z. et al: Clinical course and risk factors formortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study, *Lancet*. 2020 Mar 28;395(10229):1054-1062.doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3
40. Escriva Boulley G, Leroy T, Bernetière C, Paquienseguy F, Desfriches-Doria O. Digital health interventions to help living with cancer: A systematic review of participants engagement and psychosocial effects. *Psychooncology*. 2018 Dec;27(12):2677-2686. doi: 10.1002/pon.4867.