

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
DERGİSİ**

Cilt: 25

Sayı: 1

2009

HYO

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU DERGİSİ

Cilt 25, Sayı 1

2009

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Gülümser ARGON
Hemşirelik Yüksek Okulu Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (Başkan)
Prof. Dr. Gülümser ARGON
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL
Doç. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Olcay ÇAM (Editör)
Prof. Dr. Leyla KHORSHID (Editör Yrd)
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN
Prof. Dr. Aynur ESEN
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY
Doç. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi
Bornova – İzmir

Baskı Tarihi

Ocak 2010

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (EÜHYO) tarafından
yılda üç sayı/bir cilt olarak yayınlanır.

HAKEMLİ DERGİ

AÇIKLAMALAR

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

Yayın Türleri

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

Yayın Hakları

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

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ
DERGİ HAKEM KURULU

PROFESÖRLER

AKBAYRAK Nalan
AKDEMİR Nuran
AKSOY Güler
AKYOLCU Neriman
ALGIER Lale
ARGON Gülümser
ARSLAN Hediye
AŞTI Nesrin
AŞTI Türkinaz
BAHAR Zuhâl
BAŞBAKKAL Zümrüt
BAYIK TEMEL Ayla
BAYRAKTAR Nurhan
BEDÜK Tülin
BULDUKOĞLU Kadriye
BUZLU Sevim
ÇAM Olcay
ÇAVUŞOĞLU Hicran
ÇİMETE Güler
DIRAMALI Alev
DOĞAN Selma
ENÇ Nuray
ERDİL Fethiye
ERDOĞAN Semra
EROĞLU Kafiye
ESEN Aynur
EŞER İsmet
ETİ ASLAN Fatma
FADİLOĞLU Çiçek
GÖKDOĞAN Feray
GÖRGÜLÜ Selma
GÖZÜM Sebahat
HATİPOĞLU Sevgi
KANAN Nevin
KARADAKOVAN Ayfer
KARANİSOĞLU Hacer
KARATAŞ Nimet
KHORSHİD Leyla

KIZILKAYA BEJİ Nezihe
KOCAMAN Gülseren
KÖMÜRÇÜ Nuran
NAHÇIVAN Nursen
OCAKÇI Ayşe
OKUMUŞ Hülya
OLGUN Nermin
ÖZ Fatma
ÖZBAŞARAN Ferda
ÖZHAN ELBAŞ Nalan
ÖZSOY Süheyla
PASİNLİOĞLU Türkan
PEK Hatice
PINAR Rukiye
SABUNCU Necmiye
SAVAŞER Sevim
SEVİĞ Ümit
SEVİL Ümran
ŞİRİN Ahsen
TAŞOCAK Gülsün
ULUSOY Filiz
ÜSTÜN Besti
YILDIRIM Aytolon

DOÇENTLER

ABAAN Süheyla
AKYOL Asiye
ÇELİK Sevilay
DİNÇ Leyla
ECEVİT ALPAR Şule
EMİROĞLU Oya Nuran
ERCİ Behice
ERDEMİR Firdevs
KARADAĞ Ayişe
KARADENİZ Gülten
UÇAR Hülya
TERZİOĞLU Füsün
YAVUZ Meryem
YILDIZ Suzan

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- Psikiyatri Hemşireliği Eğitimini Değerlendirme Formu'nun Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliliği
Validity and Reliability of "The Evaluation Form of the Psychiatric Nursing Training" Turkish Version
Leyla BAYSAN ARABACI, Olcay ÇAM..... 1-12
- Hemşirelik Öğrencilerinin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi İçin Eğitim Materyali Hazırlamaları ve Yaptıkları Eğitimin Değerlendirilmesi
Evaluation of The Preoperative Patient Education and The Educational Materials Prepared by The Students in The School of Nursing
Sultan ÖZKAN, Meryem YAVUZ..... 13-23
- Prematüre Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi
Determination of Knowledge Levels Related to Infant Care of Mothers Who Have Prematüre Infant
Sibel AKDUMAN, Gül ERTEM..... 25-36
- Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Beceri ve İletişim Beceri Düzeyleri İle Bireysel Özellikleri Arasındaki İlişki
The Relations Between Levels Of Emphatic Skills, Communication Skills and Individual Characteristics of Nursing Students
Emel YILMAZ, Sultan ÖZKAN..... 37-50
- "Sağlık İnanç Modeli" Yaklaşımı İle Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi
Developing a Valid and Reliable Instrument to Examine Attitudes Toward Early Diagnosis of Cervical Cancer by Using "Helath Belief Model" Approach
Dilek ÖZMEN, Süheyla ÖZSOY..... 51-69
- Kanseri Hastaya Evde Bakım Veren Yakınlarının semptom Kontrolüne İlişkin Yeterliliklerinin İncelenmesi
Examination of the Adequacy of Symptom Control at Home by Family Caregivers of Cancer Patients
Figen OKÇİN, Ayfer KARADAKOVAN..... 71-79
- Çocuklarda Fiziksel Tespit Uygulamaları
Physical Restraint Practices to Children
Figen OKÇİN, Rabia EKTİ GENÇ, Birsen EROĞLU, Selmin ŞENOL,
Ayşe SAN TURGAY, Ayşe İSLAMOĞLU..... 81-86
- Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam kalitesi ve Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi
Evaluation of Quality of Life and the Power of Self-Care in Hemodialysis Patients
Rabia HACIHASANOĞLU, Arzu YILDIRIM..... 87-100

Derleme Yazılar

- Yenidoğanda Ağrının Değerlendirilmesi
Pain Evaluation in Newborn
Seher SARIKAYA KARABUDAK, Hatice BAL YILMAZ..... 101-106

- Oral Antikoagölan Tedavi Alan Hastaların Perioperatif Hemşirelik Yönetimi
Perioperative Nursing Management of Patients Receiving Oral Anticoagulation Therapy
Emel YILMAZ..... 107-118
- Anoreksiya/Bulimiya Nevroza ve Hemşirelik Yönetimi
Anorexia/Bulimia Neuroza and Nursing Management
Emel BAHADIR..... 119-128

Editörden Okura,

Değerli Okuyucularımız,

Dergimizin yayın kalitesinde her yıl yükselme olmaktadır. Önümüzdeki yıllarda daha kaliteli bir dergi olarak, gireceği indekslerin kalitesinin yükselebilmesi için dergimizde çıkan makalelere, özellikle SSCI indekslerinde yer alan yayınlarınızda atıflarınızın artması önemli olmaktadır. Özellikle SSCI yayınlarınızda dergimizdeki makalelerden kaynaklar göstermenizi bekliyoruz. 2009'un bu ilk sayısında 8 araştırma, 3 derleme makale olmak üzere 11 bilimsel makale yer almaktadır. Makalelerin konu çeşitliliği ve içeriğinin zenginliği hemşirelik mesleğindeki gelişimin hızla devam ettiğinin göstergesidir. Bu, gelecek nesillere mevcut bilgi birikiminin yazılı aktarımıdır. Emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, enerjilerine enerji katılması dileğiyle, sevgi ve saygılarımı sunarım.

**Prof. Dr. Olcay ÇAM
EDİTÖR**

**m.olcay.cam@ege.edu.tr
olcaycam@yahoo.com**

İletişim Mail Adresi:
Özen DURAKOĞLU
ozen.durakoglu@ege.edu.tr

Posta Adresi: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİNİ DEĞERLENDİRME FORMU' NUN
TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

VALIDITY AND RELIABILITY OF "THE EVALUATION FORM OF THE
PSYCHIATRIC NURSING TRAINING" TURKISH VERSION

Araş. Gör. Leyla BAYSAN ARABACI

Prof. Dr. Olcay ÇAM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
35100 Bornova - İZMİR

ÖZET

Bu araştırmada, öğrenci hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışmak için hazır olma düzeyine ilişkin algılarını ve aldıkları dersle ilişkin görüşlerini ölçen soru formu'nun Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir. Wynaden ve Popescu tarafından 1999 yılında Avustralya'da geliştirilen ve 18 maddeden oluşan form İzmir ilinde, hemşirelik eğitimi veren üç yüksekokulda öğrenim gören 220 öğrenciye uygulanmıştır. Elde edilen veriler üzerinden faktör analizi çalışması yapılmıştır. Faktör analizleri sonucunda 18 maddeden oluşan ve toplam değişkenliğin %53.25'ini açıklayan üç faktör elde edilmiştir. Soru formunun toplam puanda iç tutarlılık (yarıya bölme [split-half] ve Cronbach Alfa [$\alpha=0.82$]) güvenilirliğine sahip olduğu belirlenmiştir. Formun madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde, 4., 8. ve 17. maddelerin dışındaki tüm maddelerin toplam puanla yeterli düzeyde ve pozitif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($p<0.01$). İngilizce'den Türkçe'ye uyarlanan "Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme Formu (PHEDF)"nun alanda kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hemşireliği, eğitim, geçerlik, güvenilirlik

ABSTRACT

In this research, the validity and the reliability of the question form which measures the nursing students' level of being ready for working on the patients who have mental illnesses and their opinions about their lessons was tested. The form which was worked up by Wynaden and Popescu in 1999 and which consisted of 18 clauses was applied 220 students who are attending to three colleges giving nursing education in Izmir. As the result of the factor analysis, three factors consisting of 18 clauses and defining 53.25% of the total amount of variability were achieved. It was defined that the question form has inner coherence (split-half and Cronbach Alfa [$\alpha=0.82$]) and reliability. When the total point correlations of the form were examined, it was determined that all the clauses have sufficient and positive correlation with total point, except the clauses

4, 8 and 17 ($p<0.01$). It was determined that "The Evaluation Form of The Psychiatry Nursing Training (EFPNT)", which was adapted from English to Turkish, was a valid and reliable material that can be used in this area.

Key Words: Psychiatric nursing, training, validity, reliability

GİRİŞ

Son yıllarda, dünyada ve ülkemizde sağlık alanında ve sisteminde hızlı değişimler yaşanmaktadır. Bu hızlı değişimler de, sağlık alanında hizmet veren lisans düzeyindeki okulların müfredatlarında değişimlere sebep olmaktadır. Ayrıca, sağlık profesyoneli yetiştiren bu okulların eğitimlerinde, ulusal ve uluslararası düzlemde geliştirilen çeşitli misyonlar doğrultusunda birçok reform gerçekleştirilmektedir (McAleer ve ark 1998).

Ülkemizde hemşirelik yüksekokulları ve bu okullarda yürütülen eğitimler de, böyle bir hızlı değişim düzleminde yer almaktadır. Bu sebeple, farklı çerçevelerde değişik yüksekokullarda çeşitli eğitim programları (probleme dayalı öğretimi, entegre eğitim, klasik eğitim gibi) yürütülmektedir. Ancak, yürütülen bu eğitimlerin öğrenciler tarafından nasıl algılandığı ve onlar üzerinde ne derece etkili olduğu yönünde çok sayıda çalışma yer almamaktadır. Öğrenci hemşirenin aldığı eğitimin, öğrenme motivasyonu, çalışma performansı ve gelecekteki mesleki iş doyumunu üzerinde belirleyici olduğu (Vanhanen and Janhonen 2000) gerçeği düşünüldüğünde, yürütülen eğitimin, öğrenciler tarafından nasıl değerlendirildiğinin önemi daha anlaşılır olacaktır. Bu değerlendirme, öğrenci hemşirelerin, aldıkları dersle ilişkin görüşlerini ölçen güvenilir bir araçla kolaylıkla yapılabilir.

Bu anlamda psikiyatri hemşireliği alanında yürütülen eğitimin değerlendirilmesi çok daha özel bir anlam içermektedir. Çünkü, yapılan birçok çalışma göstermektedir ki; gerek ruh sağlığı alanında çalışanlara yönelik, gerek ruh sağlığı bakımı alanlara yönelik ve gerekse ruh sağlığı hizmetinin sunulduğu çevreye yönelik negatif tutum ve inanışlardan dolayı, psikiyatri hemşireliği, mezun hemşirelerin geleceğe yönelik seçimlerinde ya yer almamakta ya da tercih sıralamasında sonlarda yer almaktadır (Aydın ve ark 2003; Happell 1999; Martin and Happell 2001; Rushworth and Happell 2000). Bu sonuç, psikiyatri hemşireliği alanında yürütülen eğitim programlarının içeriklerinin, bu negatif tutum ve inançlar üzerinde değişim yaratabilecek düzeyde kapsamlı ve etkili olması gerekliliğini ayrıca vurgulamaktadır. Bu gerekliliğin, öğrenci hemşirelere verilen eğitimlerle ne derece sağlandığını ölçmenin bir yolu ise, eğitimi alan kişiler tarafından yapılan değerlendirmelerdir.

Bu çerçeveden bakıldığında, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersini alan öğrenci hemşirelerin, üniversite/yüksekokul tarafından hazırlanan ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği konusundaki eğitim

içeriğini nasıl algıladıklarını değerlendiren bir ölçme aracına gereksinim olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, Wynaden ve Popescu tarafından, 1999 yılında öğrenci hemşirelerin, psikiyatri hemşireliği konusunda aldıkları eğitimi, eğitimin verildiği zaman, teorik ile uygulama arasındaki uyumu sağlama, psikiyatri hemşireliğine ve psikiyatri hastasına bakış açısını değiştirme, alanda çalışabilecek yeterliliği ve hazıroluşu sağlama gibi konularda, nasıl değerlendirdiklerini belirlemek amacıyla bir form (Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme Formu (PHEDF)) geliştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, bu formun, geçerlik ve güvenilirliğini Türkiye örnekleminde ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, öğrenci hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışmak için hazır olma düzeyine ilişkin algılarını ve aldıkları derse ilişkin görüşlerini ölçmek amacıyla geliştirilen “Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme Formu”nun Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilmiş metodolojik bir araştırmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 2007 yılında İzmir ilinde hemşirelik eğitimi veren üç yüksekokulda öğrenim gören ve ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin teorik ve pratiğini tamamlayan tüm öğrenciler (N=270) oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden 220 öğrenci ile yürütülmüş ve böylece evrenin % 81’ine ulaşılmıştır.

Çalışma grubunu oluşturan sayının belirlenmesinde, literatürde yer alan “ölçek çalışmalarında örneklem hacmi her bir ölçek maddesinin 5-10 katı olmalıdır” (Tavşancıl 2006) önerisi dikkate alınmıştır. “Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme Formu”nun madde sayısı 18’dir. 220 öğrenci ile önerilen örneklem hacmine ulaşılmıştır.

Araştırma verileri, Ocak-Haziran 2007 tarihleri arasında, öz bildirim dayalı olarak toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, “Tanıtıcı Bilgi Veri Formu ve “Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme Formu” kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Veri Formu: araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan form, yaş, cinsiyet, mezun olunan okul, hemşirelik mesleğini seçme nedeni, hemşire olarak çalışıp çalışmama, mezun olduktan sonra çalışmak istenilen alan gibi bilgileri içeren, açık ve kapalı uçlu olmak üzere 13 sorudan oluşmaktadır.

Psikiyatri Hemşireliği Eğitimini Değerlendirme Formu (PHEDF): Form, Wynaden ve Popescu tarafından 1999 yılında Avustralya’da geliştirilmiştir. Bu form, öğrenci hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışmak için hazır olma düzeyine ilişkin algılarını ve aldıkları derse ilişkin görüşlerini ölçen toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Form beşli likert tipi hazırlanmıştır. İfadelerin her birine katılıp katılmama durumuna göre her madde “kesinlikle katılmıyorum (1)”..... “kesinlikle katılıyorum(5)” şeklinde değerlendirilmektedir. Formdaki ifadelerin tümü olumlu olup, olumsuz ifade bulunmamaktadır. Formdan elde edilecek en yüksek puan “90”, en düşük puan “18”dir. Yüksek puan, öğrenci hemşirelerin psikiyatri hemşireliği konusunda aldıkları eğitime ilişkin olumlu görüşlerini göstermektedir (Wynaden & Popescu 1999)

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın planlama aşamasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Komitesi’nden yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü Hemşirelik Yüksekokulları’nın yöneticilerinden ve ilgili anabilim dalı başkanlarından telefonla gerekli uygulama izinleri ve araştırmaya katılan öğrencilerden sözlü olarak onam alınmıştır.

PHEDF’nun Türkçe’ye Çevrilmesi

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından dolayı o ölçeğin doğasını değiştirir. Farklılıkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, ölçeğin yeni bir kültüre uyarlanması temeli oluşturur (Aksayan ve Gözüm 2002; Ergül ve Bayık-Temel 2007). Bu bilgi kapsamında, PHEDF’nun dil çevirisi için, öncelikle Wynaden’den elektronik posta ile izin alınmıştır. Ardından, iki hemşire öğretim üyesi tarafından ayrı ayrı İngilizce’den Türkçe’ye çevrilmiştir. Daha sonra araştırmacılar tarafından bu çeviriler değerlendirilerek, ölçeğin Türkçe’si düzenlenmiştir. Bu düzenlemede, ölçeğin orjinalliğinden sapmamaya özen gösterilmiştir. Bu form, bir uzman tarafından tekrar İngilizce’ye çevrilmiştir. Bu çeviri araştırmacılar tarafından özgün dildeki aslı ile karşılaştırılarak, formun maddeleri yeniden düzenlenmiş ve böylece ölçeğe son şekli verilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS programında kodlanarak, Ege Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği Bioistatistik Bölümü’nde bir uzman tarafından değerlendirilmiştir.

Tanıtıcı bilgilerin sayı-yüzde dağılımları yapılmıştır. Güvenirlik sınaması için iç tutarlılık testleri; bölünmüş ölçek (Split-Half) çözümlenmesi Spearman-Brown Coefficient), Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan korelasyonu ile yapılmıştır. Geçerlik kapsamında, yapı geçerliği için faktör çözümlenmesi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %55.0'i 23-25 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 22.80 ± 1.24 'dir. % 99'u kız olan öğrencilerin, % 81'i 4.sınıfta ve yarısından fazlası (%54) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim görmektedir.

Öğrencilerin % 46'sı hemşireliği kendi isteği ile seçtiğini ve %29'u mezun olduktan sonra psikiyatri hemşiresi olarak çalışabileceğini ifade etmiştir.

Demir ve Gökdoğan (2001) tarafından, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu'nda yapılan "Öğrencilerin Psikiyatri Hemşireliği Dersini Değerlendirmesi" konulu çalışmada da, öğrenci hemşirelerin %40'ı mezuniyet sonrası psikiyatri servisinde çalışmak istediklerini belirtmişlerdir (Demir ve Gökdoğan 2002).

Araştırmaya katılan öğrencilerin, %52'si klinik uygulama için, psikiyatri hemşireliğine ilişkin teorik bilgisini yeterli bulmadığını belirtmiştir.

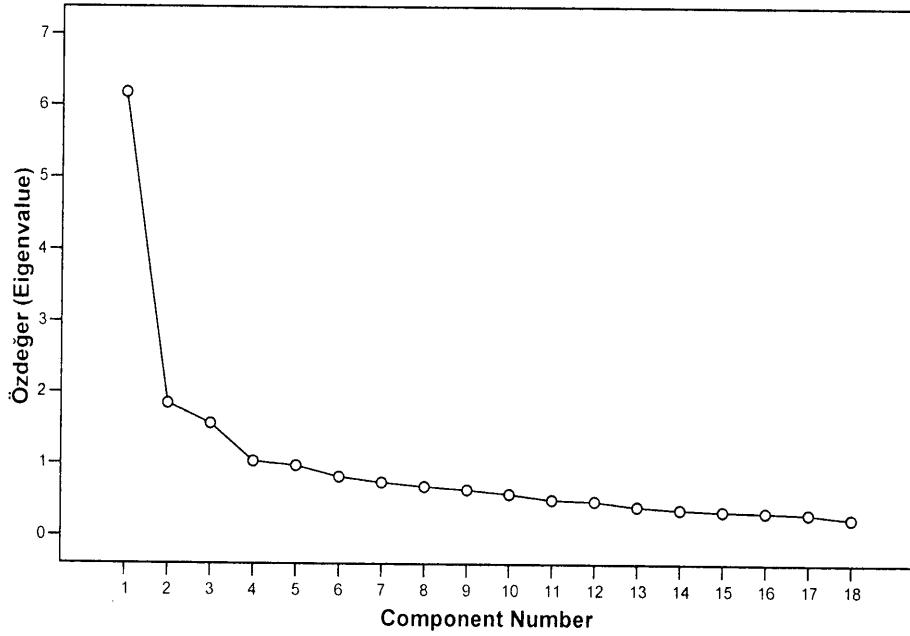
PHEDF'nun Geçerlik Analizleri

Formun geçerlik analizi için yapı geçerliği analizi kullanılmıştır. Yapı geçerliği bir yandan ölçme aracının ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu, diğer yandan ölçeğin uygulandığı kişilerin aldığı puanların ne anlama geldiğini araştırır (Aksayan ve ark. 2002).

Formun yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi için denek sayısı çok önemli bir etkidir. Az sayıda denekten elde edilen ölçümlere dayanarak yapılan faktör analizi sonuçları yanıltıcı olabilir. Ölçme aracı geliştirme çalışmalarında, faktör analizi yapabilmek için örneklem sayısının, ölçek madde sayısının 10 katından az olmaması gerekir (Akgül 1997; Hovardaoğlu 2000; Tavşancıl 2006). Barlett testi sonucu 1515.63 değeri ve $P < 0.01$ düzeyi ile Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem değeri 0.88 olarak gerçekleşmiştir. KMO değeri 0.60-0.69 arası "orta", 0.70-0.79 arası "iyi" ve 0.80-0.89 arası "çok iyi" ve 0.90-1.00 arası "mükemmel" olarak değerlendirilmektedir (Ergül ve Bayık-Temel 2007; Özdamar 2004). Bu anlamda araştırmada örneklem büyüklüğü oldukça iyidir.

Özgün çalışmada faktör yapısına bakılmamakla birlikte, bu çalışmada, ölçeğin yapı geçerliliğini sınamak amacıyla, temel bileşenler yöntemi (Principal Component Analiz) ve varimaks eksen döndürme yöntemi kullanılarak faktör analizi yapılmıştır (Büyüksahin 2005). Analiz sonucunda, özdeğeri 1'in üzerinde olan 4 faktör bulunmuştur. Ancak, 2. 3. ve 4. faktör grubunda sadece birer madde yer almış olması nedeniyle, yamaç eğilim grafiği incelenmiştir (Şekil 1). Yamaç eğilim grafiği ve yorumlanabilme durumu temel alınarak faktör çözümlemesi üçlü olarak tekrar sınanmıştır. Buna göre, maddelerin toplandığı alanlar ve faktör yüklerine göre en uygun çözümlemenin üç faktörlü yapı olduğuna karar verilmiştir.

Yamaç Eğim Testi (Scree Plot)



Şekil 1: PHEDF Faktör Analizi Yamaç Eğim Grafiği

Tablo 1'de görüldüğü gibi faktörlerden birincisi varyansın %25.86'sından, ikincisi %16.85'inden, üçüncüsü %10.54'ünden sorumludur. Faktörlerin tümü birden varyansın %53.25'ini açıklamaktadır ve bu faktörlerin varimax rotasyonu sonrasındaki örüntüleri, özdeğerleri ve açıkladıkları varyanslar Tablo 1'de gösterilmiştir. Her bir faktör altında görülen maddeler içerik bakımından incelendiğinde, birinci faktörün "önemlilik ve değerlilik", ikinci faktörün "yeterlilik ve güven", üçüncü faktörün ise "eşitlik" şeklinde adlandırılabilenği görülmektedir.

Tablo 1: PHGİF'nun Döndürülmüş (Varimax) Temel Bileşenler Analizi Sonuçları

Faktörler	Maddeler	Öz Değeri	Açıkladığı Varyansın Yüzdesi	Faktör Yüğü
Faktör 1	2			0.55
	5			0.75
	6			0.70
	7			0.62
	9	6.18	25.86	0.72
	10			0.76
	11			0.74
Faktör 2	13			0.73
	12			0.45
	14			0.81
	15	1.85	16.85	0.73
	16			0.82
Faktör 3	18			0.74
	1			0.59
	3			0.64
	4	1.56	10.54	0.36
	8			0.56
	17			0.61

Tablo 1'de de görüldüğü üzere, birinci faktörde 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13. maddeler, ikinci faktörde 12, 14, 15, 16, 18. maddeler ve üçüncü faktörde 1, 3, 4, 8, ve 17. maddeler daha yüksek değerler almışlardır. Birinci faktörde yer alan altı maddenin yük değerleri .55 - .76 arasında, ikinci faktörde yer alan beş maddenin yük değerleri .45 - .82 arasında ve üçüncü faktörde yer alan beş maddenin yük değerleri .36-.64 arasında değişmektedir. Faktör gruplarının iç tutarlık katsayıları incelendiğinde, birinci faktör grubunun Cronbach α değeri 0.87, ikinci faktör grubununki 0.81 ve üçüncü grubunki ise 0.21'dir.

Faktörlerin açıkladığı varyanslar ve faktörler altında yer alan maddelerin içerikleri incelendiğinde ölçeğin hem faktörlü, hem de tek boyutlu olarak kullanılabileceği görülmektedir.

PHEDF'ndaki her maddenin toplam puanla korelasyonları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Formda 17. maddenin dışındaki her madde için elde edilen korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olması o maddelerin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu göstermektedir. 17. madde dışındaki maddelerin korelasyon katsayıları 0.21 ile 0.68 arasında ve $p=0.001$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$, Tablo 2). 17. madde dışındaki tüm maddeler toplam puanla yeterli düzeyde korelasyon göstermektedir.

Tablo 2: PHEDF'nun Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları

Maddeler	MaddeToplam Puan Korelasyonları	
	r	p
1. Üniversite programında verilen tüm dersler ruh sağlığı konularının kapsamlı bilgilerini içerecek şekilde verilir.	0.50	0.00 *
2. Ruh sağlığı / psikiyatri hemşireliği kavramları, üniversite programındaki her klinik ortamda uygulanabilir.	0.51	0.00 *
3. Ruh sağlığı / psikiyatri hemşireliği ve genel hemşirelik kavramları, üniversite programında eşit olarak vurgulanır.	0.44	0.00 *
4. Üniversite programı, beni genel hemşirelik alanlarında (dahiliye, cerrahi hemşireliği gibi) yeni bir pratisyen olarak çalışmak için hazırlar	0.41	0.00 *
5. Ruh sağlığı / psikiyatri hemşireliği üniversite programının önemli bir bölümüdür.	0.55	0.00 *
6. Ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği kavramları üniversite programının teorik bölümü ile bütünleşir.	0.56	0.00 *
7. Hemşirelik dersleri, ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği dersleri ve kavramları hakkındaki çağdaş bilgiye göre düzenlenir.	0.60	0.00 *
8. Üniversite programındaki derslerin ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği üzerine vurgulanması azdır.	0.10	0.00 *
9. Klinik ortamda bulunmam sırasındaki etkilerin ardından, ruhsal hastalığı olan insanlara karşı tutumum pozitif yönde değişti.	0.55	0.00 *
10. Üniversite programında, ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği üzerinde durulması, bu alanın hemşirelikte yüksek düzeyde özelleşmiş bir alan olduğuna inanmama yol açtı.	0.62	0.00 *
11. Üniversite programındaki genel hemşirelik alanları üzerine olan vurgulama, hemşireliğin, yüksek düzeyde özelleşmiş bir alan olduğuna inanmama yol açtı.	0.55	0.00 *
12. Üniversite programındaki ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği kapsamı yeterlidir.	0.56	0.00 *
13. Ruhsal hastalığı olan insanlara karşı tutumum, üniversite programı boyunca pozitif yönde değişti.	0.61	0.00 *
14. Kendimi, bir pratisyen olarak, ruh sağlığı/psikiyatri klinik ortamlarında uygulama yapacak düzeyde yeterli hissediyorum.	0.52	0.00 *
15. Üniversite programım beni, ruh sağlığı/psikiyatri ortamlarında pratisyen olarak çalışmak için hazırlar	0.59	0.00 *
16. Ruhsal hastalığı olan insanlarla çalışacak kadar kendime güvenirim.	0.52	0.00 *
17. Ruh sağlığı/ psikiyatri hemşireliği uygulamalarında özelleşmiş üniteler (bölümler) üniversite programında oldukça geç veriliyor	0.15	0.30
18. Nasıl davranacağı belli olmayan tavırlar sergileyen insanlarla çalışma konusunda kendimden eminim.	0.32	0.00 *

Madde seçiminde kabul edilebilir korelasyon katsayısının 0.25'ten büyük olması önerilmektedir (Çimen ve ark. 2005; Ergül ve Bayık-Temel 2007; Tezbaşaran 1997). PHEDF'nun madde toplam puan korelasyonu incelendiğinde, 8. (Üniversite programındaki dersler ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği üzerine az vurgu yapar) ve 17. (Ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği uygulamalarında özelleşmiş üniteler (bölümler) üniversite programında oldukça geç veriliyor) maddelerin korelasyon

katsayılarının 0.25'den daha düşük olduğu ve 4. (Üniversite programı, beni genel hemşirelik alanlarında (dahiliye, cerrahi hemşireliği gibi) yeni bir pratisyen olarak çalışmak için hazırlar) ve 17. maddelerin ise toplam madde korelasyonu üzerinde negatif yönde bir etkisi olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile, bu maddelerin madde test korelasyon değerlerinin düşük olduğu ve bu üç (4.-8.-17.) madde çıkarıldığında PHEDF puan ortalamasının arttığı, yani formun iç tutarlılık katsayılarının yükseldiği saptanmıştır. Bu nedenle, bundan sonra formun kullanılacağı araştırmalarda, 4., 8. ve 17. maddelerin çıkarılmış şeklinin kullanılması uygun bulunmuştur.

Tablo 3: PHEDF'nun 2 Faktörlü Döndürülmüş (Varimax) Temel Bileşenler Analizi Sonuçları

Faktörler	Madde No	Maddeler	Madde Toplam Korelasyonu	Faktör Yüğü
Faktör 1	2	Ruh sağlığı / psikiyatri hemşireliği kavramları, üniversite programındaki her klinik ortamda uygulanabilir.	0.60	0.55
	5	Ruh sağlığı / psikiyatri hemşireliği üniversite programının önemli bir bölümüdür.	0.62	0.75
	6	Ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği kavramları üniversite programının teorik bölümü ile bütünleşir.	0.63	0.70
	7	Hemşirelik dersleri, ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği dersleri ve kavramları hakkındaki çağdaş bilgiye göre düzenlenir	0.67	0.62
	9	Klinik ortamda bulunmam sırasındaki etkilerin ardından, ruhsal hastalığı olan insanlara karşı tutumum pozitif yönde değişti.	0.62	0.72
	10	Üniversite programında, ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği üzerinde durulması, bu alanın hemşirelikte yüksek düzeyde özelleşmiş bir alan olduğuna inanmama yol açtı.	0.68	0.76
	11	Üniversite programındaki genel hemşirelik alanları üzerine olan vurgulama, hemşireliğin, yüksek düzeyde özelleşmiş bir alan olduğuna inanmama yol açtı..	0.62	0.74
	13	Ruhsal hastalığı olan insanlara karşı tutumum, üniversite programı boyunca pozitif yönde değişti.	0.67	0.73
		Cronbach $\alpha = 0.87$		
Faktör 2	12	Üniversite programındaki ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği kapsamı yeterlidir.	0.64	0.81
	14	Kendimi, bir pratisyen olarak, ruh sağlığı/psikiyatri klinik ortamlarında uygulama yapacak düzeyde yeterli hissetmekteyim.	0.60	0.73

	15	Üniversite programım beni, ruh sağlığı/psikiyatri ortamlarında pratisyen olarak çalışmak için hazırlar	0.66	0.82
	16	Ruhsal hastalığı olan insanlarla çalışacak kadar kendime güvenirim.	0.60	0.74
	18	Nasıl davranacağı belli olmayan tavırlar sergileyen insanlarla çalışma konusunda kendimden eminim.	0.41	0.45
		Cronbach $\alpha = 0.81$		
Faktör 3	1	Üniversite programında verilen tüm dersler ruh sağlığı konularının kapsamlı bilgilerini içerecek şekilde verilir.	0.60	0.59
	3	Ruh sağlığı/ psikiyatri hemşireliği ve genel hemşirelik kavramları, üniversite programında eşit olarak vurgulanır.	0.54	0.64
	4	Üniversite programı, beni genel hemşirelik alanlarında (dahiliye, cerrahi hemşireliği gibi) yeni bir pratisyen olarak çalışmak için hazırlar	0.30	0.36
	8	Üniversite programındaki dersler ruh sağlığı/psikiyatri hemşireliği üzerine az vurgu yapar	0.21	0.56
	17	Ruh sağlığı/ psikiyatri hemşireliği uygulamalarında özelleşmiş üniteler (bölümler) üniversite programında oldukça geç veriliyor	0.03	0.61
		Cronbach $\alpha = 0.21$		

PHEDF'nun Güvenirlilik Analizleri

Güvenirlilik, ölçme sonuçlarının farklı zamana ve koşullara karşı sahip olduğu tutarlılığı göstermektedir. Ayrıca, ölçme aracının verileri doğru topladığını ve yinelenebilir olduğunu gösterir (Kırcaali-İftar 1999).

Formun güvenirliliği iç tutarlılık testleri ile değerlendirilmiştir. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenirliliğine sahip olduğunu değerlendirebilmek için, ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir (Gözüm ve Aksayan 2003, Ergül ve Bayık-Temel 2007). Bu amaçla, PHEDF için bölünmüş ölçek çözümlemesinden (Split-Half/yarıya bölme yöntemi) yararlanılmıştır.

Yarıya bölme test güvenirlilik yöntemi, testin iki yarısına ilişkin varyansın eşit ya da çok yakın olması durumunda kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003, Ergül ve Bayık-Temel 2007). Bu yöntemde, ölçme aracının maddeleri iki eşit parçaya bölünerek, ölçüm sonuçları arasında korelasyon hesaplanır. Ölçme aracı ikiye bölündükten sonra, iki kısımdan alınan puanlar arasındaki korelasyon, ölçme aracının yarısının güvenirliliğini vereceği için, ölçme aracının bütününe ilişkin güvenirliliğinin tahmin edilmesi gerekir. Ölçme aracının bütününe ilişkin "Sperman-Brown Eşitliği"nden yararlanılır (Aksayan ve ark. 2002; Erkuş 2003; Gözüm ve Aksayan 2003; Hovardaoğlu 2000)

PHEDF'nun iç tutarlılığı için iki yarısına ilişkin varyans birbirine çok yakın olduğu için bölünmüş ölçek çözümlemesi sonuçları ve Cronbach Alfa formülleri değerlendirmeye alınmıştır. Bu değerlendirmeye göre; 9 maddeden oluşan birinci bölüm için alfa değeri 0.65, ikinci bölüm için 0.76'dır. İki yarı arasındaki korelasyon değerini gösteren eşdeğerlik katsayısı 0.59 olarak bulunmuştur. Formun bütününe ilişkin güvenilirliğin tahmin edilmesinde kullanılan Spearman-Brown katsayısı da 0.74 olarak saptanmıştır. İç tutarlılık kapsamında hesaplanan Cronbach α katsayısı ise 0.82'dir. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları yüksek olur. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır (Ergül ve Bayık-Temel 2007; Gözüm ve Aksayan 2003). Genellikle, bir ölçü aracının sahip olması gereken en düşük güvenilirlik düzeyi 0.70 (% 70) olarak kabul edilir. Alfa katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (Aksakoğlu 2006; Ergül ve Bayık-Temel 2007; Kırcaali-İftar 1999; Öner 1997; Tavşancıl 2006). Genellikle alfa katsayısı, "0.00-0.40" arası güvenilir değil, "0.40-0.60" arası düşük güvenilir, "0.60-0.80" arası oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arası yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Tavşancıl 2006) PHEDF'nin tamamı için elde edilen alfa katsayıları 0.80'in üzerindedir (α PHEDF = 0.82). Bu sonuç iç tutarlılık güvenilirliği için kabul edilebilir sınırlar içinde olup, formun yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Orijinal çalışmada değerlendirme formu olarak geliştirilmiş olan ölçeğin, geçerlik ve güvenilirlik analiz verileri (α , faktör yapısı gibi) yapılmamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri Hemşireliği Eğitimini Değerlendirme Formu (PHEDF) için belirlenen güvenilirlik ve geçerlik ölçütleri Türk toplumunda kullanılabileceğini göstermektedir. Geliştirilen formun, katılımcı sayısının çokluğu bakımından istatistiksel analizlerin gerektirdiği yeterlilikte olmasına karşın, katılımcı çeşitliliği açısından yeterli olmadığı söylenebilir. Bu nedenle, formun bundan sonra yapılacak çalışmalarda özellik bakımından birbirinden farklı olduğu önceden bilinen gruplar (farklı okullardaki, farklı kültürlerdeki gibi) arasındaki farka duyarlı olup olmadığını da incelenmesi önerilir.

Sonuç olarak, yapılacak çalışmalarda formun 4., 8. ve 17. maddeleri çıkarıldıktan sonraki şeklinin, formun geçerlik sağlaması için daha geniş ve çeşitli örneklem gruplarıyla tekrarlı ölçümlerle sınanmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir. Bu form kullanılarak, hemşire öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışmak için hazır olma düzeyine ilişkin algıları ve aldıkları derse ilişkin görüşleri belirlenebilir. Bu bilgilerden yararlanılarak, psikiyatri hemşireliği alanında yürütülen ders müfredatlarında düzenlemelere gidilebilir. Konunun niteliksel çalışmalarla da ayrıntılı olarak irdelenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Akgül A (2003) Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara, s. 440-446.
2. Aksakoğlu G (2006) Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. İkinci Basım, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi, İzmir, s. 84-100.
3. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A ve ark. (2002) Hemşirelikte Araştırma İlke Sürec ve Yöntemleri. İ Erefe (Ed), Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, 1. Baskı, Odak Ofset, İstanbul, s. 169-187.
4. Aydın N, Yiğit A, İnandı T, Kırpınar İ (2003) Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 49 (1): 17-26.
5. Büyükşahin A (2005) Çokboyutlu ilişki ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (2): 97-105.
6. Çimen S, Bahar Z, Öztürk C, Bektaş M (2005) AIDS tutum ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi*, 1 (1): 1-12.
7. Demir Y, Gökdoğan F (2002) Öğrencilerin Psikiyatri Hemşireliği Dersini Değerlendirmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 4(3): 10-15.
8. Ergül Ş, Bayık-Temel A (2007) Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23 (1): 75-87.
9. Erkuş A (2003) Psikometri Üzerine Yazılar. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 1.Basım, Ankara, s. 34- 158.
10. Gözüm S, Aksayan S (2003) Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1): 3-14.
11. Happell B (1999) When I grow up I want to be a...? Where undergraduate student want to work after graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2): 499-505.
12. Hovardaoglu S (2000) Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri, Ve-Ga Yayınları, Ankara.
13. Kırcaali-İftar G (1999) Ölçme, Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. AA Bir (Ed), Anadolu Üniversitesi Yayınları, s. 11-22.
14. Martin T, Happell B (2001) Undergraduate nursing students' views of mental health nursing in the forensic environment. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10: 116-125.
15. McAleer S, Roof S, Harden RM, Qahtani MA, Ahmed AU, Deza H, Groenen G (1998) The medical education environment measure: a diagnostic tool. *Medical Education*, 32: 209-221.
16. Öner N (1997) Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. 3. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, s.3-39.
17. Özdamar K (2004) Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi (Çok Değişkenli Analizler). 5. Baskı, Kaan Kitabevi, s. 235-276.
18. Rushworth L, Happell B (2000) Psychiatric nursing was great, but I want to be a "real" nurse: Is psychiatric nursing a realistic choice for nursing students?. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* (2000) 9: 128-137.
19. Tavşancıl E (2006), Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, 3. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 16-58.
20. Tezbaşaran A (1997), Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. 2. Baskı, Ankara-Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s. 19-51.
21. Vanhanen L, Janhonen S (2000) Factors associated with students' orientations to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5): 1054-1062.
22. Wynaden, D., Papescu, (1999), Graduate nurse study. Perth: Mental Health Division of the Health Department of Western Australia.

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN AMELİYAT ÖNCESİ HASTA EĞİTİMİ
İÇİN EĞİTİM MATERYALİ HAZIRLAMALARI VE YAPTIKLARI
EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

*EVALUATION OF THE PREOPERATIVE PATIENT EDUCATION AND THE
EDUCATIONAL MATERIALS PREPARED BY THE STUDENTS IN THE
SCHOOL OF NURSING*

Öğr. Gör. Dr. Sultan ÖZKAN*

Doç. Dr. Meryem YAVUZ**

* Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu Bandırma-Balıkesir

** Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bornova - İzmir

ÖZET

Amaç: Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin ameliyat sonrası yapılması gereken egzersizlerle ilgili hasta öğretimi için materyal hazırlayarak öğretim yapmaları ve materyalin etkinliğinin incelenmesi amacıyla yarı deneysel olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2006-2007 öğretim yılında Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'nda Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersi alan 30 öğrenciyle uygulanmıştır. Dersin uygulama alanı olan Hastanelerin Genel Cerrahi Kliniğine ameliyat olmak üzere yatan hastalara, öğrenci hemşireler tarafından; hastaların ameliyat sonrası yapmaları gereken derin solunum, öksürük, yatak içi dönme ve ekstremitte egzersizlerinin öğretimi yapılmıştır. Eğitim esnasında eğitim materyali (broşür) kullanan öğrencilerin materyalleri hasta-eğitici-öğrenci tarafından değerlendirilmesi şeklinde olmuştur. Araştırmanın yürütülmesi için kurumlardan yazılı izin ve çalışmaya katılan kişilerden araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra onam alınmıştır. Verilerin analizi SPSS 11.5 bilgisayar istatistik paket programında değerlendirilmiş, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki kare ve varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,03 \pm 0,99$ (min:18-max:22), %43,4'ünün düz lise mezunu olduğu, %46,7'si ilde yaşamıştır. Eğitim materyalini hazırlarken %96,7'sinin ders kaynakları ve notlardan yararlandıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin hazırladıkları eğitim materyalinin değerlendirme ortalamaları sırasıyla hasta: $93,60 \pm 11,02$, öğrenci: $89,17 \pm 10,02$, eğitici: $74,53 \pm 16,53$ 'dür.

Sonuç: Araştırma sonucunda; materyal hazırlayarak hasta öğretimini yapan öğrencinin bilgisinin davranışa aktarımını sağlamıştır. Öğrenciler materyalin hazırlanmasında bazı zorluklar yaşasa da kendilerine önemli katkısı olduğunu belirtmişlerdir.

Anahtar kelimeler: Hasta Öğretimi, Eğitim Materyali, Öğrenci Hemşire

ABSTRACT

Aim: This research, which is experimental, has been developed to examine and evaluate the efficiency of the educational materials prepared by the students in the School of Nursing.

Material and Method: This study consisted of 30 students from the University of Balıkesir Bandırma Health School who were have been trained in the field of surgery during 2006-2007 academic year.

Postoperative deep breathing, coughing and bed exercises were taught to those applying for surgery who were suitable patients according to the restrictions of the investigation in the departmans of surgery of hospitals where such exercises are practiced by student nurse practitioners.

Results: As the result of this study, patient, lecturer and student were evaluated of the nursing students' educational materials.

The research revealed the following; the mean student age was $20,03 \pm 0,99$, range (18-22), 43,4% of the students graduated from high school, 46,7% of them have lived in the city up till now. It was found that while the students were preparing on educational material for patient 96,7 % of them used lecturer notes, books.

The analysis of the data was obtained through numbers, percentages, descriptive statistics, chi-square test and variance analysis methods.

Conclusion: Patients, teachers and students evaluated the efficiency of patients teaching, realized with the educational materials (brochure) prepared by the students in the School of Nursing.

Key Words: Patients' Teaching, Educational Materials, Nurse students

GİRİŞ

Hasta eğitimi; bilgilendirme, danışmanlık ve davranış değişikliğine yönelik teknikler kullanılarak hastanın sağlığını geliştirmeye yönelik hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tutumunda değişiklik meydana getirmek amacıyla yapılan eğitimidir (Bağ ve Gözüm 1998, Bahar ve Bayık 2000). Hasta eğitimi, hasta ve yakınlarının tedavi ve bakıma katılımlarını sağlayarak tedavi/bakımla ilgili doğru karar vermelerini ve sorumluluk üstlenmelerini amaçlamaktadır (Jowet ve McMullan 2007).

Hasta eğitiminde etkin iletişim becerileri gereklidir. Hasta eğitiminde davranış değişikliği oluşturmada bilgilendirmenin yanı sıra uygulamaya aktarılmasını hedeflemek, buna yönelik düzenlemeleri göz önüne almak gerekir (Kurt 2000, Taylor ve ark. 1993).

Eğitimin etkili olmasında en önemli unsurlardan biri de eğitimde kullanılan yöntem ve materyaldir. Eğitim materyali kullanılmayan öğretim, etkisiz olduğu gibi, istenilen amaca ulaşmayı da olumsuz yönde etkileyebilir (Demirel 2003). Eğitim materyali öğrenenle öğrenen

arasındaki iletişimi sağlar ve öğrenmeyi daha kolaylaştırır. Eğitimin bütün alanlarında eğitim materyalleri kullanımı önemlidir. Yetişkine verilecek sağlık eğitiminin etkinliğinde görsel araçların kullanımı daha da büyük önem kazanır (örn. el kitapçığı, broşür) (Kurt 2000).

Etkili hasta eğitimi, iyi planlanmış ve iyi dökümanite edilmiş materyaller ile sağlanır. Dikkatli bir şekilde planlanmış, geliştirilmiş, değerlendirilmiş materyaller hastanın ve sağlık bakım profesyonellerinin hasta öğretimi çabalarının başarıyla sonuçlanmasında etkin rol oynar (Barnes 1997, Kaymakçı ve ark. 2007).

Ameliyat öncesinde yapılacak işlemler hakkında bilgilendirilen hasta ile ameliyat sonrası iletişim kurmak ve işbirliğini sağlamak çok daha kolay olmaktadır. Uygulanacak eğitim, hastalık tanısı, yapılacak ameliyat ve hastanın durumuna göre farklılık gösterse de derin solunum, öksürme, dönme ve ekstremitte egzersizleri hastaların tümüne öğretilmesi gereken önemli ameliyat öncesi hedeflerinden biridir ve bu hemşirenin sorumluluğundadır (Potter ve Perry 1997).

Hemşirelik eğitimi, kuramsal ve uygulamalı öğrenim-öğretim yaşantılarını içeren bir eğitimidir. Öğrenci kuramsal bilgileri alırken, uygulama alanlarında eğitimin amaçlarına yönelik klinik yargılama yeteneği ve aldığı bilgileri davranışa dönüştürerek gerçek öğrenim deneyimleri kazanır (Ebert ve Connors 2004, Uyer 1992).

Ülke gereksinimleri doğrultusunda geliştirilen sağlık bakım sistemi, hastaların gereksinimlerini esnek ve yaratıcı biçimde karşılayan, bakımla ilgili bilgisini ilkeler doğrultusunda kullanan hemşireler gerektirmektedir. Hemşirelik eğitiminde öğrencilerin klinik deneyimleri de eğitim sürecinin önemli bir parçasını oluşturarak, öğrenciye kuramsal bilgiyi uygulamaya yansıtma olanağı verir (Karadağ ve Uçan 2006).

Öğrenim süreçleri içerisinde aldıkları cerrahi hastalıkları hemşireliği dersinin uygulaması sırasında öğrencinin, eğitim materyali hazırlayıp hasta öğretimi yaparak davranış kazanmaları ve bu davranışları çalışma ortamlarında sürdürmeleriyle hemşirelerin eğitici rolünü gerçekleştirmede deneyim kazanmaları sağlanabilir (Kanan ve ark.1990, Kyrkjebø ve Hage 2005).

İnsanlar öğrendiklerini başkalarına öğrettiklerinde daha kalıcı öğrenme meydana gelmektedir. Öğrencinin klinik uygulamaları sırasında gerçekleştirdiği hasta öğretimini benimseyerek bir davranış biçimine dönüştürmesi, çalışma yıllarında da bu sorumluluğunu sürdürmesinde etkili olacaktır (Demirel 2003, Henderson ve ark. 2006).

Bu çalışma; hemşirelik öğrencilerinin ameliyat sonrası hasta öğretimi için materyal hazırlayarak hasta öğretimini yapmaları ve materyalin etkinliğinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi: Yarı deneysel olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın yeri: Araştırma; Balıkesir İli Bandırma İlçesi 250 yatak kapasiteli Dr. M.Güven Karahan Devlet Hastanesi ve 160 yatak kapasiteli Kapıdağ Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evreni ve örnekleme: Çalışmanın örneklemini 2006-2007 öğretim yılında Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersi alan 32 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçim yöntemi kullanılmadan öğrencilerinin tümünün çalışmaya alınması hedeflenmiş ancak 2 öğrenci çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle toplam 30 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır (katılım oranı %95,6). Dersin uygulaması haftalık (16 saat) iki tam gündür.

Hasta örneklemini de Eylül 2006- Haziran 2007 tarihleri arasında dersin uygulama alanı olan Bandırma Dr.M.Güven Karahan Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği (30 yataklı) ve Kapıdağ Devlet Hastanesinin Genel Cerrahi Kliniğine (15 yataklı) ameliyat olmak üzere yatan hastalardan 18 yaş üstündeki okuma yazma bilen, bilinci açık, oryante, tıbbi olarak stabil ve çalışmaya katılmaya istekli 30 hasta oluşturmuştur.

Veri Toplama Yöntemi

Öğrenciye cerrahi uygulamasına çıkmadan önce sekiz saat hasta eğitimi ve eğitim materyali olarak broşür hazırlama konusunda araştırmacı tarafından bilgi verilmiştir. İki haftalık hazırlık aşamasında öğrencinin hazırladığı materyal, anlaşılabilirlik ve içerik yönünden araştırmacı tarafından kontrol edilip düzeltmeler ile son haline ulaştırılmıştır. Daha sonra öğrenciden hazırladığı materyali ile birlikte arkadaşlarından birine demonstrasyon odasında araştırmacı gözetiminde öğretim yapması istenmiştir.

Eğitim programında eğitim hedefleri; ameliyat sonrası egzersizler, nasıl ve ne zaman yapılması gerektiği, yararlarının neler olduğu, yapılmazsa ortaya çıkabilecek komplikasyonların neler olduğu ve hangi aralıklarla bu egzersizlerin yapılması gerektiğinin öğretilmesidir. Öğrenciler bu hedeflere ulaşmayı amaçlayan eğitim içeriği hazırlamışlardır. Öğrenciler tarafından eğitimde kullanacakları içerik, eğitim materyali olarak broşür haline getirilmiştir.

Uygulamaya çıkan öğrenciler sınırlamalara uygun olarak seçtikleri hastaya ameliyat sonrası egzersizler konusunda öğretim yapmıştır (n=30). Hasta öğretimi görsel öğretim materyali ile desteklenerek 15-20 dakikalık bireysel öğretim şeklinde yürütülmüş, materyal hastaya verilmiştir.

Veriler anket formu yardımıyla hastalarla yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; öğrenci tanıtıcı formu ve materyal değerlendirme formu kullanılmıştır. Öğrencileri tanıtıcı sorular ve eğitim materyalini hazırlarken hangi kaynaklardan yararlandıkları, materyali hazırlarken herhangi bir problemle karşılaşmışlar ve bundan sonraki eğitim programları için öneri ve eleştirilerini içeren toplam altı soru sorulmuştur.

Eğitim Materyali Değerlendirme Formu: Tüm öğrenciler cerrahi hastaları için ameliyat öncesi ve sonrası kullanabilecekleri derin nefes alma, öksürme, yatak içinde dönme ve ekstremitte egzersizleri ile ilgili bilgileri içeren broşür hazırlamışlardır. Bu broşürlerin hazırlanması, şekli ve resimler konusunda öğrenciler serbest bırakılmıştır. Tüm öğrencilerden bu broşürleri bilgisayarda hazırlamaları istenmiştir. Öğrencilerin hazırladıkları materyalleri değerlendirmek için Yalın (2000)'in "Öğretim Teknolojileri ve Materyal Geliştirme" adlı kitabında yayınlanan "Görsel Materyalleri Değerlendirme Formu" kullanılmıştır. Formun değerlendirmesi 5'li likert (Tamamen yeterli: 5, genellikle yeterli: 4, orta derecede yeterli: 3, az yeterli: 2, hiç yeterli değil (yetersiz):1) olarak yapılmıştır. Bu form ile öğrenciler hastalar ve araştırmacı materyali değerlendirilmiştir.

Etik: Araştırma öncesinde Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulundan gerekli izin (2006-47) alındıktan sonra kurumların yetkililerinden yazılı (M.Güven Karahan Devlet Hastanesi-B10-41/102801-304, Kapıdağ Devlet Hastanesi-2718) ve sözel izin alınmıştır. Araştırmaya katılacak hastalara araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra çalışmaya katılmaya istekli hastalar araştırma kapsamına alınmış, hastaların kimlikleri gizli tutulmuştur. Öğrencilere sözel açıklama yapıp, hasta eğitimi yapmaya istekli öğrenciler çalışmaya alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin analizi SPSS 11.5 bilgisayar istatistik paket programında değerlendirilmiş, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, eğitim materyalinin değerlendirmesi Hasta-Öğrenci- Eğitimci arasındaki ilişki için varyans analizi ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1'de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; öğrencilerin yaş ortalamaları $20,03 \pm 0,99$ (min: 18- max: 22), %43,4'ünün düz lise mezunu olduğu, %46,7'sinin şimdiye kadar en uzun olarak ilde yaşadığı görülmektedir.

Tablo 1: Öğrencileri Tanıtıcı Özellikler (n=30)

Öğrencileri Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Mezun Olunan Okul		
Süper Lise	10	33,3
Düz Lise	13	43,4
Anadolu Lisesi	7	23,3
Şimdiye Kadar En Uzun Yaşanan Yer		
Köy	6	20,0
İlçe	10	33,3
İl	14	46,7

Tablo 2’de öğrencilerin eğitim materyalini hazırlama ile ilgili durumları incelendiğinde; eğitim materyalini hazırlarken öğrencilerin %96,7’sinin ders kitapları veya notlarını kullandıkları, %93,3’ünün internet tercih ettikleri, %33,3’ünün çeşitli kitaplardan yararlandıkları ve %6,7’sinin dergilerden yararlandıkları, öğrencilerin %86,7’sinin eğitim materyalini hazırlarken sorun yaşadığı görülmektedir. Yaşanılan sorunların, bilgisayarla ilgili sorunlar yaşama (%63,3), resim bulmakta zorlanma (%50,0), kaynak bulmakta zorlanma (%20,0), çok vakit alma (%13,3) olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin tümü eğitim materyali hazırlamanın kendilerine katkı sağladığını belirtmişlerdir. Öğrenciler eğitim materyalini hazırlamanın kendilerine sağladığı katkıları; %86,7’si öğrenmemin kalıcılığını sağladı, %53,3’ü yaratıcılığını geliştirdi, %53,3’ü etkinliğini ve %36,7’si kendime güvenimi arttırdı şeklinde ifade etmişlerdir.

Tablo 2: Öğrencilerin Eğitim Materyalini Hazırlama ile İlgili Durumları (n=30)

	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Yararlanılan Kaynaklar				
Ders Kitapları veya Notları	29	96,7	1	3,3
İnternet	28	93,3	2	6,7
Çeşitli Kitap	10	33,3	20	66,6
Dergi	2	6,7	28	93,3
Materyal Hazırlarken Sorun Yaşama				
Sorun Yaşayan	26	86,7	4	13,3
Yaşanılan Sorunlar				
Bilgisayarla İlgili Sorunlar	19	63,3	11	36,7
Resim Bulmakta Zorlanma	15	50,0	15	50,0
Kaynak Bulmakta Zorlanma	6	20,0	24	80,0
Çok Vakit Alması	4	13,3	26	86,7
Sağladığı Katkı				
Kendilerine Katkı Sağlama	30	100,0	-	-
Ne Katkı Sağladı				
Öğrenmemin Kalıcılığını Sağladı	26	86,7	4	13,3
Yaratıcılığımı Geliştirdi	16	53,3	14	46,7
Etkinliğimi Arttırdı	16	53,3	14	46,7
Kendime Güvenimi Arttırdı	11	36,7	19	63,3

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 3'de öğrencilere sağladığı katkılar incelendiğinde öğrenciler; broşür hazırlama tekniğini öğrendim (%46,6), iletişim ve hitap şeklimi geliştirdi (%30,0), ilerde hastalarımaya böyle broşürlü renkli eğitim yapmaya karar verdim (%23,3), araştırma yapmama katkısı oldu (%10,0) şeklinde belirtmişlerdir.

Öğrencilere daha sonraki eğitim programları için öneri ve eleştirileri sorulduğunda; hasta eğitimi için önceden hazırlık yapmak gerektiğini anladım (%33,3), daha sık böyle uygulamalar yaparsak kendimizi daha iyi değerlendiririz (%20,0), geri bildirim almak güzeldi (%16,7) gibi yanıtlar gelmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Öğrencilere Sağladığı Katkı ve Öğrencilerin Sonraki Eğitim Programları İçin Öneri ve Eleştirileri (n=30)

Sağladığı Katkısı Belirtiniz*	Sayı	%
Broşür hazırlama tekniğini öğrendim	14	46,6
İletişim ve hitap şeklimi geliştirdi	9	30,0
İlerde hastalarımaya böyle yazılı ve sözlü eğitim yapmaya karar verdim	7	23,3
Araştırma yapmama katkısı oldu	3	10,0
Bundan Sonraki Eğitim Programları İçin Öneri ve Eleştirileri *		
Hasta eğitimi için önceden hazırlık yapmak gerektiğini anladım	10	33,3
Daha sık böyle uygulamalar yaparsak kendimizi daha iyi değerlendiririz	6	20,0
Geri bildirim almak güzeldi	5	16,7
Bilgisayarda yapma zorunluluğu olmasa daha yaratıcı olunabilir	4	13,3
Sadece ameliyat sonrası eğitimle sınırlı kalmamalı	4	13,3
Devam etmesinin faydalı olacağına ve daha iyi işler çıkacağına inanıyorum	3	10,0
Eğitim programında hastam vardı yakınlarıma da aynı bilgiler sunulabilir	3	10,0
Yeterli hasta olduğunda iyi bir yöntem, öğrencinin etkin olmasını sağlıyor	2	6,6

* Birden fazla yanıt verilmiştir

Öğrencilerin hazırladıkları eğitim materyalinin Hasta- Öğrenci-Eğitici tarafından değerlendirilmesine göre dağılımı Tablo 4'de görülmektedir. Eğitim materyalinin Hasta-Öğrenci-Eğitici tarafından ayrı ayrı olarak değerlendirilmesi sonucunda değerlendirmeyi yapanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,414).

Tablo 4: Eğitim Materyalinin Hasta- Öğrenci- Eğitici Tarafından Değerlendirilme Puanları (n=30)

Materyal Değerlendirme	Puan Ortalaması	X ²	p
Hasta	2,57	24,867	0,414*
Öğrenci	2,13		
Eğitici	1,30		

*Test Statistic Kendall's W

Öğrencilerin hazırladıkları eğitimi Hasta-Öğrenci-Eğitici tarafından karşılaştırmalı değerlendirmesine göre dağılımı Tablo 5'de görülmektedir. Eğitimi değerlendirme ortalamaları sırasıyla hasta: $93,60 \pm 11,02$, öğrenci: $89,17 \pm 10,02$, eğitici: $74,53 \pm 16,53$ 'dür. Hasta-Öğrenci-Eğiticinin ayrı ayrı olarak değerlendirmesi sonucunda değerlendirmeyi yapanlar arasında varyans analizinde anlamlı fark saptanmıştır. Bu farkın nereden kaynaklandığını bulmak için yapılan ileri analizde (Tukey HSD kullanılmıştır) eğitici değerlendirmesinin anlamlı düzeyde diğerlerinden düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,000$).

Tablo 5: Eğitimin Hasta- Öğrenci- Eğitici Tarafından Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi (n=30)

Materyali Değerlendiren	Ortalama	SS	F	p*	Posthoc**
(1) Hasta	93,60	11,02	18,101	0,000	1-2>3
(2) Öğrenci	89,17	10,02			
(3) Eğitici	74,53	16,53			

* Oneway ANOVA

** Tukey HSD

TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi hasta eğitimi için eğitim materyali hazırlamaları ve yaptıkları eğitim değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim materyalini hazırlarken yararlandıkları kaynaklar olarak %96,7'sinin ders kaynakları ve notlarını kullandıkları görülmüştür (Tablo 2). Kaymakçı ve ark. (2007) çalışmalarında öğrencilerin kaynak olarak %65,9 ders notlarını, kitap ve interneti kullandığını bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerden %86,7'si eğitim materyalini hazırlarken sorun yaşadığını belirtmişlerdir (Tablo 2). Kaymakçı ve ark. (2007) çalışmalarında öğrencilerin %40,5'inin eğitim materyali hazırlarken herhangi bir problemle karşılaşmadığını bildirmişlerdir. Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim materyalini hazırlarken %63,3 kaynak bakarken bilgisayarla ilgili sorunlar yaşadığını belirttikleri görülmüştür (Tablo 2). Okulun ilçede bulunması öğrencilerin kaynağa ulaşmalarını kısıtlamaktadır. Bu farkın öğrencilerin merkez kütüphaneye ulaşmalarının zor olması ve internet olanaklarının da az olmasından kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Kaymakçı ve ark. (2007) çalışmalarında öğrencilerin %98,7'si hasta eğitim broşürü hazırlamanın ve hasta eğitimi yapmanın kendileri için yararlı olduğunu belirtmişlerdir.

Bu araştırmaya katılan öğrencilerin tümü eğitim materyali hazırlamanın kendilerine katkı sağladığını belirtmiştir. Eğitim materyalini hazırlamanın kendilerine sağladığı katkı olarak %86,7

öğrenmenin kalıcılığını sağladı, %53,3 yaratıcılığını geliştirdi, %53,3 etkinliğini arttırdı, %36,7 kendime güvenimi arttırdı diye belirttikleri görülmektedir (Tablo 2).

Gençalp ve Eryılmaz (1998) çalışmalarında öğrencilere kullandıkları materyalin yararları konusundaki düşünceleri sorulmuş; operasyon sonrası bakımın düzenli, sistemli, planlı kapsamlı olmasını sağladığını, zamanı daha iyi kullanmayı sağladığını, bakımda standart oluşturduğu kaliteyi arttırdığını, teorik bilgileri pekiştirdiğini, bakım verirken kendilerini rahat yeterli ve güvenli hissettiklerini ifade etmişlerdir. Sezgin (1999) çalışmasında öğrenci hemşirelerin derse aktif katılım sonucunda; olumlu olarak, karar verme becerisi göstermemi sağladı, kendime güvenimi arttırdı (birilerine bir şey öğretmek), araştırmacı yönümü olumlu etkiledi, aktif olmak beni mutlu etti, kendimi önemli hissettim, olumsuz olarak da, çok yoruldum, çok zamanımı aldı, bir yenilik farklılık getirmedi, diyerek duygularını belirttiklerini bildirmişlerdir. Ulupınar ve ark. (2001) çalışmasında öğrencilerin, %67'si araç gereç hazırlamanın yaratıcılıklarını arttırdığını, kişisel gelişimine katkıda bulunduğunu, zevkli ve motive edici olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada da öğrenciler broşür hazırlama tekniğini öğrendim, iletişim ve hitap şeklimi geliştirdi, ilerde hastalarımı böyle yazılı sözlü eğitim yapmaya karar verdim, araştırma yapmama katkısı oldu gibi olumlu etki belirtmişlerdir. Araştırma bulgularımız literatür bulguları ile uygunluk göstermektedir. Öğrenciler; hasta eğitimi için önceden hazırlık yapmak gerektiğini anladım, daha sık böyle uygulamalar yaparsak kendimizi daha iyi değerlendiririz, geri bildirim almak güzeldi diyerek bundan sonraki eğitim programları için öneri ve eleştirilerde bulunmuşlardır (Tablo 3). Öğrencilerin bu deneyimlerinin etkisinin mezun olduktan sonra da süreceği kanısındayız.

Öğrencilerin hazırladıkları eğitim materyalinin Hasta- Öğrenci-Eğitici tarafından ayrı ayrı olarak değerlendirilmesi sonucunda değerlendirmeyi yapanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,414$) (Tablo 4). Hastanın öğretme-öğrenme sürecine etkin bir şekilde katılmasının öğrenmeyi kolaylaştırdığı kadar, onun kendini ifade etmesine fırsat vererek hemşireyle olan iletişimini de güçlendirir kanısındayız. Ayrıca psikomotor alandaki öğrenilmiş davranışların değerlendirilmesini birden fazla kişi yapmalıdır (Taşocak 2003).

Öğrencilerin başarılarının bir düzen içinde, objektif olarak ölçülmesi ve değerlendirilmesi eğitimin kalitesinde önem taşımaktadır. Kyrkjebø ve Hage (2005) klinik uygulamalarında bilgiyi yükseltmek için hemşire öğrencilerin ne bildikleri ve ne yaptıkları konulu çalışmalarında yapılan işlemin gelişmesi için önkoşulun ölçüm olduğu bildirilmiştir (Kyrkjebø and Hage 2005).

Bu çalışmada öğrencilerin hazırladıkları eğitimin Hasta- Öğrenci-Eğitici tarafından karşılaştırmalı değerlendirmesine göre; eğitim materyalinin değerlendirme ortalamaları sırasıyla hasta: $93,60 \pm 11,02$, öğrenci: $89,17 \pm 10,02$, eğitici: $74,53 \pm 16,53$ 'dür. Hasta-Öğrenci-Eğitici arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 5) . Kaymakçı ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada öğrenciler tarafından yapılan hasta eğitimi, öğrenci hasta ve öğretim üyesi tarafından kişiler arası ilişkiler, eğitim öncesinde ve esnasındaki davranışları içeren kriterler göz önünde tutularak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre en yüksek olumlu değerleri hastaların verdiği daha sonra öğrencilerin kendilerini olumlu olarak değerlendirdiği, öğretim elemanının değerlendirmesinin ise hasta ve öğrencilere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Kaymakçı ve ark. 2007).

Ebbert ve Connors'un (2004) hemşire öğrencilerin klinik performanslarını değerlendirdikleri çalışmada öğrenciler, kendi deneyimlerini genellikle gerçekçi bulmuşlar, örnek kurmaya yardım ettiğini, keşfetme ve araştırma derecesinde deneyim sağladığını belirtmişlerdir (Ebbert and Connors 2004).

Karaöz (1997) çalışmasında öğrencilerin yeterli ilgi, yönlendirme, denetleme ve değerlendirmeye gereksinim duyduklarını belirtmiştir (Karaöz 1997).

Kutlu (1997) çalışmasında öğrenci hemşirelerin kuramsal bilginin uygulama alanına yansıtılmasında belirgin bir yetersizliğin olduğunu saptamıştır (Kutlu 1997).

Bu araştırma bulguları ışığında aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

- Öğrencilerin eğitim materyali hazırlarken yaşadıkları güçlüklerin azaltılması için bu konuda yeterli araç gereç desteğinin sağlanması,
- Her klinik eğitim öncesinde öğrencilerden beklenenler ve klinik öğretim hedefleri tartışılması ve uygulama sonunda hedeflerin gerçekleştirme derecesinin değerlendirilmesi,
- Hastanelerin çoğunda plansız şekilde yapılan ameliyat öncesi eğitimin, sistematik ve planlı bir şekilde hemşirelik öğrencilerinin uygulamalarının bir parçası haline getirilmesinin sağlanması,
- Daha büyük örneklem grupları ile farklı eğitim materyalleri de kullanılarak araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Barnes, L.P., (1997) "Developing Educational Materials for Patients" The American Journal of Maternal/Child Nursing 22(1) 55-
2. Bölükbaş,N., (1992) "Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri", E.Ü HYO Dergisi, Cilt:8, Sayı:2, Mayıs/Ağustos.
3. Demirel, Ö.(2003). Planlamadan Değerlendirmeye Öğretme Sanatı. Pegem yayınları 5.baskıAnkara.
4. Ebbert, D.W., Connors, H., (2004) "Standardized Patient Experiences: Evaluation of Clinical Performance and Nurse Practioner Student Satisfaction, Nursing Education Perspectives 25(1), 12-16
5. Gençalp,N.S., Eryılmaz,H.Y., (1998) "3. Sınıf Öğrencilerinin Histerektomili Hastalara Bakım Protokolü Kullanarak Verdikleri Bakımın Değerlendirilmesi" VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara(Sözel Bildiri)
6. Henderson,A.J., Forrester,K., Heel,A., (2006) "The Establishment of Structures and Processes for the Safe and Effective Clinical Placement of Nursing Students" Nurse Education in Practice, 6, 275-280
7. Jowet,R., McMullan,M., (2007) "Learning in Practice-Practice Educator Role" Nurse Education in Practice, 7, 266-271
8. Kanan,N.,Aksoy,G.,Akyolcu,N., (1990) "İÜ Florence Nightngale HYO 4 Sınıf 9-10 Stajerlik Dönemi Öğrencilerinin Uygulama Alanlarını Seçimlerine İlişkin Bir Çalışma" II. Ulusal Hemşirelik Kongresi 12-14 Eylül AKM, İzmir.
9. Karadağ,G., Uçan,Ö., (2006) "Hemşirelik Eğitimi ve Kalite" Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,Cilt:1, Sayı:3.
10. Karaöz, S. (1997) " Hemşirelik Esasları Dersi Alan Öğrencilerin Klinik Uygulamaya İlişkin Değerlendirmeleri" C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(1) 23-30
11. Kaymakçı,S., Yavuz,M.,Orgun,F., (2007) "Surgical Patient Education:Turkish Nursing Students Experiences" Nurse Education Today 27, 19-25
12. Kurt,İ., (2000)Yetişkin Eğitimi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
13. Kutlu,N., (1997) "Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Dersini Alan Öğrencilerin Ameliyat Öncesi Bakıma İlişkin Kuramsal Bilgilerini Uygulamaya Yansıtma Durumu" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
14. Kyrkjebo,J.M., Hage,İ., (2005) "What We Know and What They Do: Nursing Students' Experiences of Improvement Knowledge in Clinical Practice" Nurse Education Today, 25, 167-175
15. Potter and Perry, (1997) Fundamentals of Nursing, The CV Moosby Company, St.Louis, Toronto,Princeton, 259-284
16. Sezgin,A., (1999) "Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersinde Öğrencilerin Aktif Katılımını Sağlamaya Yönelik bir uygulama örneği" C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (1)
17. Taşocak, G., (2003) Hasta Eğitimi, FN HYO Yayın No 9, Üniversite Yayın No 4377, İstanbul
18. Taylor,C.,Lillis,C.,Le Mone,P.,(1993) Fundamentals of Nursing. The Art and Science of Nursing Care, Second Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 358-375
19. Ulupınar, S., Korkmaz, N.B., Yurt, S.A. (2001) " Öğrenciler Sağlık Eğitim Aracı Hazırladılar ve Değerlendirdiler" I. Uluslararası & VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya 502-506
20. Uyer, G. (1992) Hemşirelikte Klinik Öğretim. Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
21. Yalın,H.,İ., (2000) Öğretim Teknolojileri ve materyal geliştirme 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara

**PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNELERİN BEBEK BAKIMINA İLİŞKİN
BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

*DETERMINATION OF KNOWLEDGE LEVELS RELATED TO INFANT CARE
OF MOTHERS WHO HAVE PREMATURE INFANT*

Ögr. Gör. Dr. Sibel AKDUMAN ERGÜL **Yrd. Doç. Dr. Gül ERTEM**
Ögr. Gör. Ayşe AKBIYIK

Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

ÖZET

Araştırma, preterm doğum yapmış annelerin bebek bakımına ilişkin düzeyleri, eğitim/danışmanlık hizmetlerine gereksinim duydukları konular, ülkemizdeki doğum öncesi ve sonrası sağlık bakım hizmetlerinin niteliği ve niceliğine ilişkin sorulara cevap bulmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma örneklemine 07 Ocak-31 Mart 2008 tarihleri arasında Behçet Uz Çocuk Hastanesi Prematüre kliniğinde yatan ve polikliniğine başvuran 100 prematüre annesi alınmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen Sosyo Demografik Veri Formu ve Prematüre Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerini Belirleme Formu ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 12,0 paket programında Student t testi, oneway ANOVA testi ile analiz edilerek değerlendirilmiştir. Annelerin % 80,0'ni 20-34 yaş grubunda, %43,0'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %64,0'ünün gelirinin giderini karşılamadığı belirlenmiştir. Annelerin bebek bakımına ilişkin bilgi düzeyleri puan ortalamaları 43,17±8,64 olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak araştırma kapsamına alınan annelerin, %20,0'si gebelik için risk teşkil edecek yaşta, %6,0'si adolesan anne, %42,0'si primipar, %13,0'ü gebelik aralığı 2 senenin altında, %21,0'i gebeliği planlamamış, %27,0'sinde herhangi bir hastalığın var olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Annelerin fiziksel bakım, izlem, beslenme, uyku ve emosyonel gelişim alt başlıklarının yer aldığı bebek bakımı konusunda genel olarak bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Annelik, ebeveyn, prematüre bebek, doğum öncesi bakım, prematüre bebek bakımı.

ABSTRACT

This research has been carried out to get an answer of some questions about information levels of mothers who had premature birth, education/counseling services mothers need and care services' quality and quantity of prenatal and postnatal in our country. Research sample included 100 mothers of prematures between January 7 and March 31, 2008 in Behçet Uz Children Hospital Premature Clinic and Polyclinic. Data have been gathered by means of Socio-demographic Data Form which was developed by researchers and Information Level Determination Form Related to Infant Care of Mothers Who Had Premature

Infant. Data that have been obtained from research has been analyzed by using Student t test and oneway ANNOVA test in SPSS 12.0 package software. It was determined that 80.0% of mothers were 20-34 age group, 43.0% were primary education and 64.0% had low income to meet their expenditure. It was determined that score averages of information level of mothers related to infant care was 43.17+8.64. As a result it was reached some consequences that 20.0% of mothers would constitute years at risk for pregnancy, 6.0% was adolescent mother, 42.0% was primipar, pregnancy interval of 13.0% was under 2 years, 21.0% had planless pregnancy, 27.0 had any illness. It was determined that mothers' information level about infant care including physical care, observation, nutrition, sleeping and emotional progress was inadequate.

Key Words: *Motherhood, parents, premature infant, prenatal care, premature infant care*

GİRİŞ

Toplumun sağlık koşulları ve hizmetleri açısından önemli bir gösterge olarak kabul edilen, bebeklik dönemindeki ölümlerin yaklaşık üçte ikisini neonatal mortalitesi oluşturmaktadır. Prematüritelik perinatal, neonatal ve postneonatal dönemlerde önemli bir mortalite nedeni olmasının yanısıra, prematüre bebeğin oldukça güç ve masraflı olan bakım ve tedavisi nedeniyle bir çok merkezde üzerinde önemle durulan ve araştırmaları yapılan bir konudur. 37. gestasyon haftasından erken doğan bebek prematüre veya preterm yenidoğan olarak adlandırılmaktadır. Tüm dünyada 10 gebelikten biri erken doğumla sonuçlanmaktadır (Als , Gilkerson 1997; Turan, Bolışık 2003).

Yenidoğanlar biyolojik açıdan gözlenen özel durumlarından dolayı, yaşamını sürdürebilmek için, ebeveynlerinin yardımına, özellikle annesinin yardımına muhtaçtır (Davis, Edwards, Mohey 2003; Soysal ve ark. 2005). Zamanından önce doğan prematüre bebekler zamanında doğmuş bebeklerden farklı olarak, organ gelişiminde immatürite olmaktadır. Bu sebepten dolayı anne/baba tarafından verilecek bakımın daha özel olmasını gerektirir (Sermet 2005). Prematüre yenidoğanlara verilecek olan bu optimal düzeydeki özgün bakım (fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden), prematüre bebeğin birkaç yıl içerisinde normal büyüme ve gelişme persentil eğrilerinde yer almasını sağlayacaktır (Çiçek ve ark 2005, Koç 2007). Bu dönemde verilecek bakımın niteliksizliği, çocuğun içinde bulunduğu çevreyi etkileyeceği gibi (mortalite ve morbiditeye neden olabileceği gibi) ileriki dönemlerde de çözümü zor olan birçok problem de beraberinde getirecektir. Bu çerçevede UNİCEF'in amaçlarından biri de; çocukların yaşama olabilecek en iyi şekilde başlamasını sağlamak için erken çocukluk gelişim dönemleri hakkında aileleri bilinçlendirmektir. Aile çocuğun sağlıklı gelişimi ve büyümesi için oldukça önemli bir rol oynamaktadır (Dinç 2004).

Aileye küçük bir üyenin katılması ebeveynlerine yeni bir dönem başlatır. Psikolojik açıdan erken doğuma hazır olmayan anne ve ailenin diğer üyeleri bebeğin doğumu ile birlikte yüksek düzeyde anksiyete yaşarlar. Bu durumla kendi bireysel çözüm kaynaklarını ve deneyimlerini kullanarak baş etmeye çalışırlar. Özellikle annenin korku ve anksiyetesi yüksek düzeydedir. Yenidoğan annesi, bebeklerini tam olarak ya da hiç göremeden alınıp gidilirse, bebeğinin sağlığı ve görünümünü hakkındaki annenin korkuları normal durumla orantısız biçimde artabilir. Ailenin ve özellikle de annenin kaygıları bebeğin doğduğu ilk günlerde ve taburculuk aşamalarında artmaktadır. Anne bebeğe zarar verebileceği korkusuyla ona dokunmaktan bile kaçınabilir (Turan, Bolışık 2003).

Ailedeki bu endişe ve korkuyu hafifletmenin en iyi ve doğru yolu, prenatal dönem boyunca anne ve babaya yenidoğan bakımı ile ilgili doğru ve yeterli eğitim verilmesidir. Prenatal ve postnatal dönemde yeterli eğitimle donatılan anne adayı çocuk bakımında daha etkin olabilir. Ancak ülkemizde yapılan istatistiksel çalışmalar prenatal, antenatal ve postnatal dönemlerde verilen hizmetlerin yetersizliğini göstermektedir (Dinç 2004). Gelişmiş ülkelerde prenatal dönemde annelerin %98'i bir izlem alırken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %65'dir. Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemizde ise, TNSA (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması) 2003 verilerine göre, annelerin %81.1'i en az bir kez doğum öncesi bakım (DÖB) alabilmiştir. Bu oran TNSA 1993 ve 1998 verileri ile karşılaştırıldığı zaman DÖB alanların oranında artış olduğu ancak henüz hedeflenen sayıya gelinmediğini göstermektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003).

Ülkelerin gelişmişlik kriterleri arasında yer alan çocuk sağlığı göstergelerini etkileyen faktörler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anneye ve çocuğa yönelik uygun müdahalelerin yapılmasını içermektedir. Bu bağlamda postnatal dönemde olan her anne gerek prenatal dönemde kendi araştırmaları ile gerekse sağlık çalışanlarının sundukları hizmet sayesinde, aşağıda belirtilmiş olan konulardan haberdar olmalıdır (Sönmez 2007).

FİZİKSEL BAKIM

- Bebek banyosu doğumdan ne kadar zaman sonra yaptırılmaktadır?
- Bebek Banyosu hangi sıklıkta yapılmalıdır?
- Banyo suyunun sıcaklığı kaç derece olmalıdır?
- Bebek banyosu yaptırılırken oda sıcaklığı kaç derece olmalıdır?
- Bebeğin banyosunda kullanılan ürün hangi özellikte olmalıdır?
- Bebek banyosu sonrasında cilt bakımı nasıl yapılmalıdır?
- Bebeğin ağzında pamukçuk ya da başka enfeksiyonların gelişmemesi için nasıl bakım verilmelidir?

- Bebeğin göz bakımı nasıl yapılmalıdır?
- Bebeğin kulak bakımını nasıl yapılmalıdır?
- Bebeğin burun bakımı nasıl yapılmalıdır?
- Bebeğin göbek bakımı nasıl yapılmalıdır?
- Bebekte pişik oluşmaması için neler yapılmalıdır?
- Bebekte konak oluşmuş ise nasıl bakım verilmelidir?

İZLEM

- Bebeğin idrarı hangi özellikte olmalıdır?
- Bebeğini günlük dışkılama sıklığı ne kadar olmalıdır ve dışkının özelliği nasıl olmalıdır?
- Bebeğin ishal olduğu nasıl anlaşılır?
- Bebekte sarılık olup olmadığı nasıl anlaşılır?
- Bebeğin vücut ağırlığı hangi sıklıkla kontrol edilmelidir?
- Bebeğin vücut sıcaklığı nasıl kontrol edilmelidir?
- Bebeğin ilk aşısı ne zaman yapılmalıdır?
- Bebeğin hasta olduğu nasıl anlaşılır?

BESLENME

- Bebek hangi sıklıkla emzirilmelidir ?
- Emzirme süresi ne kadar olmalıdır?
- Emzirme öncesinde anne meme bakımını nasıl yapmalıdır?
- Emziren anne hangi gıdaları yemekten sakınmalıdır?
- Anne sütünün bebeğe yetip yetmediği nasıl anlaşılır?
- Bebek beslendikten sonra gazı nasıl çıkartılmalıdır?
- Bebeğin gaz sancısı var ise gazını çıkartmak için neler yapılmalıdır?
- Bebek kaçınıcı ayına kadar emzirilmelidir?

UYKU

- Bebeğin uyuyacağı oda nasıl özelliklerde olmalıdır?
- Bebeğin uyuma süresi ne kadar olmalıdır?(Yenidoğan)
- Bebek hangi pozisyonda yatırılmalıdır?

EMASYONEL GELİŞİM

- Bebeğin duygusal gelişimi nasıl desteklenmelidir?(Sönmez 2007, Çay 1999)

Verilen bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma preterm doğum yapmış annelerin bebek bakımına ilişkin bilgi düzeyleri, hangi konularda eğitim/danışmanlık hizmetlerine gereksinim duydukları, ülkemizdeki doğum öncesi ve sonrası sağlık bakım hizmetlerinin niteliği ve niceliği sorularına cevap bulmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma 07 Ocak 2008-31Mart 2008 tarihleri arasında Behçet Uz Çocuk Hastanesi Prematüre klinik ve polikliniğinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına bu tarihler arasında prematüre servisinde bebeği yatan ve prematüre polikliniğine başvuran araştırmaya katılmayı kabul eden 100 prematüre annesi alınmıştır. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmada veriler, Bireysel Tanıtım Formu ve Prematüre Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerini Belirleme Formu kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Her görüşme 15-20 dk sürmüştür.

Bireysel Tanıtım Formu, sosyo demografik verilere ilişkin 4 soru, annenin obstetrik özelliklerini tanılamaya ilişkin 8 soru ve bebeğin özelliklerini tanılamaya ilişkin 3 soru olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

Prematüre Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerini Belirleme Formu, literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir ve toplam 33 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular fiziksel bakım(13), izlem(8), beslenme (8), uyku (3), emosyonel gelişim (1) olmak üzere dört alt başlık altında kategorize edilmiştir. Form, uzmanlar tarafından değerlendirilerek öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmış, son şekli verilmeden önce ilk 10 prematüre bebeği olan anneye uygulanmış, bu anneler örneklem dışında tutulmuştur. Formdaki her bir sorunun cevabı yeterliyse 2 puan, yetersiz ise 1 puan, yanıt yoksa ya da yanlış ise 0 puan verilerek değerlendirilmiştir. Fiziksel bakım 0-26, izlem 0-16, beslenme 0-16, uyku 0-6, emosyonel gelişim 0-2 olmak üzere puanlandırılmıştır ve alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 66'dır. Değerlendirmede düşük puan alanlar bebek bakımında yetersiz oldukları ve sağlık eğitimi ve danışmanlığına gereksinim duydukları, yüksek puan alanlar ise bebek bakımı konusunda yeterli oldukları şeklinde yorumlanmıştır.

Verilerin toplanması için yukarıda adı geçen kurumlardan gerekli yazılı izinler alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ise SPSS 12.00 paket programında sayı yüzdeler, Student t testi, oneway ANOVA testi kullanılmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan prematüre bebeği olan annelere ilişkin sosyodemografik özellikler incelendiğinde; annelerin % 80.0'ni 20-34 yaş grubunda, %20.0'sinin gebelik için riskli yaş sınırı olan 15-19 yaş grubu ile 35 ve üzeri yaş grubunda bulunduğu saptanmıştır. Annelerin çoğunluğunu oluşturduğu 20-34 yaş grubu sağlıklı bir gebelik

geçirmek için uygun olan bir dönemdir. Bu nedenle araştırma kapsamına alınan annelerin yaşlarının normal bir gebelik için uygun olduğu söylenebilir. Annelerin %22.0'sinin okur-yazar olmadığı, %43.0'ünün ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Kopal ve arkadaşlarını (1999) yaptıkları araştırmalarında kadınların %82.5'inin 20-34 yaş grubunda olduğu, %88.4'ünün okumamış ve ilköğretim mezunu olduğunu belirlemişlerdir. Annelerin %64.0'ünün gelirinin giderini karşılamadığını belirtmişlerdir (Kopal, Ş ve ark 1999). Türkiye İstatistik Kurumunun tahminlerine göre (2007), Türk halkının % 31'i fakirlik sınırının altındadır. Gelir dağılımı çok fazla çarpıktır ve toplumun en zengin % 20'si gelirin % 44.4'üne sahipken, en fakir % 20'si gelirin % 6.1'ine sahiptir (Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık İstatistik Kurumu 2007). Çalışma genel olarak sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerin geldiği bir hastanede yapılmıştır. Bu nedenle gelir düzeyinin az olması beklenen bir durumu göstermektedir.

Araştırma kapsamına giren annelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında, %70.0'inin sezeryanla doğumunu gerçekleştirdiği; %42.0'sinin primipar ve %58.0'inin multipar olduğu, %13.0'ünün gebelik aralığının 2 senenin altında, %45.0'inin gebelik aralığının 2 senenin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Annelerin % 79.0'ünün gebeliği planladığı, %21.0'inin gebeliği planlamadığı; %85.0'ünün düzenli olarak gebelik kontrollerini yaptırdığı, %15.0'inin düzenli olarak kontrollerini yaptırmadıkları belirlenmiştir.

Annelerin %13.0'ünün gebelik aralığının 2 senenin altında olması, gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırmayan anne oranının %15 olması, %21'lik oranının istem dışı çocuk sahibi olması, ülkemizdeki AÇSAP ve birinci basamak hizmetlerinin henüz istenilen noktaya gelinmediğinin göstermektedir. TNSA (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması) 2003 verilerine göre annelerin %81.1'i en az bir kez doğum öncesi bakım (DÖB) alabilmiştir (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2003). Kılıç ve arkadaşlarının (2007) yılında yapmış oldukları çalışmada 200 kadında 163'ü en az 6 kez DÖB aldığı belirlenmiştir (Kılıç ve ark, 2006). Çiçek ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında en az 6 kez izlenen gebe oranı %42.4 iken, Soysal ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında bu oranı %82.6 olarak belirlemişlerdir (Çiçek ve ark. 2005, Soysal ve ark, (2005). Dinç'in (2004) yapmış olduğu çalışmada, 200 annenin %74.0'ı son hamileliği boyunca en az bir kere kontrole gittiğini ve %79.5'i ise kontroller sırasında bebek bakımı konusunda herhangi bir bilgi almadığı ve annelerin büyük çoğunun günlük bebek bakımı konusunda yanlış uygulamalar yaptıkları saptanmıştır (Dinç , 2004).

Araştırma kapsamına alınan annelerin %27.0'sinin gebelik sürecinde bir hastalık geliştiği; gebelikte geçirilen hastalıkların % 37.1'unun preeklamsi olduğu; %18.0'inin ailede preterm doğum öyküsü

olduğu bulunmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalarda preterm doğum eylemini tetikleyen faktörlerin tam olarak bilinmemesi ile birlikte bir çok faktörün tek başına ya da birlikte erken doğuma neden olabileceği tespit edilmiştir. Bu faktörler; maternal (Maternal genitoüriner enfeksiyonlar, hipertansiyon, maternal kalp hastalığı, maternal böbrek hastalığı, maternal enfeksiyonlar, şiddetli anemi, hipertroidi, hepatit, malnütrisyon - obesite, sigara ve alkol içimi vb. faktörler) ve obstetrik (sık ve fazla doğum, preterm doğum öyküsünün varlığı, gebelikte yetersiz ya da fazla kilo alımı, asemptomatik intrauterin enfeksiyonlar, membran rüptürü, plasenta patolojiler, konjenital fetal anomaliler vb. faktörler) nedenler şeklinde gruplandırılmıştır (Altuncu 2006, Kopal 1999, Özvarış 2002, Sermet 2005, Taşkın 2005). Çalışmamız kapsamına aldığımız annelerde de preterm eylemi tetikleyen faktörler, yukarıda belirtilmiş olan faktörlerle benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda, prematüre bebeklere ait özellikler incelendiğinde; prematüre bebeklerin %49.0'unun kız, %3.0'ünün ise kız-erkek olduğu; %41.0'inin gestasyon yaşı 35 hafta ve altına olduğu; %15.0'inin ikiz ve ↑ olduğu saptanmıştır.

Tablo 1: Prematüre Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Ortalamaları Dağılımı

Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Alt Başlıkları	Mean	Std. Deviation
Fiziksel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi (0-26 Puan)	15,11	4,09
İzleme İlişkin Bilgi Düzeyi (0-16 Puan)	10,92	2,76
Beslenmeye İlişkin Bilgi Düzeyi (0-16 Puan)	11,14	2,24
Uykuya İlişkin Bilgi Düzeyi (0-6 Puan)	4,66	1,45
Emasyonele İlişkin Bilgi Düzeyi (0-2 Puan)	1,34	0,62
Genel Toplama (0-66 Puan)	43,17	8,64

Araştırma kapsamına alınan annelerin prematüre bebek bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; annelerin fiziksel bakıma ilişkin bilgi puan ortalamaları 15.11±4.09, izleme ilişkin bilgi puan ortalamaları 10.92±2.76, beslenmeye ilişkin bilgi puan ortalamaları 11.14±2.24, uykuya ilişkin bilgi puan ortalamaları 4.66±1.45, emosyonel gelişime ilişkin bilgi puan ortalamaları 1.34±0.62 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlara göre annelerin sahip oldukları prematüre bebeklerinin fiziksel bakımı, izlemi ve beslenmesine ilişkin puan ortalamalarının düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Başer ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında, anne ve babaların genel olarak yenidoğan bakımı konusunda eğitim gereksinimi olduğu; ilk gebeliği olan annelerin ise yenidoğan bakımında daha fazla güçlük yaşadığı belirlenmiştir (Başer, Mucuk, Korkmaz, 2004). Turan ve Bolışık'ın (2003) yapmış oldukları çalışmada, verilen planlı eğitimin

annelerin bilgi puan ortalamaları arasındaki farka bakılmış aralarında istatistiksel olarak deney grubunun lehine önemli bir fark bulunmuştur (Turan, Bolışık, 2003). Dinç (2004) yapmış olduğu çalışmada, annelerin % 57.4'ünün bebeklerin günlük bakımında yanlış uygulamalar yaptıkları belirlenmiştir (Dinç, 2004). Eğri ve Gölbaşı (2006) yapmış oldukları çalışmada, araştırma kapsamına alınan kadınların postnatal evrede bebek bakımına yönelik bilgi eksikliğine bağlı, bebek için zarar verici bazı geleneksel uygulamaların sürdürdükleri saptanmıştır (Eğri, Gölbaşı, 2006). Bizim çalışmamızın sonuçları bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Tablo 2: Annelerin Yaşlarına Göre Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Annenin Yaşı	15-19(n=6)	20-34(n=80)	35-üst(!) (n=14)	f/p
	X±ss	X±ss	X±ss	
Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeyleri				
Fiziksel Bakım	14.00±4,69	16.03±3.88	16.00±4.83	0.571/0.567
İzlem	9,16±2,85	11,07±2,65	10,78±2,23	1,361/0,261
Beslenme	9,50±2,73	11,35±2,15	10,64±2,34	2,362/0,100
Uyku	4,00±2,28	4,73±1,35	4,71±1,63	0,656/0.521
Emasyonel Gelişim	0,83±0.98	1.38±0.53	1.28±0.82	2.330/0.103
Toplam Puan Ortalamaları	37.50±11.41	44.56±8.08	43.42±10.33	1.383/0.256

Annelerin yaş gruplarına göre bebek bakımına ilişkin bilgi puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, 20-34 yaş grubu annelerin bebek bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları, 20 yaş-altı ve 35 yaş-üstü annelerin ortalamalarından daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, yaş grubu ortalamaları ile bebek bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Araştırmamızda en az bilgisi olan annelerin 15-19 yaş grubu olduğu belirlenmiştir. Çay (1999) yapmış olduğu çalışmasında da prematüre bebeğe sahip olan annelerin bebek bakımına ilişkin bilgi puanlarının en düşük olan grubun 15-19 yaş grubunda olduğu, annelerin yaşı arttıkça bilgi puanlarında bir artış olduğu saptanmıştır (Çay 1999). Ülkemizde ergenlik döneminde yapılan evlilikler yaygındır (Özvarış Ş, Akın A, 2002). Evlenen eşlerin kendileri ve çevreleri ilk yılda hemen çocuk sahibi olmayı istemektedir. Sonuçta, annenin evliliğe uyum aşamasında olması, bebek bakımı konusunda deneyimsizliği, eğitim düzeyinin düşük olması ve 15-19 yaş grubunda olmasının bebek bakımına ilişkin bilgi puanlarını etkilediğini düşündürebilir.

Prematüre doğumların nedenlerinden biri de annenin yaşının 17'den küçük olmasıdır. Böyle bir durumda annenin bebek bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, yüksek ölüm riski olan

prematüre bebeklerin bu riskini daha da arttırabilir. Bu nedenle eğitimde özellikle 15-19 yaş grubundaki annelere daha fazla ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Tablo 3: Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Annelerin Eğitim Durumları	Okur-Yazar değil (n=22)	İlköğretim (n=43)	Ortaöğretim-üst(↑) (n=35)	f/p
	X±ss	X±ss	X±ss	
Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeyleri				
Fiziksel Bakım	15.22±3.62	14.79±4.05	15.42±4.37	0.247/0.781
İzlem	10.54±2.68	10.60±2.91	11.54±2.58	1.383/0.256
Beslenme	10.68±2.07	10.95±2.14	11.65±2.41	1.555/0.216
Uyku	4.22±1.34	4.72±1.62	4.85±1.26	1.349/0.264
Emasyonel Gelişim	1.13±0.56	1.37±0.61	1.42±0.65	1.605/0.206
Toplam Puan Ortalamaları	41.81±7.85	42.44±8.98	44.91±8.66	1.136/0.325

Tablo 3'de annelerin eğitim durumu ile bebek bakımına ilişkin bilgi puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Ortaöğretim ve üstü mezun olan annelerin puan ortalamaları, ilköğretim mezunu ve okur yazar olmayan annelerin puan ortalamalarından daha fazla olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda eğitim durumları ile bebek bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Çay (1999) yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi annelerin bebek bakımı konusunda bilgi puanlarını etkilediği saptanmıştır. Annelerin eğitim seviyelerinin artmasına paralel olarak bilgi puanlarında artış görülmüştür (Çay 1999). Bu çalışma ile bizim çalışmamız birbirine benzerlik göstermektedir.

Bireylerin toplum içinde statü kazanmaları, gördükleri öğrenim düzeyi ile orantılıdır. Öğrenim durumuna göre bir meslek sahibi olmak bireylerin toplumsal statülerini de belirlemektedir. Her toplumsal statünün kendine özgü değer sistemleri bulunmaktadır. Örneğin anne-babanın öğrenim durumu ve dolayısıyla sahip olduğu değerler sistemi ailenin ekonomik, sağlık durumunun yükselmesini mümkün kılabilir. Anne-babanın eğitim düzeyi yükseldikçe bebeğin bakım gereksinimlerinin fark edilme ve karşılanma oranı yükselmektedir. Tüm bu bilgilerin ışığında; annelerin eğitim düzeyinin yükselmesi pramatüre bebeklerin bakımında daha etkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 4: Annelerin Yaşadığı Bölgeye Göre Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Annelerin Yaşadığı Bölge	Köy (n=21)	Kent (n=79)	z/p
	X±ss	X±ss	
Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeyleri			
Fiziksel Bakım	15.04±2.69	15.12±4.35	-.268/0.789
İzlem	11.57±2.20	11.74±2.87	-.512/0.244
Beslenme	10.90±1.94	11.20±2.32	-.512/0.608
Uyku	4.76±1.60	4.83±1.41	-.667/0.505
Emasyonel Gelişim	1.38±0.66	1.40±0.61	-.426/0.670
Toplam Puan Ortalamaları	43.66±6.89	44.29±9.09	-.165/0.869

Annelerin yaşadığı bölge ile bebek bakımına ilişkin bilgi puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kentte yaşayan annelerin puan ortalamaları köyde yaşayan annelere göre fazla olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda da yaşadığı yerleşim bölgesi ile bebek bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). İnsanların bilgi düzeyleri, sahip oldukları ve etkileşimde buldukları ortam ya da çevrenin kültürel özelliklerine göre değişiklik gösterir. Gelişmiş yerde bulunmanın annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgi düzeylerini etkilemiş olması beklenen bir sonuçtur. Nitekim bu bölgelerde eğitim, sağlık, ulaşım, maternal izlem, iletişim ve bunun gibi hizmetlerin çağdaş düzeyde sunulması bireyin bebeğin bakımı ile ilgili bilgisinde artışa sebep olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda anlamlı bir ilişkinin bulunmamasının nedeninin annelerin kente yakın köylerde yaşamaları ve kentin tüm olanaklarından faydalanabilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 5: Annelerin Algılanan Gelir Durumlarına Göre Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Annelerin Algılanan Gelir-Gider Durumları	Gelir Yetersiz (n=64)	Gelir Yeterli(n=36)	z/p
	X±ss	X±ss	
Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeyleri			
Fiziksel Bakım	14.46±4.23	16.25±3.45	-2.029/0.042*
İzlem	10.21±2.85	12.16±2.20	-3.448/0.001*
Beslenme	11.01±2.38	11.36±1.97	-.819/0.413
Uyku	4.54±1.41	4.86±1.51	-1.397/0.162
Emasyonel Gelişim	1.21±0.60	1.55±0.60	-2.745/0.006*
Toplam Puan Ortalamaları	41.46±8.98	46.19±7.17	-2.933/0.003*

* istatistiksel olarak anlamlı

Annelerin algılanan gelir-gider durumları ile bebek bakımına ilişkin bilgi puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde, gelir durumu iyi olan annelerin fiziksel bakım, izlem, emosyonel gelişim ve

toplam bebek bakımı puan ortalamaları, gelir durumu iyi olmayan annelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Ekonomik durum tek başına bebek bakımına ilişkin bilgi düzeyini belirlemede yeterli değişken olmasa da ekonomik seviyenin yükselmesi ile birlikte gelişen sosyo-kültürel değişimler bebek bakım uygulamalarını etkilemektedir. Araştırma sonucu literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir (Çay, G, 1999).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamına alınan annelerin, bebeklerin fiziksel bakım, izlem, beslenme, uyku ve emosyonel gelişim konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Annelerin, %6.0'sı adölesan anne olduğu ve araştırmada en az bilgisi olanlarında adölesan annelerin (15-19 yaş grubu) olduğu belirlenmiştir. Ortaöğretim ve üstü mezun olan annelerin puan ortalamaları, ilköğretim mezunu ve okur yazar olmayan annelerin puan ortalamalarından daha fazla olduğu saptanmıştır.

Kentte yaşayan annelerin puan ortalamalarının köyde yaşayan annelere göre fazla olduğu bulunmuştur.

Ailenin algılanan gelir düzeyinin yeterli olması, annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgi düzeylerini arttırdığı belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular çerçevesinde;

- Özellikle primipar kadınların yenidoğan bakımı dahil olmak üzere doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası gereksinimlerine yönelik etkin eğitim ve bakım hizmeti almaları,
- Prenatal, antenatal, postnatal dönemde annelere yenidoğan bakımı ve çocuk gelişimi konusunda eğitim vererek, toplumda bilinçli anne oranının yükseltilmesi ve dolayısıyla toplumda sağlıklı çocuklar yetiştirilmesi,
- Eğitim arttıkça bebek bakımına ait bilgilerinde artacağı göz önüne alındığında, özellikle ilköğretim mezunu ve okur yazar olmayan annelerin eğitimine daha fazla önem verilmesi,
- AÇSAP ve Birinci Basamak Sağlık Merkezleri çalışanları özellikle ebe ve hemşirelerin gebe izlem konusunda gereken hassasiyeti göstermeleri ve bu konuda ilgili denetimlerin sıklaştırılması,
- Yenidoğan bakımı konusunda toplumu bilinçlendirmek amacıyla kitle iletişim araçları ile yenidoğan bakımı konusundaki eğitimlerin geniş kitlelere ulaştırılması (özellikle televizyon),
- Prematüre bebeği olan annelerin bebeklerine verdiği fiziksel bakımı ve bebeğin fiziksel büyümesini etkileyen başka faktörlerin belirlenmesi

amacıyla daha geniş örneklem gruplarında ve uzun süreli araştırmalar yapılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Als H, Gilkerson L (1997). The Role of Relationship-Based Developmentally Supportive Newborn Intensive Care in Strengthening Outcome of Preterm Infants, *Seminars in Perinatology*, 21(3): 178-189
2. Altuncu E ve ark (2006). The Relationship of Placental Histology to Pregnancy and Neonatal Characteristics in Preterm Infants, *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 9(1): 2-3
3. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, (2004). Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt:14, Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı, 54-58
4. Çay, G, (1999). Prematüre Bebeğe Sahip Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Bilgi Gereksinimleri, *Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı.
5. Çiçek N. ve ark. (2005). Prematüre bebeklerin izlem sonuçları, *Türk Pediatri Arşivi*, 40: 33- 37
6. Davis L, Edwards H, Mohey, H, (2003). Mother- Infant Interaction İn Pramature Infants At Three Months After Nursery Discharge, *international Journal of Nursing Practice*; 9: 374-381
7. Dinç S, (2004). şanlıurfa Merkezinde Bulunan 4 Numaralı Sağlık Ocağı'na Kayıtlı 0-1 Yaşında Çocuğa Sahip Olan Çocukların Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Uygulamalar, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 7(2): 53-62
8. Eğri G, Gölbaşı Z, (2006). 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamaları, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5): 313-320
9. Kılıç S ve ark, (2006) Hamile Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2): 91-96
10. Koç E, (2007). Enteral Beslenme , *Güncel Pediatri Dergisi*, 143
11. Kopal, ř ve ark (1999). Erken Doğumlarda Mediko-sosyal Risk Faktörleri, *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 6 (3): 27-33
12. Özvarış ř, Akın A, (2002). Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Planlama Vakfı Kitabı /UNFPA/ Ankara*
13. Sermet H, (2005). 16-24. Haftalardaki Gebelerde Preterm Doğum Riskinin Belirlenmesinde Ultrasonografik Servikal Değerlendirme" şişli Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, *Uzmanlık Tezi*, sayfa: (4)
14. Soysal ř ve ark, (2005). Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8: 88-99
15. Sönmez Y, (2007). Doğum öncesi Bakım Hizmetleri, *Sted Dergisi*, 16(1): 9-10
16. Taşkın L (2005). Özel Bakım Gerektiren Yenidoğanlar Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Ders Kitabı/7. Baskı, 381-382
17. Turan T, Bolışık B, (2003) Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1): 39-45
18. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık İstatistik Kurumu(2007). www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 12.05.2008.
19. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003). www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm - 14k Erişim Tarihi: 12.02.2008

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN EMPATİK BECERİ VE İLETİŞİM
BECERİ DÜZEYLERİ İLE BİREYSEL ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

*THE RELATIONS BETWEEN LEVELS OF EMPHATIC SKILLS,
COMMUNICATION SKILLS AND INDIVIDUAL CHARACTERISTICS OF
NURSING STUDENTS*

Yrd. Doç. Dr. Emel YILMAZ*

Öğr. Gör. Dr. Sultan ÖZKAN**

* Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

** Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Bu çalışma; hemşirelik öğrencilerinin empatik beceri ve iletişim beceri düzeyleri ile bireysel özellikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve uygulandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 142 öğrenci oluşturdu (katılım oranı %97). Veriler, kişisel bilgi formu, İletişim Becerileri Envanteri (İBE) ve Empatik Beceri Ölçeği-B formu (EBÖ) kullanılarak elde edildi. Araştırma öncesinde ilgili kurumdan yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alındı. Verilerin analizi, SPSS 11.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, Mann Whitney U, ANOVA, Kruskal Wallis ve korelasyon testleri ile yapıldı.

Bulgular: Öğrencilerin EBÖ toplam puan ortalaması 133.90 ± 18.77 , İBE toplam puan ortalaması 150.97 ± 9.61 'dir. Çalışmanın sonuçlarına göre, empatik beceri ve iletişim becerisi arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptanmadı ($r=0.019$, $p<0.01$). Araştırma sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin empatik beceri ve iletişim becerisi puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlendi.

Sonuç: Bulgularımız hemşirelik öğrencilerinin empatik beceri ve iletişim becerilerinin geliştirilmeye ihtiyacı olduğunu gösterdi. Eğitim müfredatında empatik beceri ve iletişim bilgi ve becerilerinin öğretilmesine daha fazla yer verilmesi önerildi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, empatik beceri düzeyi, iletişim becerisi

ABSTRACT

Objective: This study, as a descriptive research, was planned and applied to determine the relations between levels of emphatic skills, communication skills and individual characteristics of nursing students.

Material and Methods: The universe of the study consisted of 142 students currently attending at Bandırma School of Health, Balıkesir University

(participation rate 97%). In the study, three instruments were used: personal knowledge form, Empathic Skill Scale-B Form (ESS), Communication Skills Inventory (CSI). Before the study, permission was taken from the school and during the study it was taken from students. The analyses of the data were obtained by using descriptive statistical, students t test, Mann-Whitney U, ANOVA, Kruskal Wallis and correlation analyzes in SPSS 11.0.

Results: The mean ESS score was 133.90 ± 18.77 , the mean scores of CSI was 150.97 ± 9.61 . According to the results of the study, it was found that there wasn't correlation relationship between emphatic skill and communication skill ($r=0.019$, $p=0.01$). The results showed that empathic levels and communication skills of the nursing students were moderately.

Conclusion: Our results showed that the emphatic skills and communication skills of nursing students are not satisfying and need to be improved. It was suggested that the students should receive training regarding emphatic skills and communication skills in curriculum.

Key Words: Nursing students, level of empathic skills, communication skills

GİRİŞ

İnsan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı mesleklerden birisi de hemşireliktir (Uygun 1996). İletişim, hemşirelik mesleğinde kullanılan tüm süreçlerin temelini oluşturur. Doğrudan insana hizmet veren hemşirelikte, hastayla veya sağlıklı bireyle kurulan kişilerarası iletişim ve mesleki etkileşim, yardım edici anlamda bir ilişki özelliği gösterir. Bu noktada iletişim becerileri, hemşirenin bireye ulaşma, sorunları tanımlama, bakım verme ve yardım etme işlevini yerine getirirken yararlandığı en önemli araçlardan birisidir (Ünal 2005).

Birçok hemşire kuramcı (King 1981, Peplau 1952, Orlando 1961, Travelbee 1971, Widenbach 1973) hemşireliği; hasta ve hemşire arasında kurulan iletişim olarak tanımlamaktadır (Olson ve Hanchet 1997). Hemşirelik literatüründe, hemşire-hasta ilişkisi; verilmesi amaçlanan tüm bakımın en önemli noktasıdır (Uygun 1996). Kişiler arası ilişkilerin temelini oluşturan kavramlardan biri de empatidir (Metz ve ark 2001). Empati, bir insanın kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak, onun duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve anladığını ona iletmesi sürecidir (Dökmen 1994). Hemşirelikte ve tedavi edici hemşire hasta ilişkilerinde empati mutlaka yer almalıdır (Metz ve Gerçek 2005). Hemşire hastanın bakım gereksinimlerini ortaya çıkarmak ve onların sorunlarıyla daha iyi baş edebilir hale gelmesini sağlamak için hastayla iletişime girer. Bu etkileşim sırasında hastanın doğru bir şekilde anlaşılması, iletişim becerilerinin temeli olan "empatik iletişim becerisiyle" sağlanabilir (Reynolds ve ark. 2000).

Profesyonel hemşireler hastaya özel bakım verirler. Hasta bütün yetkilerini hemşireye verebilir. Çünkü hastadır ve kendi ile ilgili sorumluluktan vazgeçmekten hoşlanır. Hastaya özel hemşirelik

bakımının yapılmasıyla hastanın kendi sorumluluklarını alması, hemşire hasta arasında geçen kişilerarası iletişimin hemşire tarafından iyi planlanıp uygulanmasıyla sağlanır. Hemşire empati yapamadığı zaman hasta, hemşireyi bir profesyonel olarak görmemekte ve hemşire rutin işlere yönelmekte, hemşirelik işlevleri de sınırlanmaktadır. Profesyonel hemşirelik bakımı için hemşireler empatik iletişimi kullanmak durumundadır. Hemşirenin empati yapması hemşire için de önemlidir. Çünkü, hemşirenin hastayla yaptığı empati sonucunda hemşirenin topladığı bilgiler, o hastada kullanılmasının yanı sıra, hemşirenin bilgi dağarcığını zenginleştireceğinden farklı hasta davranışlarını anlamada kullanılabilir. (Sevimligül 2002).

Hemşire tarafından anlaşıldığını hisseden birey, önemsendiğini, ona güvendiğini ve değer verildiğini düşünür. Bu durumda hemşirenin bireye ulaşması kolaylaşır ve birey hemşirenin bakımını kabul eder. Dolayısıyla bireyselleşmiş bakım ve olumlu tedavi edici ortam sağlanmış olur. Bireye verilen bu tür bir hizmet sonrasında iyileşme hızı artar, tedavinin olumsuz sonuçları azalır. Empatinin etkin kullanımı hastanın memnuniyetini ve genel sağlık durumunu da olumlu yönde etkiler. Erken taburcu olarak daha kısa sürede üretken olan bireyin mutluluğu artarken ekonomik kazancı da artmış olur (Olson ve Hanchet 1997, Reynolds ve ark. 2000). Benzer şekilde literatürde, hemşirelerin etkili kişiler arası ilişkiler ve iletişim becerisi geliştirmesinin hastalar üzerinde olumlu etkiler (hizmetten memnuniyetin artması, hastalık ve tedaviye uyum, iyileşmeye motivasyonun artması) yarattığı gösterilmektedir (Evans ve ark. 1998).

Hemşirelik mesleği için empati bu kadar önemli iken hemşirelerin yeterince empatik olmadıklarına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Ay 1999, Reynolds ve ark. 2000 Akgöz ve Karavuş 2005). Diğer taraftan gerek hemşirelik öğrencileri gerekse mezun hemşireler ile yapılan çalışmalar empatinin eğitim ile kazandırılabilen bir beceri olduğunu göstermektedir (Karaaslan ve Özgür 2001, Pek ve ark. 2001, Mete ve ark. 2001, Wikström 2001, Mete ve Gerçek 2005).

Günümüzde hemşirelik eğitiminde niteliğin artırılması yönündeki girişimler içinde öğrencilerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi de yer almaktadır. Bu bağlamda ülkemizde hemşirelerin ve öğrenci hemşirelerin özellikle empati konusunda bilgi ve becerilerini arttırmak için çeşitli çalışmalar yapılmakta ve becerilerin en iyi şekilde kazandırılması için çalışılmaktadır (Karaaslan ve Özgür 2001).

Sağlık bakım sisteminde hemşirelik uygulamalarının kalitesinin yükseltilmesinde ve sağlıklı/hasta birey üzerinde kurulan iletişimde, empatik becerinin önemli bir yapıtaşı olmasından yola çıkılarak, bu araştırma öğrenci hemşirelerin empatik beceri ve iletişim beceri düzeyleri ve bunlara etki eden faktörlerle ilişkisini belirlemek amacıyla planlandı ve uygulandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın evrenini 2007–2008 öğretim yılında Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan 147 öğrenci oluşturdu. Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmedi ve evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeme, araştırmanın yapıldığı tarihte okula gelmeme gibi nedenlerle araştırma kapsamına toplam 142 öğrenci alındı (katılım oranı %97). Veri toplama aracı olarak öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini içeren 17 soruluk kişisel bilgi formu, İletişim Becerileri Envanteri ve Empatik Beceri Ölçeği B Formu kullanıldı. Kişisel bilgi formunda öğrencilerin sınıfı, yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, mezun olduğu lise, büyüdüğü/yetiştirildiği yer, ailesinin gelir durumunu nasıl değerlendirdiği, sosyal ilişkilerinde ve hasta ile iletişim sorunu yaşayıp yaşamadığına vb. ilişkin sorular yer almaktadır.

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) B Formu: Empatik Beceri Ölçeği, Dökmen (1988) tarafından bireyin empati kurma becerisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. EBÖ'de altı sorun ve her bir sorunun altında böyle bir sorunu dile getiren kişiye verilebilecek 12 empatik tepki cümlesi sıralanmıştır. Bireylerden, bu tepkilerden beğendikleri dört tanesini seçmeleri istenir (12 tepkiden bir tanesi, rastgele cevaplayanları belirlemek amacıyla konulmuş olan, sorunla ilgisiz bir tepkidir). Ölçekteki 6 sorunla ilgili olarak dörder tane, toplam 24 empatik tepki seçen öğrencilere, seçtikleri her bir tepkinin karşılığı olan puan, ölçeğin değerlendirme bölümüne bakılarak verilir. EBÖ'den alınan en yüksek puan 219, en düşük puan 62 dir. Yüksek puan yüksek empatik beceriye karşılık gelmektedir. EBÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dökmen (1988) tarafından yapılmıştır (Dökmen 1988).

İletişim Becerileri Envanteri: Bireylerin kişiler arası ilişkilerde sahip oldukları iletişim beceri düzeylerini belirlemek için Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından geliştirilmiş 45 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçek, iletişim becerileri düzeyini; davranışsal, bilişsel ve duygusal boyutları açısından değerlendirmektedir. Likert tipi bir ölçektir. Derecelendirme şu şekildedir; her zaman (5), genellikle (4), bazen (3), nadiren (2), hiçbir zaman (1) anlamına gelmektedir. Envanterin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından yapılmıştır.

Veriler Mayıs ayı içinde, öğrencilerin birbirleriyle etkileşimini en aza indirmek amacıyla aynı gün, sınıf ortamında toplandı. Anketler öğrenciler tarafından 15–20 dk'da dolduruldu ve doldurulan formlar araştırmacılar tarafından geri toplandı. Araştırma öncesinde kurumdan ve araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra öğrencilerden sözel onam alındı.

Verilerin analizi SPSS 11.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler, student t testi, Mann Whitney U testi, ANOVA, Kruskal Wallis ve korelasyon analizleri kullanılarak yapıldı

BULGULAR

Tablo 1: Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) ve İletişim Becerisi Envanterinden (İBE)Aldıkları Puan Ortalamaları (n=142)

Değişkenler	Sayı (%)	EBÖ Ort ± SS	İBE Ort ± SS	BB Ort ± SS	DB Ort ± SS	Duy B Ort ± SS
Yaş (ort±SS. 20.30±1.46)						
20 yaş ve altı	83 (58.5)	134.21±18.41	152.08±8.91	53.18±4.28	51.65±4.47	47.25±4.52
21 yaş ve üzeri	59 (41.5)	133.45±19.43	149.40±10.38	52.05±4.72	51.61±4.71	45.74±4.44
		t=0.237 p=0,813	t=1.646 p=0,102	t=1.484 p=0,140	t=0.052 p=0,959	t=1.972 p=0,051
Cins						
Erkek	9 (6.3)	141.77±9.98	153.88±12.92	52.33±6.76	51.11±4.83	50.44±6.08
Kadın	133(93.7)	133.36±19.13	150.77±9.37	52.73±4.32	51.66±4.56	46.36±4.31
		U=424.500 p=0,145	U=457.000 P=0,236	U=571.000 p=0,817	U=569.000 p=0,804	U=371.500 p=0,057
Sınıf						
1. sınıf	41(28.9)	133.60±17.83	152.63±9.21	53.26±4.84	51.92±4.38	47.43±4.43
2. sınıf	40(28.2)	133.75±20.48	150.87±7.68	52.90±3.51	50.60±3.76	47.37±4.21
3. sınıf	32(22.5)	136.43±20.11	151.71±12.03	53.21±5.29	52.65±5.17	45.84±4.71
4. sınıf	29(20.4)	131.72±16.62	147.93±9.32	51.10±4.02	51.51±5.01	45.31±4.66
		$\chi^2=0.094$ p=0,759	$\chi^2=1.355$ p=0,244	$\chi^2=0.500$ p=0,480	$\chi^2=4.621$ p=0,032	$\chi^2=0.010$ p=0,921
En son bitirilen okul						
Sağ. mes lisesi	6 (4.2)	128.66±24.88	148.66±6.56	54.16± 2.56	51.33±4.08	43.16±4.66
Düz lise	84(59.2)	134.14±17.89	151.48±9.97	52.96± 4.57	51.80± 4.84	46.71±4.69
Süper/ana lisesi	52 (36.6)	134.11±19.74	150.40±9.37	52.13± 4.50	51.38± 4.20	46.88±4.16
		$\chi^2=0.522$ p=0,770	$\chi^2=0.769$ p=0,681	$\chi^2=2.251$ p=0,325	$\chi^2=0.567$ p=0,753	$\chi^2=4.102$ p=0,129
En uzun yaşanan yer						
Köy/kasaba	23(16.2)	141.47±20.56	151.52±8.48	52.08±3.89	51.52±4.25	47.91±4.54
İl/ilçe	119(83.8)	132.43±18.14	150.86±9.84	52.83±4.59	51.65±4.63	46.37±4.50
		U=1007.000	U=1342.000	U=1172.000 p=	U=1302.000	U=1125.500
		p=0,045	p=0,883	0,275	p=0,712	p=0,177

Şu an kalınan yer	12 (8.5)	142.08±15.91	153.16 ±12.11	53.58±5.75	52.83±5.58	46.75±3.49
Aile ile	65(45.8)	134.84±18.21	151.41±9.28	53.07±4.33	51.49±4.73	46.84±4.35
Yurtta	65(45.8)	131.44±19.54	150.12±9.50	52.18±4.40	51.55±4.21	46.38±4.91
Ark ile evde		$\chi^2=3.657$ p=0.161	$\chi^2=1.776$ p=0.411	$\chi^2=2.542$ p=0.281	$\chi^2=1.065$ p=0.587	$\chi^2=0.068$ p=0.966
Daha önce iletişim ile ilgili eğitim alma						
Evet	46(32.4)	136.97±18.73	151.60±9.59	52.82±4.32	52.52±4.99	46.26±4.68
Hayır	96(67.6)	132.42±18.71	150.66±9.65	52.65±4.58	51.20±4.30	46.80±4.47
		t=1.356 p=0.177	t=0.546 p=0.586	t=0.210 p=0.834	t=1.614 p=0.109	t=-0.664 p=0.508
Sosyal ilişkilerde güçlük yaşama						
Evet	12(8.5)	137.41±12.53	155.50±9.58	52.83±3.66	52.50±5.07	50.16±5.62
Hayır	130(91.5)	133.57±19.25	150.55±9.54	52.70±4.56	51.55±4.52	46.30±4.30
		U=709.000 p=0.602	U=582.000 p=0.146	U=739.500 p=0.766	U=708.500 p=0.599	U=467.000 p=0.021
Hasta ile iletişimde güçlük yaşama						
Evet	14(9.9)	141.07±20.17	149.42±10.19	52.07±4.04	49.07±4.85	48.28±5.56
Hayır	128(90.1)	133.11±18.53	151.14±9.57	52.78±4.54	51.91±4.46	46.44±4.39
		U=695.000 p=0.169	U=756.500 p=0.339	U=853.000 p=0.768	U=620.000 p=0.058	U=739.500 p=0.283
Sosyal etkinliklere aktif katılma						
Evet	63 (44.4)	134.82±19.22	150.25±9.75	52.14±4.71	51.87±4.50	46.23±4.65
Hayır	79(55.6)	133.16±18.50	151.54±9.52	53.16±4.27	51.44±4.62	46.93±4.43
		t=0.520 p=0.604	t=-0.794 p=0.429	t=-1.351 p=0.179	t=0.558 p=0.578	t=-0.912 p=0.364

t: student t testi, U: Mann Whitney U testi, F: ANOVA, χ^2 : Kruskal wallis testi

Tablo 2: Öğrencilerin Ailelerini Tamtıcı Özelliklerine Göre Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) ve İletişim Becerisi Envanterinden (İBE) Aldıkları Puan Ortalamaları (n=142)

Değişkenler	Sayı (%)	EBÖ Ort ± SS	İBE Ort ± SS	BB Ort ± SS	DB Ort ± SS	Duy B Ort ± SS
Aile tipi						
Çekirdek aile	125 (88.0)	135.25±18.39	150.46±9.37	52.49±4.37	51.47±4.45	46.49±4.51
Geniş aile	17(12.0)	123.94±19.11	154.70±10.76	54.29±5.14	52.82±5.31	47.58±4.73
		U=699.000 p=0.022	U=774.500 p=0.070	U=842.000 p=0.165	U=847.500 p=0.175	U=861.500 p=0.205

Kardeş sayısı (ort±SS: 3.21±1.56)									
3 kardeş ve altı	134.81±18.90	150.77±9.86	52.70±4.57	51.58±4.86	46.49±4.04				
4 ve üzeri	131.73±18.52 t=0.896 p=0.373	151.45±9.06 t=-0.385 p=0.701	52.73±4.32 t=-0.046 p=0.963	51.76±3.80 t=-0.216 p=0.829	46.95±5.57 t=-0.553 p=0.581				
Alenin gelir durumu									
Gelir Giderden ↓	132.68±19.94	153.36±9.32	53.72±4.23	52.56±4.30	47.06±4.92				
Gelir Gidere= / ↑	134.44±18.30	149.89±9.59	52.25±4.54	51.21±4.63	46.42±4.36				
	t=-0.517 p=0.606	t= 2.030 p=0.046	t= 1.822 p=0.071	t= 1.645 p=0.102	t=0.776 p=0.439				
Anne eğitim düzeyi									
Okuryazar değil	135.63±22.37	152.54±10.00	53.00±3.60	51.63±2.94	47.90±6.75				
İlköğretim Lise ve üzeri	134.13±18.66 131.06±17.92 $\chi^2=0.213$ p=0.899	150.85±9.23 150.75±12.32 $\chi^2=0.035$ p=0.983	52.64±4.57 53.00±4.66 $\chi^2=0.125$ p=0.940	51.60±4.62 51.87±5.25 $\chi^2=0.046$ p=0.977	46.60±4.28 45.87±4.64 $\chi^2=0.387$ p=0.824				
Baba eğitim düzeyi									
İlköğretim Lise ve üzeri	134.44±19.29 132.61±17.65 t=0.526. p= 0.600	151.43±9.24 149.88±10.45 t=0.876 p=0.383	52.85±4.40 52.38±4.71 t=0.567 p=0.572	51.63±4.26 51.64±5.26 t=-0.015 p=0.988	46.95±4.62 45.85±4.26 t= 1.314 p=0.191				
Anne iş									
Ev hanımı	134.38±18.83	151.00±9.70	52.67±4.55	51.74±4.59	46.58±4.65				
İşçi / emekli	129.80±18.43 U=864.500 p=0.559	150.73±9.12 U=899.500 p=0.725	53.00±4.01 U=886.000 p=0.658	50.73±4.36 U=843.000 p=0.466	47.00±3.44 U=922.000 p=0.839				
Baba iş									
Emekli	132.95±18.07	151.08±10.10	52.74±4.45	51.95±4.77	46.38±3.33				
İşçi/memur	133.21±15.33	149.66±8.51	51.97±4.34	51.57±4.59	46.11±5.09				
Serbest meslek	135.28±21.87	151.90±10.03	53.26±4.62	51.39±4.42	47.24±4.98				
	F=0.228 p=0.796	F=0.637 p=0.530	F=0.966 p=0.383	F=0.192 p=0.826	F=0.822 p=0.442				

t: student t testi, U: Mann Whitney U testi, F: ANOVA, χ^2 : Kruskal wallis test

Araştırmaya katılan öğrencilerin %58.5'inin 20 yaş ve altında (yaş ortalaması 20.30±1.46), %93.7'sinin kadın, %28.9'unun 1. sınıfta okuduğu, %59.2'sinin düz liseden mezun olduğu, %83.8'sinin uzun süre il/ilçede yaşadığı, %45.8'inin arkadaşlarıyla evde kaldığı, %67.6'sının iletişim ile ilgili bir eğitim almadığı, %91.5'inin sosyal ilişkilerinde ve %90.1'inin hasta ile iletişimde güçlük yaşamadığı, %55.6'sının sosyal etkinliklere yeterli düzeyde katılmadığı saptandı (Tablo 1).

EBÖ, İBE ve alt boyutlarının öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; EBÖ toplam puanı ile uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Uzun süre köy/kasabada yaşayan öğrencilerin EBÖ puanları yüksektir (Tablo 1).

İBE'nin alt boyutlarından davranışsal boyutu (DB) ile devam edilen sınıf, duygusal boyutu (Duy B) ile sosyal ilişkilerde güçlük yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$). 3. sınıfa devam eden öğrencilerin DB'tan sosyal ilişkilerde güçlük çeken öğrencilerin DuyB puanları yüksektir (Tablo 1).

■ Araştırma grubunun ailesi ile ilgili özelliklerine bakıldığında; %88.0'nin çekirdek aileye, %70.4'ünün üç ve daha az kardeşe sahip olduğu, %69.0'nin gelirin giderine eşit veya fazla, %81.0'nin annesinin, %70.4'ünün babasının ilköğretim mezunu olduğu, %89.4'ünün annesinin ev hanımı ve %37.3'ünün babasının serbest meslek sahibi olduğu görülmektedir (Tablo 2).

EBÖ, İBE ve alt boyutlarının öğrencilerin ailelerini tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; EBÖ toplam puanı ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Çekirdek aileye sahip olanların EBÖ puanları yüksektir (Tablo 2).

İBE ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Geliri giderinden az olanların İBE puanları yüksektir (Tablo 2).

Tablo 3. Empatik Beceri Ölçeği ve İletişim Becerileri Envanterinden Elde Edilen Puanların Ortalamaları (Ort±ss) ve En Düşük-En Yüksek Değerleri (n=142)

Ölçekler	Ort±SS	En düşük-en yüksek
Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)	133.90±18.77	84-174
İletişim Becerileri Envanteri (İBE)	150.97±9.61	120-173
Bilişsel Boyut (BB)	52.71±4.48	38-65
Davranışsal boyut (DB)	51.63±4.56	39-64
Duygusal Boyut (Duy B)	46.62±4.53	33-61

Tablo 3'de Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ), İletişim Becerileri Envanteri (İBE) ve alt boyutlarının ortalama puanları ve en düşük-en yüksek değerleri gösterildi.

Tablo 4. EBÖ'nin İBE ve Alt Boyutları ile ilişkisi (n=142)

Ölçekler		İLETİŞİM TOP	BB	DB	DUYB
EBÖ	r	0.019**	0.008**	-0.007**	0.039**

**p<0.01

EBÖ ile İBE ve alt boyutları arasında korelasyon ilişkisi saptanmadı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Hemşirelik insan ilişkileri üzerine temellenmiş bir meslektir ve hemşirelik bakım sürecinin etkinliği hemşirenin diğer bireylerle etkin iletişim kurma yeteneğine bağlıdır. Yardım edici ilişkinin en temel bileşeni empatidir. Bireyi ve sorunlarını anlayabilmek empati ile mümkündür (Tutuk ve ark 2002).

Öğrenci hemşirelerle yapılan benzer çalışmaların tanıtıcı özellikleri ile bu araştırmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özellikleri benzerlik göstermektedir (Karaaslan ve Özgür 2001, Pek ve ark. 2001).

EBÖ, İBE ve alt boyutlarının öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; yapılan birçok çalışmada yaş ile EBÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken (Bayam ve ark. 1995, Aydın 1996, Pişmişoğlu 1997, Ay 1999, Sevimligül 2002, Tutuk ve ark. 2002, Pınar 2004, Çiçek 2006, Uygun 2006), bazı çalışmalarda yaş arttıkça empatik eğilimin arttığı (Öz 1992, Pek ve ark. 2001), bazılarında ise yaş arttıkça empatik beceri (EB) düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (Çıtak 1998, Akgöz ve ark. 2005). Bu çalışmada yaş ile EB düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bulgular literatür ile uyumludur.

Çiçek (2006)'ın çalışmasında cinsiyet ile EB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, Bayam ve ark. (1995) ve Aydın (1996) çalışmalarında kadınların EB'lerini erkeklerden yüksek bulmuşlardır. Bu çalışmada da cinsiyet ile EB arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Erkek öğrencilerin EB puanları daha yüksektir (Tablo 1). Erkek öğrencilerdeki EB puanlarının yüksek çıkma nedeninin erkek öğrenci sayısının az olmasından kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Yapılan çalışmalarda devam edilen sınıf arttıkça EBÖ puan ortalamalarının da arttığı bildirilmiştir (Pek ve ark 2001, Yurttaş 2001, Mete ve Gerçek 2005, Çınar ve ark 2007). Diğer yandan Tutuk ve

ark'nın (2002) çalışmasında sınıf büyüdükçe iletişim becerilerinin (İB) de geliştiği görülmüştür. Toy'un (2007) mühendislik ve hukuk fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada İB ile sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca benzer bir şekilde bizim çalışmamızda devam edilen sınıf ile EBÖ ve İBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1). En yüksek puan ortalamasına 3. sınıf öğrencilerinin sahip olduğu görüldü. Bulgular literatüre uygunluk göstermekte olup, sonuçlar örnekleme oluşturan öğrencilerin empatik beceri ve iletişim becerisini geliştirici eğitim almalarının gereğini ortaya çıkarmaktadır.

Öğrencilerin mezun oldukları okul ile EBÖ ve İBE puan ortalamaları arasında fark saptanmadı, düz liseden mezun olan öğrencilerin puanları daha yüksek bulundu (Tablo 1). Yurttaş (2001) çalışmasında sağlık meslek lisesi mezunlarının İB'nin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Farkın, bizim çalışmamızda sağlık meslek lisesi mezunlarının azlığından kaynaklandığı kanısındayız.

EBÖ toplam puanı ile uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p < 0.05$). Uzun süre köy/kasabada yaşayan öğrencilerin EBÖ puanları yüksektir (Tablo 1). Yurttaş (2001) çalışmasında uzun süre yaşanan yer ile EBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel fark saptamamıştır. Bu araştırmadaki farkın kentlerin sosyal ve kültürel yoğunluğuna karşılık, küçük yerleşim yerlerinde yaşayan kişilerin sosyal ilişkilerini daha yoğun ve samimi olarak yaşamalarından kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Karaaslan ve Özgür (2001) çalışmalarında evde arkadaşları ile kalan öğrencilerin EB puan ortalamalarını daha yüksek bulmuşlardır. Bu çalışmada ailesi ile birlikte kalan öğrencilerin EB ve İB puanları daha yüksektir (Tablo 1). Aile içinde yakın ilişkiler nedeni daha sık empati yapıldığından bu sonuç normal olarak değerlendirilmektedir.

Eğitimin EB geliştirmede etkili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi (Karaaslan ve Özgür 2001, Pek ve ark. 2001, Mete ve ark. 2001, Mete ve Gerçek 2005), etkisiz olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Yurttaş ve Yetkin 2003). Tutuk ve ark.'nın (2002) çalışmasında eğitimin öğrencilerin iletişim becerilerinin gelişmesine olumlu katkı sağladığı belirtilmiştir. Daha önce EB ile ilgili ders alanlarda EB puanları yüksek bulunmuştur (Çıtak 1998). Bu çalışmada daha önce EB ve İB ile ilgili eğitim alan öğrencilerin EB ve İB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın, EB ve İB'si puanları daha yüksektir (Tablo 1). Bulgular literatür ile uyumludur. Alınan eğitim öğrencilerin iletişim ve empati düzeylerini arttırmıştır.

İBE'nin alt boyutlarından davranışsal boyut ile devam edilen sınıf, duygusal boyutu ile sosyal ilişkilerde güçlük yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. ($p < 0.05$). 3. sınıfa devam

eden öğrencilerin davranışsal boyuttan, sosyal ilişkilerde güçlük çeken öğrencilerin duygusal boyut puanları yüksektir (Tablo 1). Toy'un (2007) mühendislik ve hukuk fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmasında İBÖ alt boyutu ile her iki fakültede devam edilen sınıf arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Bizim araştırmadan elde edilen sonuç literatürden farklılık göstermektedir.

Tutuk ve ark.nın (2002) çalışmasında insanlarla ilişkilerinde güçlük yaşadığını bildirenlerin İB ve empatik eğilim puanları güçlük yaşamayanlara göre düşük bulunmuştur. Hasta ile iletişimde güçlüğü olmayan öğrencilerin empatik eğilim puanları daha yüksektir. Bu çalışmada sosyal ilişkilerinde ve hasta ile iletişimde güçlük çektiğini ifade eden öğrencilerin EBÖ puanları yüksek bulundu (Tablo 1). Farkın ilişkilerinde sorun olan öğrencilerin sosyal ve hasta ile olan ilişkilerini geliştirmek için daha fazla empati yapmalarından kaynaklandığı kanısındayız.

Yapılan çalışmalarda aile yapısı ile EB arasında fark saptanmamıştır (Sevimligül 2002, Karaaslan ve Özgür 2001). Bu çalışmada aile tipi ve EB arasında istatistiksel fark saptandı ($p<0.05$). Çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin EB puanları daha yüksektir (Tablo 2). Çekirdek ailede kişilerin birbirlerine daha fazla zaman ayırdıkları, kurulan samimi ilişkiler nedeni ile empatik becerilerinin arttığı düşünülebilir.

Ay'ın (1999) çalışmasında hemşirelerin kardeş sayıları arttıkça empatik becerilerinin arttığı, Çiçek'in (2006) çalışmasında ise kardeş sayısı ile EB arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular Çiçek'in (2006) bulguları ile benzerdir (Tablo 2). Oysa, EB'nin erken çocukluk döneminde, aile içinde geliştiği ve kardeş sayısının artması ile, empati yapabilme olanaklarının artmasının EB'yi arttıracığı düşünülerek, kardeş sayısı fazla olan bireylerde empati düzeyinin yüksek olacağı beklenebilirdi.

Karaaslan ve Özgür'ün (2001)' çalışmasında anne-baba eğitim düzeyi, işi ve ailenin gelir durumu ile EB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer bir şekilde bu çalışmada da anne baba eğitim düzeyi ve işi ile EB ve İB'si arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Sonuç Karaaslan ve Özgür'ün (2001) çalışmasıyla uyumludur. Bu çalışmada ailenin gelir durumu ile İB arasında saptanan farkın (Tablo 2) ekonomik düzeyi yüksek olan öğrencilerin daha farklı ve fazla sosyal çevreye girmeleri nedeni ile yüksek puan almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

EBÖ'den alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar (66-209) iken araştırmaya katılan öğrencilerin EBÖ puan ortalaması 133.90 ± 18.77 olarak bulundu (Tablo 3). Hemşireler ile bu ölçek kullanılarak yapılan çeşitli çalışmalarda saptanan EBÖ puan ortalamaları şöyledir: Uygun (1996) 143.05 ± 26.20 , Pişmişoğlu (1997) 127.83 ± 20.25 , Çıtak (1998) 169.73 ± 30.82 , Yurttaş (2001) 135.59 ± 20.31 , Akgöz ve ark. (2005)

128±1.2, Çınar ve ark (2007) 139.45 ± 20.47'dir. Aydın (1996) çeşitli meslek grupları (doktor, öğretmen, polis) ile yaptığı çalışmada EBÖ puan ortalaması 131.53±32.01, Toy'un (2007) mühendislik ve hukuk fakültesi öğrencileri ile ilgili çalışmasında 128.49±18.58 olarak bulunmuştur.

Toy'un (2007) çalışmasında İB toplam puan ortalaması 165.27±15.04, BB 54.49±5.27, DB 56.33± 5.94 Duy B 54.45± 5.69 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmada İBE (150.97±9.61), BB (52.71±4.48), DB (51.63±4.56) ve DuyB (46.62±4.53) olarak bulundu (Tablo 3). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatüre göre düşüktür. Hemşirelik mesleği insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı mesleklerdendir. İletişimin bu kadar yoğun yaşandığı ve iletişimin önemli olduğu hemşirelikte İB puanlarının düşük olması üzücüdür. İB artırmaya yönelik eğitimlerin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Toy'un (2007) çalışmasında İB ile EB arasında pozitif yönde bir korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Bu çalışmada ise EB ve İB arasında herhangi bir ilişki belirlenmedi (Tablo 4). Bu farkın nedeni; öğrencilerdeki empatik anlayışın yeterince gelişmemiş olması nedeniyle mesajın karşı tarafa tam ve doğru aktarılmasından dolayı iletişime olumlu yönde yansımaması olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; öğrencilerin EBÖ ve İBE puan ortalamaları orta düzeyde bulundu. EBÖ ile İBE arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hemşirelik öğrencilerinin EB ve İB'nin geliştirilmesine gereksinim olduğu ve bunun için de bu konuya daha çok önem verilmesi gerektiği görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Öğrencilerin EB'ye İB'nin, okula başladıkları yıldan itibaren her yıl değerlendirilerek, bu becerilerin geliştirilmesi yönünde çaba gösterilmesi,
- EB ve İB düşük olan öğrencilerle daha yakından ilgilenilerek sorunun kaynağı bulunup, ona yönelik çözümler geliştirilmesi,
- İletişim ve empati eğitiminin öğrencilerin iletişim ve empati düzeyinin gelişmesindeki önemi dikkate alınarak, alınarak kuramsal ve uygulamalı eğitimde bu konuya özen gösterilmesi,
- Sağlık personeli yetiştiren tüm eğitim kurumlarında psikodrama, rol alma ve rol modeli tekniklerinin kullanıldığı empatik iletişim becerisini geliştirme dersinin eğitim programına dahil edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akgöz S, Karavuş M (2005). Çanakkale ili sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebelerin empatik iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 13, 14-19.
2. Ay (Akça) F (1999). Hemşirelerin empati becerilerinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
3. Aydın A (1998). Empatik becerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
4. Bayam G, Şimşek UE, Dilbaz N (1995). Üç farklı meslek grubunda empatik beceri düzeylerinin karşılaştırılması. Kriz Dergisi, 3:1-2, 205-207.
5. Çınar N, Cevahir R, Şahin S ve ark.(2007). Evaluation of the empathic skills of nursing students with respect to the classes they are attending. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] , Set-Dez; 9:3, 588-595.
6. Çıtak G (1998). Hemşirelik Yüksek Okulu öğretim elemanlarının empatik beceri ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
7. Çiçek A (2006). Sağlık çalışanlarının empatik eğilim ve becerilerinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
8. Dökmen Ü (1988). Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniv. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 21:1-2, 155-190.
9. Dökmen Ü (1994) İletişim çatışmaları ve empati, İstanbul, Sistem Yayıncılık, 134-175.
10. Ersanlı K, Balcı S (1998). İletişim becerileri envanterinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2:10: 7-12.
11. Evans GW, With DL, Alligood MR ve ark. (1998). Empathy: a study of two types. Issues of Mental. Health Nursing, 19:5, 453-461.
12. Karaaslan A, Özgür G (2001). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi uygulamasının öğrencilerin empatik eğilim ve becerilerine etkisinin incelenmesi. I.Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya: 311-314.
13. Mete S, Gerçek E (2005). PDÖ yöntemiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9 :2, 11-17.
14. Mete S, Özdağ Ş, Birşey B. (2001). Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda uygulanan probleme dayalı öğretim yönteminin öğrencilerin empati düzeylerine etkisi. I.Uluslararası & VIII.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya: 370-373.
15. Olson J, Hanchet E (1997). Nurse-expressed empathy, patient outcomes and development of a middle-range theory. Journal of Nursing Scholarship, 29:1, 73-79.
16. Öz F (1992). Sağlık evlerinde çalışan doktor ve hemşirelerin empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Sivas: 647-652.
17. Pek H, Yıldırım Z, Dedik TA (2001). Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin empatik beceri gelişimi: Longitudinal bir çalışma. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya: 428-430.
18. Pınar G (2004). Doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin empati beceri düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

19. Pişmişoğlu EK (1997). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin empati düzeylerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
20. Reynolds W, Scott PA, Austin W (2000). Nursing empathy and perception of moral. *Journal of Advanced Nursing*, 32:1,235–242.
21. Sevimligül G (2002). Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
22. Toy S (2007). Mühendislik ve hukuk fakülteleri öğrencilerinin iletişim becerileri açısından karşılaştırılması ve iletişim becerileriyle bazı değişkenler arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
23. Tutuk A, Al D, Doğan S (2002). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6:2, 36–41.
24. Uygun E (2006). Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
25. Ünal SD (2005). Onkoloji hastaları ile çalışan hemşirelerin iletişim becerilerine yardım becerileri eğitiminin etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
26. Wikström BM (2001). Work of art dialogues an educational technique by which students discover personal knowledge of empathy. *International Journal of Nursing Practice*, 7:1, 24–29.
27. Yurttaş A (2001). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin empatik becerileri ile problem çözme becerilerinin karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
28. Yurttaş A, Yetkin A (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik becerileri ile problem çözme becerilerinin karşılaştırılması. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6:1, 1–13.

SAĞLIK İNANÇ MODELİ" YAKLAŞIMI İLE SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ

DEVELOPING A VALID AND RELIABLE INSTRUMENT TO EXAMINE ATTITUDES TOWARD EARLY DIAGNOSIS OF CERVICAL CANCER BY USING "HEALTH BELIEF MODEL" APPROACH

Yard. Doç. Dr. Dilek ÖZMEN*

Prof. Dr. Süheyla ÖZSOY**

*Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (22-24 Eylül 2005, İzmir)

ÖZET

Bu araştırmada, Sağlık İnanç Modeli yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını incelemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç geliştirmek amaçlanmıştır. Araştırma metodolojik türde bir alan araştırmasıdır. Araştırma Manisa İl merkezinde bulunan toplam 9 sağlık ocağı bölgesindeki 19-64 yaş grubundaki evli 300 kadında yürütülmüştür. Araştırmanın verileri "Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu", "Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği" ve "Öz-Bakım Gücü Ölçeği" ile toplanmıştır. Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin geçerlik değerlendirmesinde kapsam geçerliği, yapı-kavram geçerliği, benzer ölçek geçerliliği ve yordama geçerliliği yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik düzeyi ise iç tutarlılık, madde analizi ve zamana göre değişmezlik ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizi The Package for Social Sciences (SPSS) 10.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ölçeğe uygulanan faktör analizi sonucunda toplam varyansının %43.88'ini açıklayan 4 faktör elde edilmiştir. Ölçeğin tümü ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0.89-0.70 arasındadır. Ölçeğin madde analizi sonucunda madde-toplam korelasyon katsayısı 0.40-0.55 arasında saptanmış ve hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçeğin zamana göre değişmezliğinde ise yapılan iki ölçüm arasında doğrusal ve kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak ölçeğin yeterli güvenirlik ve geçerlik göstergelerine sahip olduğu belirlenmiştir ve bu ölçeğin kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarını belirlemede rahatlıkla kullanılabileceği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Servikal Kanser, Tutum, Sağlık İnanç Modeli, Geçerlik, Güvenirlik

ABSTRACT

The aim of this study was to develop a valid and reliable instrument to examine attitudes toward early diagnosis of cervical cancer by using "Health Belief Model" approach. This is a methodological and epidemiological survey study. This study was conducted at 9 primary health care center district with 300 women married and ages 19-64 years residing in Manisa. The data of the study was collected by using "The Scale of Attitudes Towards Early Diagnosis of Cervical Cancer", Sociodemographic Questionnaire and Self Care Agency Scale. The validity of the "The Scale of Attitudes Towards Early Diagnosis of Cervical Cancer" was assessed by content validity, construct validity, concurrent validity and predictive validity. The reliability of Scale was assessed by internal consistency, item analysis and stability. Analyses of data were performed by using The Package for Social Sciences (SPSS) 10.0. At the result of factor analysis of the scale 4 factors which can account for 43.88% of the total variance of test scores was obtained. The Cronbach alpha coefficient of the scale and subscales were between 0.70-0.89. In the item analysis it has seen that the item-to-total correlation coefficients of scale ranged from 0.40 to 0.55 and none of the items of scale was deleted. In the stability of Scale it has found that there was a strong and linear correlation between two measures. As a result it has found that The Scale was a sufficiently valid and reliable instrument and it can be said that the Scale can be used in determining attitudes towards early diagnosis of servikal cancer.

Key Words: Cervical Cancer, Attitude, Health Belief Model, Reliability, Validity

GİRİŞ VE AMAÇ

Servikal kanser tüm dünyada kadınlar arasında meme kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülen kanser türüdür. Olguların %80'i yeterli tarama programlarının olmadığı gelişmekte olan ülkelerde yer almaktadır. Ülkemizde dünyadaki kadar sık görülmesi de, ilk 10 kanser içinde olması ve artma eğiliminde olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Taşkın 2003, Özgül 2007, Kaya& Akın 2008).

Servikal kanser erken tanı yaklaşımının çok başarılı olduğu başlıca kanser türlerindedir. Erken tanıda duyarlılığı oldukça yüksek, yanlış pozitiflik oranı düşük, ucuz ve kolay uygulanabilir bir test olan Pap smear testi kullanılmaktadır (Guidozzi 1996, Stekler& Elmore 2002, Vural ve ark. 2004, Zemberi& Koyuncuer 2005). Tek bir negatif Pap smear servikal kanser gelişme riskini % 45 oranında azaltırken, yaşam boyu alınmış dokuz smear bu riski %99 oranında azaltmaktadır (Özgül 2007). Servikal kanser riskini azaltan bir çok sağlık davranışı olmasına rağmen, hiçbir sağlık davranışı rutin Pap smear yaptırma kadar etkili değildir. Periyodik kontrol ve taramaların yapıldığı ülkelerde servikal kanserlerden ölüm oranlarının azaldığı belirtilmektedir. Fakat erken tanıda bu kadar önemli olan Pap smear testini yaptıran kadın sayısı tüm dünyada ve ülkemizde istendik düzeyde değildir (Zemberi& Koyuncuer 2005, Karaca 2008, Abaan 1996, Bolsoy&Sezgin 1998, Çoşkun 1992,

Ekizler 1994, Tuncer 2000). Kadınların erken tanı davranışlarını engelleyen psikolojik ve sosyokültürel engeller ortadan kaldırılsa kanserin erken tanınması mümkün olacaktır (Çam&Gümüş 2006).

Birey, sağlığını geliştirmede, sağlıklı yaşam biçimini sürdürmede ve bu yaşam biçimine ilişkin aktiviteleri yerine getirmede aktif rol oynar (Sayan& Erci 2001). Bireylerin ve toplumların sağlığının korunması, kendiliğinden gerçekleşmez. Sağlığı korumaya ve yükseltmeye yönelik çalışmalardan ve olanaklardan en uygun biçimde nasıl yararlanılacağına bilinmesi ve bilinenlerin de olumlu davranış ve alışkanlıklar halinde, insan ve toplum yaşantısında yer alması gerekmektedir. Bu da ancak bireylerin sağlık ile ilgili tutumlarını saptayarak sağlanabilir. Belirli bir konuda tutum değişimi sağlanmak isteniyorsa bu tutuma sahip olunma nedeninin bilinmesinde yarar vardır (Adak 2002, Sadler ve ark. 2001, Spellbring 1991a, Spellbring 1991b).

Bireyin sağlık davranışını geliştirmesi, benimsemesi ve uygulamasıyla ilgili çeşitli sağlık modelleri vardır (Tabak 2000, Esin 1997). Bu sağlık modellerinden biri olan Sağlık İnanç Modeli bireyin inanç ve davranışları arasında ilişki olduğunu belirtir. Koruyucu sağlık davranışlarını açıklamak için bir çok çalışmada kullanılan Sağlık İnanç Modeli 1950 yılında Amerika'da halk sağlığı servisinde çalışan psikologlar tarafından geliştirilmiştir. Primer olarak kognitif bir yaklaşım olan Sağlık İnanç Modeli, kişilerin bir hastalık ya da durumun kendisini tehdit ettiği zaman ya da önleyici bir takım şeyler yapıp yararını gördüklerinde, koruyucu sağlık davranışı gösterdiklerini öne sürmektedir. Sağlık İnanç Modeli'nde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu ileri sürülen 1. Algılanan duyarlılık, 2. Algılanan ciddiyet, 3. Algılanan yarar, 4. Algılanan engel şeklinde dört ana kavram bulunmaktadır (Champion 1993, Baltaş 2000). Modele daha sonra 1988 yılında Becker ve Rosentock tarafından modele sağlık motivasyonu ve güven kavramı eklenmiştir. **Algılanan duyarlılık;** kişinin probleme yatkın olduğuna inanmasıdır. Kişi sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi algılar, özel bir hastalık oluşması tehdidine karşı bir reaksiyon tanımlar. **Algılanan ciddiyet;** tehdit edici durumun kişide yarattığı endişelerdir. Kişi sağlık probleminin ciddi olduğuna inanır. Algılanan ciddiyetin fazla ya da az oluşu sağlık sorunu yaşandığında ortaya çıkacak zorluk konusundaki inanca ve hastalık düşüncesinin yarattığı duyguların özelliğine bağlıdır. **Algılanan yarar;** kişinin koruyucu davranışın ya hastalıktan korunmada ya da hastalığın şiddetinin azalmasında yararlı olacağını hissetmesidir. Bu durum koruyucu sağlık davranışlarının uygulanma olasılığını arttırır. **Algılanan engel;** kişinin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir. Beklenen davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönlerdir. Ağrı, utanma, ekonomik durum, fiziksel ve psikolojik nedenler olumsuz yönlerdir (Baltaş 2000, Tabak 1999, Champion 1984, Champion 1993, Kirscht 1988, Redding ve ark. 2000). Özellikle son iki boyut sağlık davranışlarının

değiştirilmesi ya da kazanılmasında önemlidir ve değişim olup olmayacağını belirleyicisidir (Kozier&Erb 1987, Olgun& Oğuz 1997, Redding ve ark. 2000).

Kadın sağlığı açısından servikal kanserden korunmak için düzenli Pap smear testi yaptırmakta olumlu bir sağlık davranışıdır. Bu nedenle, kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarının bilinmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu tutumlar öğrenilirken, yapılacak çalışmalarda ortak bir aracın kullanımı ve tartışma olanağı bulabilmek için bir ölçeğe gereksinim olduğu düşüncesinden hareketle bu araştırma planlanmıştır.

Bu çalışmada Sağlık İnanç Modeli yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarını incelemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç geliştirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Örnekleme: Manisa İl merkezinde yapılan bu araştırma metodolojik türde bir alan araştırmasıdır. Araştırmanın evrenini Manisa İl merkezinde bulunan dokuz sağlık ocağı bölgesindeki 19-64 yaş grubundaki 72811 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ise dokuz sağlık ocağı bölgesindeki 19-64 yaş grubundaki evli 300 kadından oluşmuştur. Örneklem sayısı ölekteki soru sayısının 10 katı olarak belirlenmiştir (Akgül 1997, Tavşancıl 2002). Araştırmada örnekleme seçiminde dokuz sağlık ocağı bölgesinden mahalle nüfuslarına orantılı küme örnekleme yöntemi kullanılarak 19-64 yaş grubundan örneğe girecek kadın sayısı belirlenmiştir. Her küme büyüklüğü beş haneden oluşmuştur. Örneklem seçiminde küme başını belirlemek için her sağlık ocağı bölgesinden bir mahalle kura ile belirlemiş ve bu mahallenin ETF'lerinin arasından rastgele belirlenen bir ETF'nin seçilmesiyle küme başı olacak hane saptanmıştır. Her kümede küme başı olarak belirlenen evin kapısına soldan en yakın beşinci eve geçilerek beş hanenin tamamlanması sağlanmıştır. Kümedeki beş hane tamamlanmadan sokak bittiğinde sola dönülerek, sıradaki beşinci ev alınarak örnekleme devam edilmiştir (Manisa Nüfus Sağlık Araştırması 1999). Örnekleme giren hanelerden araştırma anlatıldıktan sonra görüşmeyi çeşitli nedenlerle kabul etmeyen 12 kadın araştırma kapsamına alınmamış, küme tamamlama işlemine devam edilerek örnekleme sayısına ulaşılmıştır.

Ölçeğin Oluşturulma Aşamaları:

Madde Havuzunun Oluşturulması Aşaması: Belirlenen teorik çerçeve doğrultusunda araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak ölçeğin taslağı için 57 maddelik bir havuz oluşturulmuştur. Maddelerin oluşturulması sırasında Sağlık İnanç Modeli'ne dayandırılarak

yapılan farklı koruyucu davranışlara yönelik çalışmalardan da yararlanılmıştır (Champion&Scott 1997, Jacobs 2002). Ölçekteki maddeler Sağlık İnanç Modeli'nin dört temel alt boyutunu araştırmak amacıyla yapılandırılmaya çalışılmıştır. Havuzda yer alan 57 madde tez öneri sınavındaki öneriler doğrultusunda 34'e düşürülmüştür.

Uzman Görüşüne Başvurma Aşaması: Bir testi oluşturan maddelerin, ölçülmek istenen davranışı ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığının göstergesi, kapsam geçerliliğidir. "Kapsam geçerliği" uzmanların yargılarına dayanan bir ölçüttür. (Büyüköztürk 2004, Gözüm&Aksayan 2002). Bu çalışmada da kapsam geçerliliği uzman görüşüne başvurularak sağlanmıştır. Bunun için ölçek taslağında yer alan 34 madde sistematik bir tabloya dönüştürülmüştür. Daha sonra ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmede yargıçlar grubu oluşturulmalıdır önerisinden (Bilgin 1995) yola çıkarak Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünden bir öğretim üyesi ve iki asistan ile birlikte araştırmacının da içinde bulunduğu bir yargıç grubu oluşturulmuş ve bütün maddeler tek tek bu grupta değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeden sonra ölçek konunun uzmanı 12 kişinin görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan her bir maddeyi ayırtecdilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, anket hazırlama tekniği açısından değerlendirerek görüşlerini bildirmeleri istenmiştir (Baş 2001). Daha sonra uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda maddelerde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu işlem iki kez tekrarlandıktan sonra, uzmanların çoğunun aynı fikirde olması gösterge olarak kabul edilerek kapsam geçerliği sağlanan ölçek için ön deneme aşamasına geçilmiştir. Düzenlemeler sonucunda ölçekteki madde sayısı 31 olmuştur.

Ön Deneme Aşaması: Uzman görüşünden sonra oluşturulan ölçekteki maddelerin anlaşılabilirliği ve işlerliğini saptamak amacıyla ölçeğin uygulanacağı gruba benzer özelliklere (19-64 yaş grubu evli kadınlar, iletişim engeli olmayan kadınlar) sahip 20 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama ile her bir maddenin anlaşılır olup olmadığı bir kez daha gözden geçirilmiştir. Bu görüşmeler sonucunda işlemediğine karar verilen bir madde daha ölçekten çıkarılmış ve ölçek 30 madde ile örnekleme uygulanabilir hale gelmiştir.

Veri Toplama Araçları:

Araştırmanın verileri "Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu", "Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği" ve "Öz-Bakım Gücü Ölçeği" ile toplanmıştır.

Sosyodemografik Özellikler Anket Formu: Araştırma örneklemine alınan kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, v.b. sosyo-demografik özellikleri ile servikal kanser ve pap smear testi hakkındaki bilgilerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış 21 sorudan oluşan bir formdur.

“Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği”:

Araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Ölçekteki maddeler Sağlık İnanç Modeli'nin 4 alt boyutunu araştırmak amacıyla yapılandırılmıştır. Ölçekte algılanan duyarlılık alt boyutu için 9 madde, algılanan ciddiyet alt boyutu için 8 madde, algılanan engel alt boyutu için 7 madde, algılanan yarar alt boyutu için 6 madde bulunmaktadır. Likert tipi ölçekleme kullanılan ölçekte yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Kısmen katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum şeklindeki ifadeler ile değerlendirilmiştir. Ölçekteki 30 maddenin 22 tanesi olumlu, 8 tanesi olumsuz ifadedir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersten yapılır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30'dur. Ölçeğin uygulanma süresi ortalama 10 dakikadır.

“Öz-Bakım Gücü Ölçeği”: Ölçek insanların kendi-kendilerine bakma yeteneklerini ya da güçlerini ölçmek amacıyla 1979 yılında Kearney ve Fleischer tarafından Amerika'da geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye kazandırılma çalışmaları Nahcivan tarafından 1993 yılında gerçekleştirilmiştir. Türkçeleştirilen Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ndeki madde sayısı 35'dir. Türkçe ölçeğin son şeklinde Alfa katsayısı 0.92'dir. Ölçekte öz-bakım eylemlerinin en yüksek değerini gösteren maksimum puan 172'dir. Ölçeğin uygulama süresi 8-10 dakikadır (Nahcivan 1993).

Veri Toplama Aşaması:

Araştırmada verilerin bir kısmı iki aşamalı toplanmıştır. Birinci aşamada verilerin toplanması; örnekleme çıkan 300 kadının evlerinde yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmış, ayrıca araştırmaya alınacak kadınların evlerine gidildiğinde kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Erkuş (2003) tarafından eşdeğer formların uygulama sırası için deneklerin yarısına bir formun ilk sırada, diğer yarısına ise ikinci sırada uygulanması gerektiği belirtildiğinden, veri toplama sırasında örneklem grubunun yarısına Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği birinci sırada, yarısına ise ikinci sırada uygulanmıştır. Veri toplama sürecinin ikinci aşaması; Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin test-tekrar test yöntemi ile güvenilirliğini değerlendirmek için gerçekleştirilmiştir. Bunun içinde örneklemedeki ilk 40 kişiye ilk uygulamadan üç hafta sonra Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği yeniden uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi Aşaması:

Verilerin analizi The Package for Social Sciences (SPSS) 10.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sosyo-demografik veri formunun değerlendirilmesinde kadınların sosyo-demografik değişken özellikleri için sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Servikal Kanserin Erken

Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının analizlerinde;

Ölçeğin geçerlik çalışmasına yönelik olarak, benzer ölçekler geçerliği için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı, yordama geçerliği için t testi, yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi hesaplamaları yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik düzeyinin saptanmasında; madde analizi için madde-toplam korelasyon katsayısı, iç tutarlılığı saptamak için Cronbach Alfa katsayısı, test-tekrar test yöntemi için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Anastasi 1990, Gözüm&Aksayan 2002, Hovardaoğlu 2000, Hovardaoğlu&Sezgin 1998, Özgüven 2000, Tezbaşaran 1996).

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 43.7'si 20-34 yaş grubunda %95.0 evli, %60.0'ı ilkokul mezunudur. Kadınların % 83.7'sinin sosyal güvencesi bulunurken, %93.3'ünün en az bir çocuğu bulunduğu ve %92.7'sinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların %71.0'ı gelirlerini giderlerinden az tanımlamıştır. Kadınların servikal kanser ve pap smear testi hakkındaki bilgileri değerlendirildiğinde; kadınların %2.7'si servikal kansere yakalanan bir arkadaşı olduğunu bildirirken, kadınlardan hiç birinin ailesinde servikal kanser tanısı alan bulunmamaktadır. Kadınların %13.7'si pap smear testini bildiğini ve % 11.7'i daha önce pap smear yaptırdığını bildirmiştir (Tablo 1).

Ölçeğin Geçerlik Çalışmaları:

Bu bölümde kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarını saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin geçerlik analizi için yapılan çalışmalar anlatılacaktır.

Kapsam Geçerliliği: Uzman görüşü alınarak gerçekleştirilen kapsam geçerliliği ayrıntılı şekilde yöntem bölümünde anlatıldığı için bu bölümde yeniden anlatılmamıştır.

Yapı-Kavram Geçerliliği: Ölçeğin yapı-kavram geçerliğini değerlendirmede faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi uygulanırken örneklem büyüklüğü (yeterliliği) dikkate alınması gereken önemli konulardandır (Akgül 1997, Tavşancıl 2002). Bu nedenle örneklemde elde edilen verilerin yeterliliğinin saptanmasında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmış ve örneklem yeterliliği 0.88 ve Barlett Test of Sphericity ($X^2=3367.79$ $p<0.000$) bulunmuştur.

Tablo 1: Araştırma Grubunun Tanıtıcı Özellikleri

Araştırma Grubunun Tanıtıcı Özellikleri		Sayı	%
Yaş Grubu	20-34 yaş	131	43.7
	35-49 yaş	123	41.0
	50-64 yaş	46	15.3
Medeni Durum	Evli	285	95.0
	Boşanmış	5	1.7
	Dul	9	3.0
	Ayrı Yaşiyor	1	0.3
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	28	9.3
	Okur-Yazar	22	7.3
	İlkokul	180	60.0
	Ortaokul	27	9.0
	Lise	36	12.0
	Üniversite	7	2.3
Sosyal Güvence Durumu	Var	251	83.7
	Yok	49	16.3
Meslek Durumu	Ev Hanımı	278	92.7
	Memur	4	1.3
	İşçi	8	2.7
	Serbest Meslek	2	0.6
	Emekli	8	2.7
Çocuk Durumu	Var	280	93.3
	Yok	20	6.7
Gelir-Gider Durumu	Az	213	71.0
	Eşit	86	28.7
	Fazla	1	0.3
Kadınların Pap Smear Testini Bilme Durumu	Evet	41	13.7
	Hayır	259	86.3
Kadının Ailesinden Birinin Rahim Ağzı Kanseri Tanısı Alma Durumu	Evet	0	0.0
	Hayır	300	100.0
Kadının Arkadaşlarından Birinin Rahim Ağzı Kanseri Tanısı Alma Durumu	Evet	8	2.7
	Hayır	292	97.3
Pap Smear Yaptırma Durumu	Evet	35	11.7
	Hayır	265	88.3
TOPLAM		300	100.0

Faktör analizinde, ölçek maddelerinin yanıtlarına verilen puanlara temel bileşenler analizi, varimax rotasyon yöntemi uygulanmış ve özdeğeri 1'den büyük dört faktör bulunmuştur. Faktörlerin adlandırılması Sağlık İnanç Modeli'nin alt boyutlarına göre yapılmıştır. Elde edilen dört faktörün açıkladığı toplam varyans %43.885'dir. Temel bileşenler analizi'nin ortaya çıkardığı en büyük faktör varyansın %26.471'ini açıklayabilen algılanan duyarlılık olarak adlandırılan ve 9 maddeden anlamlı ağırlık alan 1. faktördür. İkinci sırada ortaya çıkan ve algılanan ciddiyet olarak adlandırılan faktör de 8 maddeden anlamlı ağırlık almış ve varyansın %7.849'unu açıklamıştır. Üçüncü sırada ortaya çıkan ve varyansın %4.933'ünü açıklayan faktöre de 7 madde yüklenmiş ve algılanan engel" olarak adlandırılmıştır. Dördüncü faktör ise algılanan yarar olarak adlandırılmış ve bu faktöre de 6 madde yüklenmiştir. Faktörlerin

örüntüleri, özdeğerleri (eigenvalue) ve açıkladıkları varyans yüzdeleri tablo. 2'de görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: "Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği" nin Faktör Analizi

FAKTÖR 1 DUYARLILIK		FAKTÖR 2 CİDDİYET		FAKTÖR 3 ENGEL		FAKTÖR 4 YARAR	
Duyarlılık 8	0.57	Ciddiyet 1	0.46	Engel 11	0.61	Yarar 3	0.36
Duyarlılık 9	0.69	Ciddiyet 2	0.63	Engel 13	0.59	Yarar 4	0.38
Duyarlılık 12	0.37	Ciddiyet 5	0.58	Engel 17	0.59	Yarar 6	0.45
Duyarlılık 14	0.69	Ciddiyet 7	0.59	Engel 20	0.68	Yarar 16	0.65
Duyarlılık 15	0.39	Ciddiyet 10	0.60	Engel 23	0.63	Yarar 22	0.60
Duyarlılık 19	0.59	Ciddiyet 18	0.68	Engel 25	0.62	Yarar 27	0.49
Duyarlılık 21	0.59	Ciddiyet 26	0.58	Engel 30	0.66		
Duyarlılık 24	0.45	Ciddiyet 29	0.45				
Duyarlılık 28	0.49						
Özdeğer (Eigenvalue)	7.941		2.355		1.480		1.390
Açıklanan Varyans	26.71		7.849		4.933		4.632
Toplam Varyans			43.885				

Ölçüte Bağlı Geçerlik: Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin ölçüte bağlı geçerliğini değerlendirmek için eşzamanlı (benzer) ölçekler geçerliği ve yordama geçerliği yapılmıştır.

Tablo 3: "Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği"nin Puan Ortalamasının, "Öz-Bakım Gücü Ölçeği" Puan Ortalamasına Etkisi

	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	T	P
Beklenti Puan Ortalaması	0.34	0.54	6.433	.000
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	
Regresyon	4169.17	1	4169.17	
Residual	30025.66	298	100.75	
Toplam	34194.83	299		
	F= 41.37	P < 0.01		

Eşzamanlı (Benzer) Ölçekler Geçerliği: Ölçeğin geçerlik değerlendirilmesinde benzer ölçek olarak Öz-Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin kullanılmasına öz-bakım gücü yüksek olan kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumlar konusunda daha duyarlı olacağı varsayımından yola çıkılarak karar verilmiştir. Uygulanan iki ölçekten elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı 0.3492, Cronbach Alpha katsayısı ise 0.5176'dır. Her iki ölçek arasında yapılan korelasyon analizinde $\alpha = 0.01$ düzeyinde bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.34$, $R^2 = 0.12$, $p < 0.01$) (Tablo 3).

Tablo 4: Pap Smear Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Tümüнден ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği	Pap Smear Yaptıran Kadınlar (n=35)	Pap Smear Yaptırmayan Kadınlar (n=265)	
"ÖLÇEĞİN TÜMÜ"			
Alınan Puan Ortalaması	111.08	104.16	t= 3.670
Standart Hata	9.49	10.59	p<0.000
Standart Sapma	1.6048	0.6510	
"ALGILANAN DUYARLILIK"			
Alınan Puan Ortalaması	31.4857	28.3434	t= 3.544
Standart Hata	5.0256	4.9182	p<0.000
Standart Sapma	0.8495	0.3021	
"ALGILANAN CİDDİYET"			
Alınan Puan Ortalaması	30.0571	28.2075	t= 2.006
Standart Hata	4.4188	5.2098	p=0.046
Standart Sapma	0.7469	0.3200	
"ALGILANAN ENGEL"			
Alınan Puan Ortalaması	26.2000	24.0604	t= 2.501
Standart Hata	4.4905	4.7891	p=0.013
Standart Sapma	0.7590	0.2942	
"ALGILANAN YARAR"			
Alınan Puan Ortalaması	24.1990	22.6340	t= 2.527
Standart Hata	3.2158	3.4747	p=0.012
Standart Sapma	0.5436	0.2135	

Yordama Geçerliliği: Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar ile pap smear testi yaptıran arasındaki ilişki değerlendirilerek yordama geçerliliği yapılmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda pap smear yaptıran kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması, pap smear yaptırmayan kadınların ölçekten aldıkları toplam puandan daha yüksektir (Tablo 4). İki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak ta anlamlıdır ($p < 0.000$).

Ölçeğin Güvenirlik Çalışmaları:

Bu bölümde de kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarını saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin güvenirliliği için yapılan çalışmalar değerlendirilecektir.

İç Tutarlık: Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin tümü için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0.89'dur. Ölçeğin diğer alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alpha katsayıları 0.70-0.78 arasındadır (Tablo 5).

Tablo 5: Ölçeğin Tümünün ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları

Alt Boyut	Madde Sayısı	Madde-Toplam Korelasyonu (N=300)	Cronbach Alpha Katsayısı (N=300)	Test-Tekrar Test Korelasyonu (N=40)
Duyarlılık	9	0.43-0.50	0.71	0.8576*
Ciddiyet	8	0.42-0.52	0.78	0.8219*
Engel	7	0.40-0.55	0.70	0.8502*
Yarar	6	0.45-0.53	0.72	0.7198*
Toplam	30	0.40-0.55	0.89	0.8363*

Madde Çözümlemesi: Ölçeğin madde çözümlemesini belirlemede korelasyona dayalı madde analizi uygulanmıştır. Madde analizi sonucunda ölçeğin madde-toplam korelasyon katsayıları 0.40-0.55 arasında bulunmuştur (Tablo 5).

Zamana Göre Değişmezlik: Test-tekrar test güvenirlilik ölçütü için çalışmaya katılan ilk 40 kadına ilk veri toplama sürecinden üç hafta sonra Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin tümünün Pearson Momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.85 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının test-tekrar test korelasyon katsayıları da 0.71-0.85 arasındadır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Ölçeğin Geçerlik Analizleri:

Bir ölçme aracının güvenirlilik ile birlikte önemli teknik özelliklerinden biri de geçerlik. Geçerlik bir testin neyi, ne denli isabetli/doğru olarak ölçtüğü ile ilgili kavramdır (Erkuş 2002, Öner 1997).

Kapsam geçerliği, çoğu zaman mantıksal olarak yapılmaktadır. Bu araştırmada da ölçekteki maddeleri anlam ve anlaşılabilirliklerinin yargıçlar grubunun ve konunun uzmanı 12 kişi tarafından değerlendirilmesi ile ölçeğin belirlenmek istenen tutumları ölçtüğüne karar verilmiş ve ölçeğin kapsam geçerliğini sağladığı kabul edilmiştir.

Ölçeğin yapı-kavram geçerliğini değerlendirmede faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli kümelerde bir araya getirmeye yarayan bir yöntemdir (Erefe 2002, Özgüven 2000). Ortaya çıkan faktörlerin adlandırılması ve yorumu kuramsal beklentilere ve birikime dayalıdır (Tezbaşaran 1996). Faktör yapısını incelemek amacıyla, ölçek maddelerinin yanıtlarına verilen puanlara temel bileşenler analizi yapılır ve birbirinden bağımsız alt boyutların oluşması sağlanır. Faktör yapılarında, özdeğeri 1 veya daha büyük olan faktörlerin yorumlanmasının uygun olduğu bildirilmektedir (Akgül 1997). Ayrıca sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40-60 arasında değişen varyans oranları yeterli

kabul edilirken, faktör örüntüsünün oluşturulmasında ise, 0.30-0.40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir (Tavşancıl 2002). Bu araştırmada ölçeğin verilerine uygulanan temel bileşenler analizi ve varimax rotasyon yöntemi ölçeğin yapılandırılma amaçlarına büyük oranda ulaştığını göstermiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin Sağlık İnanç Modeli'nin alt boyutlarına uygun şekilde 4 faktörden oluştuğu görülmektedir. Tablo 2'de görüldüğü gibi, faktör analizi sonucunda algılanan duyarlılık ile ilgili tutumları ölçtüğü varsayılan 9 madde, analizdeki ilk ve en güçlü faktör olan faktör 1'de aynen yer almış ve algılanan duyarlılık olarak adlandırılmıştır. Bu alt boyut varyansın % 26.471'ini açıklamaktadır. Faktör 1'in faktör yükleri 0.37-0.69 arasında değişmektedir. Algılanan ciddiyet ile ilgili tutumları ölçeği varsayılarak ölçeğe konan 7 maddeden başka bir maddenin daha bu alt boyuta eklenmesiyle algılanan ciddiyet olarak adlandırılan faktör 2 alt boyutunun oluştuğu görülmüştür. Bu alt boyutun faktör yükleri 0.46-0.68 arasında değişmektedir. Algılanan engel ile ilgili tutumlar için yazılan 9 maddenin 7'si faktör 3'e yüklenmiş ve algılanan engel olarak adlandırılmıştır. Bu faktör varyansın %4.933'ünü açıklamaktadır. Faktör 3'ün faktör yükleri 0.59-0.68 arasındadır. Faktör 4 ise algılanan yarar olarak adlandırılmıştır. Algılanan yarar alt boyutunu ölçeği varsayılan 5 maddeden başka 1 madde daha bu alt boyuta yüklenmiştir. Faktör 4 varyansın %4.632'sini açıklamaktadır ve faktörlerin yükleri 0.36-0.65 arasında değişmektedir. Böylece ölçek için dört faktörün açıkladığı toplam varyans %43.885 olarak bulunmuştur. Faktörlerin hiç birinin yükü 0.30'un altında olmadığı için ölçekten faktör çıkartma işlemi yapılmamıştır. Ölçeğe faktör analizi uygulanırken örneklemden elde edilen verilerin yeterliğinin saptanmasında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmıştır. KMO, örneklemin ve ölçek maddeleri arasındaki korelasyonun uygunluğu ile ilgili bir büyüklüktür. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değerlerinin 0,60'ın üzerinde olması kabul edilebilir bir değerdir (Akgül 1997, Tavşancıl 2002). Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ile hesaplanan örneklem yeterliliği 0.88 ve Barlett Test of Sphericity ($X^2=3367.79$ $p<0.000$) bulunmuştur. Elde edilen bu değerler ölçeğin örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğunu, faktör analizinin uygulanabilirliğini ve maddeler arasındaki korelasyonun varlığını göstermektedir. Sonuç olarak, ölçeğin temel bileşenler analizi ile elde edilen faktör yapısının, kavramsal temelleriyle uyumlu olduğu, bir diğer deyişle yapı-kavram geçerliğine sahip olduğu saptanmıştır (Akgül 1997, Tavşancıl 2002, Gözüm&Aksayan 2002).

Benzer ölçek geçerliğinde, ölçek puanları ölçüm anında var olan bir ölçütle karşılaştırılır. Bu araştırmada da, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği ile kuramsal olarak aynı doğrultuda ilişki göstereceği düşünülen Öz-Bakım Gücü Ölçeği arasında ilişki aranması hedeflenmiştir (Özgüven 2000, Gözüm&Aksayan 2002). Uygulanan iki ölçekten elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan Pearson

momentler çarpımı korelasyon katsayısı 0.34, Cronbach Alpha katsayısı ise 0.51'dir. Her iki ölçek arasında yapılan korelasyon analizinde $\alpha = 0.01$ düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.34$, $p < 0.01$). İki ölçek arasındaki ilişki, doğru orantılı ancak kuvvetli olmayan bir ilişkidir. Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nden alınan puan ortalamaları arttıkça Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nden alınan puan ortalamaları da artmaktadır. Yapılan regresyon analizi sonucuna göre de Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin puan ortalamalarının Öz Bakım Gücü Ölçeği'nin puan ortalamalarının % 12'lik bölümünü tanımladığı saptanmıştır. Model istatistiksel olarak %99 güven seviyesinde önemli bulunmuştur ($r = 0.34$, $R^2 = 0.12$, $p < 0.01$). Korelasyon katsayısının gücü belirtilirken 0.26-0.49 düzeyi için zayıf bir ilişkiden söz edilmektedir (Akgül 1997). Bu nedenle bu araştırma da iki ölçek arasında zayıf bir ilişkinin var olduğunu söylemek mümkündür. Bu çalışmada önemli olan ilişkinin gücünden çok yönüdür. İki ölçek aynı şeyi ölçmediği için güçlerinin de aynı olması beklenmemelidir. Bu nedenle bu beklenen bir sonuçtur ve ölçekler arasındaki aynı yöndeki ilişki yeterlidir.

Yordama geçerliği yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan şeyin gerçek hayattaki yansımalarının karşılaştırılmasındaki uyumu gösteren uygulama geçerliğidir (Karasar 2000). Ölçeğin yordama geçerliği değerlendirilirken kadınların tutumları ile davranışları karşılaştırılmıştır. Bunun içinde kadınların ölçeğin tümünden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması ile pap smear yaptırma davranışları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda pap smear yaptıran kadınların ölçeğin tümünden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması, pap smear yaptırmayan kadınların ölçekten aldıkları toplam puandan daha yüksek bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$). Sonuçta; ölçekten alınan puanlar ile kadınların pap smear yaptırma davranışları arasındaki ilişkiyi kestirmek mümkün olabilmektedir. Ölçekten yüksek puan alan kadınların pap smear yaptırma davranışını daha çok göstermeleri beklenmektedir. Bu bulgular ışığında, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği yordama geçerliğine sahiptir.

Ölçeğin Güvenirlik Analizleri:

Güvenirlik her ölçme aracının taşınması gereken temel özelliktir ve bilimsel bir çalışmanın temel koşuludur (Efe 2002, Karasar 2000). İç tutarlılık sık başvurulan bir güvenilirlik ölçütüdür (Gözüm&Aksayan 2002). Bu teknikte oluşturulmuş bir testin maddeleri çoğunlukla aynı yönde bir ayırım yapmış ise o testin yüksek iç tutarlığa sahip olduğu söylenir (Öner 1997).

Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin iç tutarlılığını belirlemede madde çözümlemesi, madde analizi ve yarı-test

güvenirligi yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlilik düzeyini saptarken madde çözümülemesinde madde puanlarının sürekli olduğu durumlarda (Likert tipi) Cronbach Alpha katsayısı hesaplanması önerilmektedir (Erkuş 2003, Gözüm&Aksayan 2002, Özgüven 2000, Tezbaşaran 1996). Bu nedenle yapılan analiz sonucunda Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin tümünün Cronbach Alpha katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Algılanan Duyarlılık Cronbach Alpha katsayısı 0.71, Algılanan Ciddiyet Cronbach Alpha katsayısı 0.78, Algılanan Engel Cronbach Alpha katsayısı 0.70, Algılanan Yarar Cronbach Alpha katsayısı 0.72'dir. Güvenirlilik ölçütü olarak kabul edilecek korelasyon katsayısının düzeyi ölçeğin hangi amaçla kullanılacağına bağlıdır denmesine rağmen, genellikle tutum ölçeklerinde 0.70 kabul edilebilir düzey olarak belirtilmektedir (Gözüm&Aksayan 2002). Ölçeğin maddelerinin genel olarak yüksek bir iç tutarlılığa sahip olması, ölçeğin tümünden elde edilen 0.89'luk Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ile gösterilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları ile ölçeğin tümünün puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde dört alt boyutun tümünde de oldukça yüksek korelasyon katsayıları saptanmıştır (Algılanan Duyarlılık 0.84, Algılanan Ciddiyet 0.77, Algılanan Engel 0.75, Algılanan Yarar 0.80). Ölçeğin alt boyutlarının tümünün iç tutarlılık katsayıları da güvenirlilik düzeyindedir. Bu sonuçlarda ölçeğin kendi içinde tutarlı olduğunu göstermektedir. Tüm bu sonuçlara göre; ölçekte bulunan maddeler birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluşmaktadır. Başka bir deyişle ölçeğin homojenliği yeterli düzeydedir.

Ölçeğin alt boyutlarından iç tutarlılığı en düşük olan Algılanan Engel alt boyutudur. Ölçeklerde ters yönde puanlanan soruların iç tutarlılık katsayısını düşürdüğü bilgisinden yola çıkılarak, Algılanan Engel alt boyutunda Cronbach Alpha katsayısının diğer alt boyutlara göre düşük olmasının nedeninin de, bu alt boyutta ters yönde puanlanan madde sayısının çokluğundan kaynaklanabileceğini söylemek mümkündür. Tepki yanlılığını önlemek amacıyla kullanılan madde yönlerini dengeleme tekniğinin ülkemizde geliştirilen ya da uyarlanan ölçeklerde iyi işlemediği de bir çok kez gözlenmiştir (Şenol ve ark. 1996). Bu nedenle ölçeğin ters yönde puanlanan maddelerinin gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesinin iç tutarlılığı artırabileceği düşünülmektedir.

Madde analizi, ölçme aracındaki her maddenin aldığı değer ile, ölçme aracının tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder. Ölçek içindeki her maddenin toplam puanla olan korelasyonu bulunarak incelenir (Karasar 2000, Özgüven 2000). Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenirliliğin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, 0.50-0.20 düzeylerinden söz edilmektedir (Gözüm&Aksayan 2002, Karasar 2000, Öner 1997). Madde-toplam korelasyon katsayısı sınırına

karar verirken; araştırmacı, araştırmanın amacı ve yapılan ölçmenin niteliğine göre karar verebilir denilmektedir (Gözüm&Aksayan 2002). Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin madde-toplam korelasyon katsayısı için 0.30 düzeyi güvenilirlik düzeyi olarak kabul edilmiştir. Ölçek için yapılan madde analizi sonuçlarında madde-toplam korelasyon katsayısı 0.30'un altında olan madde yoktur ve bu nedenle de hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçeğin madde-toplam korelasyon katsayıları Tablo 5'de görölmektedir. Madde-toplam korelasyon değerlendirilmesi yapılan ölçekte en düşük madde-toplam korelasyonuna sahip madde 0.40 ile madde 30 (Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım)'dur. Bu maddenin Cronbach Alpha katsayısı 0.57'dur. Ölçekte en yüksek madde-toplam korelasyonu 0.55 ile madde 11 (Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeyi kolaylaştırır)'e aittir. Bu maddenin de Cronbach Alpha katsayısı 0.71'dir. Sonuç olarak; Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'ne yapılan madde analizi sonucunda ölçeğin bütün maddelerinin güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı hesaplama yöntemlerinden birisi de yarı test güvenilirliğinin hesaplanmasıdır. Yarı test güvenilirlik yönteminde, ölçek ya da test maddeleri iki eşit parçaya bölünerek ölçüm sonuçları arasında korelasyon hesaplanır (Erefe 2002). Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin tek ve çift sayılı maddelerinden oluşan iki yarı test güvenilirlik sonuçlarına göre ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.85'dir. Birinci yarıdaki 15 madde için Cronbach Alpha 0.82, ikinci yarıdaki 15 madde için Cronbach Alpha 0.79'dur. Ölçeğin Guttman Split-Half katsayısı 0.89, Sperman-Brown katsayısı ise 0.89 olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi ölçeğin güvenilirlik değerleri oldukça yüksektir. Bu sonuçta; ölçeğin iç tutarlılığa sahip güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Yapılan bir ölçmede kullanılabilir güvenilirlik ölçütlerinden biri de zamana göre değişmezliktir. Zamana göre değişmezlik ölçütü, önceki ve sonraki ölçmeler arasındaki korelasyon katsayısıdır (Karasar 2000). Pratikte çok uygulanan zamana göre değişmezlik daha çok test-tekrar test tekniğidir. Test-tekrar test güvenilirliği, zaman içinde aynı sonuçları elde ederek ölçeğin kararlılığını değerlendirir. İki ölçüm arasında iki-dört haftalık bir zaman önerilmektedir (17). İki uygulama arasındaki ilişki için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanır. Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı örneklemin büyüklüğünden etkilendiği ve küçük gruplarda kararlılık gösterebilmesi için, grubun en az 30 kişiden oluşması gerektiği belirtilmektedir (Akgöl 1997, Tavşancıl 2002). Bu araştırmada test-tekrar test güvenilirlik ölçütü için çalışmaya katılan ilk 40 kadına, ilk test uygulamasından 21 gün sonrası randevu alınarak ölçek tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin tümünün Pearson momentler

çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.85'dir. Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde Algılanan Duyarlılık alt boyutunun 0.85, Algılanan Ciddiyet alt boyutunun 0.82, Algılanan Engel alt boyutunun 0.85, Algılanan Yarar alt boyutunun 0.71 bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi sonucunda Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği puan ortalamasının test-tekrar test sonucu puan ortalamasının % 73'lük bölümünü tanımladığı saptanmıştır. Korelasyon katsayısının gücüne bakıldığında da 0.70-0.89 düzeyi yüksek ilişkinin varlığından söz ettiği için, iki ölçüm arasında yüksek ilişki gücünden söz etmek mümkündür ($r= 0.85$, $R^2=0.73$, $p< 0.01$) (Akgül 1997). Bu ilişki doğrusal bir ilişkidir ve istatistiksel olarak % 99 güven seviyesinde önemlidir. Elde edilen bulgulara göre, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin zamana göre kararlılığını yüksek düzeyde sağladığını söylemek mümkündür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda; Sağlık İnanç Modeli yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını incelemeye yönelik olarak geliştirilen Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nin oldukça yeterli güvenilirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını belirlemede, bu ölçeğin kullanılabilceğini söylemek mümkündür.

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'nin değişik sosyo-ekonomik düzeyleri, bölgeleri ve yaş gruplarını temsil eden örneklemelere uygulanarak, değişmezliğinin araştırılması, Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'ndeki ters puanlanan soruların yeniden gözden geçirilerek, değerlendirilmesi, geliştirilen ölçekten kadınların servikal kansere ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik yapılacak araştırmalarda yararlanılması ve saptanacak tutumların hazırlanan/hazırlanacak erken tanı programlarında/projelerinde kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abaan S (1996). Kansere Görülme Sıklığı ve Epidemiyoloji. Hemşireler İçin Kansere El Kitabı'nda, Çev. Ed. Nurgün Platin, Amerikan Kansere Birliği, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.
2. Adak N (2002). Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme, Birey Yayıncılık, İstanbul.
3. Akgül A (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara.
4. Anastasi A (1990). Psychological Testing, Sixth Edition, Macmillan Publishing Company, New York, pp: 109-233.

5. Baltaş Z (2000). Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, Remzi Kitapevi, İstanbul.
6. Baş T (2001). Anket, Anket Nasıl Hazırlanır?, Anket Nasıl Uygulanır?, Anket Nasıl Değerlendirilir? Seçkin Yayıncılık, Ankara.
7. Bilgin N (1995). Sosyal Psikolojide Yöntem ve Pratik Çalışmalar, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
8. Bolsoy N, Sezgin S (1998). Manisa İli Temel Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Kadınların Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenlerinin İncelenmesi, 4. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı-Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem Strateji ve Politikaları, Kongre Kitabı, İzmir, s. 210-216.
9. Büyükköztürk Ş (2004). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, 4. baskı, Pegem Yayıncılık, Ankara.
10. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana bilim Dalı (1999). Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana bilim Dalı, Manisa.
11. Çam O, Gümüş AB (2006). Meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikososyal faktörler, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 22(1): 81-93.
12. Champion VL (1984). Instrument development for health belief model constructs. Advanced in Nursing Science, 6: 73-85.
13. Champion VL (1993). Instrument refinement for breast cancer nursing screening behaviors. Nursing Research, 42:139-143.
14. Champion VL (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women, 46(2): 331-337.
15. Coşkun A (1992). Doğurgan Çağdaki Evli Kadınların Periyodik Olarak Jinekolojik Kontrolde Gitme Ahişkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler, I. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Kitabı, İstanbul, s.77-82.
16. Ekizler H (1994). Servikal kanserlerin önlenmesinde, erken tanısında pap smear taramalarının önemi ve hemşirenin rolü, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1: 33-45.
17. Erefe İ (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri'nde, Ed. Erefe İ, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, İstanbul, s. 169-188.
18. Erkuş A (2003). Psikometri Üzerine Yazılar, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 24, Ankara.
19. Esin MN (1997).Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
20. Gözüm S, Aksayan S (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 4: 9-20.
21. Guidozzi F (1996). Screening for cervical cancer, Obstetric and Gynecologic Survey, 51: 247-252.
22. Hovardaoglu S (2000). Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri, VE-GA Yayınları, Ankara.
23. Hovardaoglu S, Sezgin N (1998). Eğitimde ve Psikolojide Ölçme Standartları, Türk Psikologlar Derneği ve Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi Yayını No: 14, Ankara.

24. Jacobs LA(2002). Health Beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits:A population-based survey, 25(4): 251-265.
25. Karaca M, Palancı Y, Aksu SR (2008). "Pap smear" ne kadar biliniyor?, ne kadar uygulanıyor?, Jinekolojik- Obstetrik Dergisi, 18(1): 22-28.
26. Karasar N (2000). Bilimsel Araştırma Yöntemi, 10. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
27. Kaya M, Akın A (2008). Kadınlarda önlenabilir ve tedavi edilebilir bir kanser türü: Serviks (rahim ağzı) kanseri. Sağlıkla, 7: 20-23.
28. Kirscht JP (1988). The Health Belief Model and Predictions of Health Actions. In: Health Behavior Emerging Research Perspectives, ed: Gochman D.S., Plenum Pres, New York, pp.27-41.
29. Kozier B, Erb G (1987) Fundamentals of Nursing Concepts and Procedures, Third Edition, Addison-Wesley Publishing Company, Amsterdam.
30. Nahcivan N (1993) Sağlıklı Gençlerde "Öz-Bakım Gücü" ve Aile Ortamının Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1993.
31. Olgun N, Oğuz S (1997) Etkili Sağlık Eğitiminde Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı, IV. Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı" Kitabı, Kıbrıs.
32. Öner N (1997) Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, 3. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
33. Özgül N (2007). Türkiye'de Serviks Kanserinin Durumu ve Servikal Kanser Tarama Çalışmaları. (içinde) Tuncer AM (ed). Türkiye'de Kanser Kontrolü. Ankara, Onur Matbaacılık, 349-358.
34. Özgüven İE (2000). Psikolojik Testler, PDREM Yayınları, 4. Baskı, Ankara.
35. Poss JE (2001).Developing a new model for cross-cultural research:Synthesizing the Health Belief Model and The Theory of Reasoned Action. Adv. Nurs. Sci.23(1): 1-15.
36. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR ve ark. (2000). Health behavior models. The International Electronic Journal of Health Education (Special Issue).3: 180-193.
37. Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB ve ark. (2001). Asian Indian women: Knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection, Public Health Nursing, 18: 357-363.
38. Sayan A, Erci B (2001). Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4: 11-19.
39. Spellbring AM (1991a). Nursing's role in health promotion an overview. Nursing Clinics of North America, 26: 805-843.
40. Spellbring AM (1991b). Nursing's role in health promotion: An overview, Nursing Clinics of North America, 26: 234-235.
41. Stekler J, Elmore J (2002). Cervical cancer screening. Who, when, why? The Clinical Advisor 5(10): 107-115.
42. Şenol S, Özgüven HD, Dağ İ ve ark. (1996) Hekimler için ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutum ölçeği (ÖTÖ)'nin faktör yapısı ve iç tutarlığı. 3P 4(3): 185-190.
43. Tabak RS (1999). Sağlık İletişimi, Literatür Yayınları: 32, İstanbul.
44. Tabak RS (2000). Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık Ltd. Şti., Ankara.

45. Taşkın L (2003) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, VI. Baskı, Ankara.
46. Tavşancıl E (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi, Nobel Yayın No: 399, Ankara.
47. Tezbaşaran A (1996). Likert tipi ölçek geliştirme, Türk Psikologlar Derneği, Ankara.
48. Tuncer S (2000). Jinekolojik kanserlerde tarama, Hacettepe Tıp Dergisi, 31: 113-120.
49. Vural ZT, Gönenç I, Aka N ve ark. (2004). Antenatal kontrollerde pap smear taraması ve sonuçları Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 8(3): 111-114.
50. Zemberi E, Koyuncuer A (2005). Servikal kanserin erken tanısında pap testin önemi, STED, 14(1): 1-4.

KANSERLİ HASTAYA EVDE BAKIM VEREN YAKINLARININ SEMPTOM KONTROLÜNE İLİŞKİN YETERLİLİKLERİNİN İNCELENMESİ

EXAMINATION OF THE ADEQUACY OF SYMPTOM CONTROL AT HOME BY FAMILY CAREGIVERS OF CANCER PATIENTS

Öğr. Gör. Dr. Figen OKÇİN*

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN**

*Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Kanser; bir çok semptomun bir arada görüldüğü, sağaltımı uzun süreli, bakımı sadece hastanedeki süreçle sınırlı olmayan aynı zamanda evde de özenli bir bakıma gereksinim duyulan kronik bir hastalıktır. Araştırma kanser hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin evde yaşadıkları semptomlarla karşılaşma sıklıklarını belirlemek ve bu durumlarda yeterliliklerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kanser hastasına evde bakım veren hasta yakınlarına yönelik sosyo-demografik verileri ölçmeye yarayan 19 sorudan oluşan soru formu, kanser hastalarında en sık görülen semptomların yer aldığı 18 maddeden oluşan araştırmacılar tarafından konu ile literatür taraması sonucu hazırlanan 5'li likert tipi bir anket kullanılmıştır.

Bulgular: Hasta yakınlarının %34.1'i 40-50 yaş grubunda, %56.1'i kadın, %41.5'i yüksekokul mezunudur. Araştırmaya katılan bireylerin hastalarının %36.6'sının her zaman ağrı yaşadıkları, %58.5'inin her zaman yorgunluk yaşadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarına, evde yaşanan semptomlarla baş etme konusunda %70.3'ü ağrı, %72.5'i yorgunluk ve %74.3'ü halsizlik sorununu gidermede kendilerini orta derecede yeterli hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Sonuç: Kanserli hasta yakınlarının taburculuk sırasında evde bakım ve semptom kontrolü konusunda eğitim almadıkları, evdeki semptomları gidermede kendilerini çok yeterli hissetmedikleri belirlenmiştir. Bu konuda hasta yakınlarına ekip olarak daha fazla eğitim desteği sunulabilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, semptom kontrolü, evde bakım, hasta yakını.

ABSTRACT

Aim: Cancer is a chronic illness in which many symptoms are seen together and for which healing taking a long time so care is not just provided in

the hospital but whose specialized care is required at home as well. This research was planned as a descriptive study for the purpose of determining the frequency with which family caregivers face symptoms experienced by cancer patients at home.

Tool and Method: Data were collected using a 19 item questionnaire to determine the sociodemographic data of family caregivers of cancer patients at home, an 18 item checklist of the most commonly seen symptoms in cancer patients, which had been prepared by the researchers as a result of a literature review of the subject formatted as a 5-point Likert scale (4=always, 3=three or more times a week, 2=once or twice a week, 1=rarely, 0=never), and the same checklist to determine the relatives' adequacy in coping with these problems which was completed by the caregivers as "I feel..." (3=very adequate, 2=moderately adequate, 1=inadequate).

Findings: In this study 34.1% of the caregivers were in the 40-50 years old age group, 56.1% were female, and 41.5% were university graduates. It was determined that 36.6% of the patients of the individuals participating in the research experienced pain all the time and 58.5% experienced fatigue all the time. The participating caregivers responded that they felt moderately adequate for coping with pain (70.3%), fatigue (72.5%), and weakness (74.3%).

Result: It was determined that family caregivers of cancer patients did not receive education about home care and symptom control when discharged from the hospital and did not feel very adequate in relieving symptoms at home. Relatives could be offered more educational support on this subject as a team.

Key Words: Cancer, symptom control, home care, family caregiver.

GİRİŞ

Kronik hastalıklardan biri olan kanser tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Kanser ölüm nedeni olarak; %23.4 oranıyla kalp ve damar hastalıklarının hemen ardından gelmektedir (Okçin ve Karadakovan 2007).

Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere bağlı olarak, ölüm oranında azalma görülmesine karşın yaşlı bireylerin sayısında artma, kronik hastalıkların çoğalması ve evde bakım teknolojisindeki ilerlemeler son yıllarda evde bakım anlayışını gündeme getirmiştir (Astı 2001, Canam ve Acom 1999, Fadıloğlu 2006). Daha önceleri evde bakım hizmetleri pahalı hizmetler olarak kabul edilip toplum ve sağlık kuruluşları tarafından lüks olarak görülmesine karşın, günümüzde evde bakım; hastanede kalış süresinin kısılması, hasta için hastanede yatmaya bağlı gelişebilecek risklerin azalması, evde bakımda kurum bakımına göre daha az elemana gerek duyulması ve daha az ekonomik yük getirdiği gibi gerekçelerle son yıllarda daha fazla kabul görmektedir (Karadakovan 2006).

Son yıllarda kanserli hastalar ve aileleri; hastanede yatma ile ilgili emosyonel gerginlik; bakıma aktif katılma, hastalığın gidişi ile ilgili belirsizlik, hastanın hastane ortamında ölmesi düşüncesi, hastanede kalma

nedeni ile ev içi rollerin ve yaşam şeklinin bozulması, maddi sıkıntılar, hastanın rahat olmadığı konusunda endişeler, destek servisleri konusunda bilgisizlik, yaşam ve ölümün kavramsal belirsizliği, seksüalite ve sağlık ekibi üyeleri ile algılar ve gereksinimler konusunda farklılıkları nedeni ile; bakımlarını evde sürdürmek istemektedirler. Kanseri hastaya evde bakım; hastane ve sosyal yardım kurumu ile bağlantılı olarak sürdürülmelidir (Astı 2001, Derman 2002).

Evde bakım yeni bir kavram olmayıp 1700'lü yılların sonunda İngiltere'de ve 1880 yılında da Amerika'da başlamıştır. Dünyada birçok ülkede yürütülmekte olan evde bakım hizmetleri, birçok ülkede kurumsallaşmış olan devlet destekli evde bakım sistemi şeklinde yürütülmekte ancak ülkemizde henüz bulunmamaktadır. Ülkemizde akut ya da kronik sağlık sorunları ile kuruma başvuran hasta ve yakınları kısa bir bilgilendirme ile taburcu edilmektedirler (Ünsar ve ark. 2007).

Gelişmiş ülkelerde özellikle son on dört yılda evde bakım alanında önemli gelişmeler gözlenmektedir. Ev ortamında bireye sağlık hizmeti sunumu yoluyla sağlık harcamaları ve hastanede yatış süresinde azalma sağlanmasının yanı sıra bakımın niteliği ve yaşam kalitesi gibi önemli parametrelerde yükselmenin gerçekleştiği belirlenmiştir (Demirezen 2002).

Kanser; bir çok semptomun bir arada görüldüğü, sağaltımı uzun süreli, bakımı sadece hastanedeki süreçle sınırlı olmayan aynı zamanda evde de özenli bir bakıma gereksinim duyulan kronik bir hastalıktır. Kanserde bakım giderek kompleks bir hal almaktadır. Sağlık bakımı verenler giderek evde bakımı destekler hale gelmektedirler.

Evde bakım hizmetleri, multidisipliner bir ekip ve çok zaman aile işbirliği ile yürütülmektedir. Yapılan çalışmalarda evde bakımın kronik hastalıklarda ve onkolojik hastalarda uzun süreli hastanede yatma ile karşılaştırıldığında evde bakımın hastalar ve yakınları açısından daha olumlu olduğunu göstermektedir (Okçin ve Karadakovan 2007).

Ancak evde bakımı sürdürülen hastalarda görülebilen hastalığa ya da tedaviye bağlı semptomlar veya yan etkilerin evde kontrolü gündeme gelmektedir. Kanseri hastalarda görülen en sık semptomlardan bazıları; ağrı, yorgunluk, halsizlik, bulantı, kusma, iştahsızlık, yutma güçlüğü, ağızda yaralar ve kanamalar, diyare, konstipasyon, alopesia, anksiyete, beden imgesinde bozulma, sosyal izolasyon, uykusuzluk, rol değişikliği ve cinselliği ifade etmede bozulma sayılabilir. Evde bakımı sürdürülen kanseri hastalarda görülen bu semptomların kontrolü bakımverenler tarafından gözlenmekte, çok zaman şiddetli olmadıkça hasta bu süreci evde yaşamaktadır. Hastaların ve bakım verenlerin bu sorunlarla baş etmesini çeşitli faktörler etkilemektedir.

Araştırma kanser hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin evde yaşadıkları semptomlarla karşılaşma sıklıklarını belirlemek ve bu durumlarda yeterliliklerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın verileri, evde bakımda semptom kontrolü ile ilgili benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak oluşturulan anket formu kullanılarak toplanmıştır (Ünsar ve ark. 2007). Araştırmanın örneklemini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği'nde Eylül-Aralık 2005 tarihleri arasında yatarak tedavi alan, kanser tanısını 3 aydan daha öncesinde almış olan, kanser hastası yakınlarına bakım veren, araştırmaya katılmaya istekli olan ve sözlü izin alınan toplam 41 birey oluşturmuştur. Araştırmanın istatistiksel analizleri sayı, yüzdelik ve ki-kare testleri yapılarak hesaplanmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının %34.1'i 40-50 yaş grubunda, %56.1'i kadın, %75.6'sı evli, %41.5'i yüksekokul mezunudur. Hasta yakınlarının %48.8'i hastanın eşi ve %58.5'i hastasının evde eş ve çocukları ile birlikte yaşadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan bireylerin kanserli hastalarının %29.3'ünde (N:12) meme kanseri, %19.5'inde (N:8) genito-üriner sistem organlarından birinde kanser, %14.6'sında (N:6) akciğer kanseri ve %14.6'sında (N:6) sindirim sistemi organlarından birinde kanser saptanmıştır. Hastaların %34.1'inin kanser tanısını 19 ay ve/veya daha öncesinde aldıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %56.1'inin hastalık hakkında daha önceden bilgisi olduğu ve %36.6'sının bu bilgiyi medyadan öğrendiği saptanmıştır. Hasta yakınlarının taburculuk sırasında hastalık ve evde bakım konusunda % 82.9'unun eğitim almadıkları, eğitim alan bireylerin %4.9'unun ise hemşirelerden bilgi aldıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının; bakımlarını yürüttükleri hastalarının %95.1'inin kemoterapi tedavisi ve %53.7'sinin radyoterapi tedavisi aldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylere hastalarının ne sıklıkta kansere ve/veya tedavilere bağlı gelişebilen semptomları yaşadıkları sorulduğunda; hastalarının %90.2 'sinin farklı düzeylerde ağrıyı deneyimledikleri ve ağrı yaşayanların %36.6'sının her zaman ağrı yaşadıkları, %97.6'sının farklı düzeylerde yorgunluk yaşadıkları ve bunların %58.5'inin her zaman yorgunluk yaşadığı, %95.1'inin farklı düzeylerde halsizlik yaşadığı ve bunların %58.5'inin her zaman halsizlik hissettikleri belirlenmiştir. Hastaların %65.9 'unun farklı düzeylerde bulantısının olduğu,

%58.5'inin farklı düzeylerde kusma şikayetinin olduğu, %82.9'unun değişik düzeylerde iştahsızlık yaşadığı, %46.3'ünün farklı düzeylerde yutma güçlüğü yaşadığı, %29.3'ünün ağızda yara problemi ve %14.6'sının ağızda kanama şikayetinin olduğu, %36.6'sının dönem dönem diyare sorunu yaşadıkları, %73.2'sinin değişik sıklıkta konstipasyon sorunu yaşadıkları saptanmıştır.

Yakınları tarafından bakım verilen hastaların %82.9'unun değişik düzeylerde anksiyete, %68.3'ünün farklı düzeylerde uykusuzluk, %90.2'sinin alopesia, %70.7'sinin beden imgesinde bozulma duygusu ve %48.8'inin sosyal izolasyon, %58.5'inde rol kaybı ve %46.3'ünde cinselliği ifade etmede bozulma yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarına, hastalarının evde yaşadıkları semptomları giderme konusunda kendilerini ne kadar yeterli hissettikleri sorulduğunda; bireylerden %70.3'ünün hastadaki semptomlardan ağrıyı giderme, %72.5'inin yorgunluk ve %74.3'ünün halsizlik sorununu gidermede kendilerini orta derecede yeterli hissettiklerini ifade etmişlerdir. Kanser hastasına bakım veren bireylere, hastalarında karşılaştıkları bulantı durumunda hasta yakınlarının %70.4'ü, kusma durumunda %75'i, iştahsızlık durumunda %55.9'u, yutma güçlüğü olduğunda %63.1'i, ağızda yara durumunda %58.4'ü, ağız içi kanama durumunda %66.8'i, diyare olduğunda %40', konstipasyon varlığında %56.7'si sorunu gidermede kendilerini orta derecede yeterli hissettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 1: Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Hasta Üyelerinin Evde Semptom Kontrolü Konusunda Kendilerini Yeterli Hissetme Durumları

SEMPTOMLAR	Çok yeterli hissediyorum (%)	Orta derecede yeterli hissediyorum (%)	Hiç yeterli hissetmiyorum (%)
1. Ağrı	10.8	70.3	18.9
2. Yorgunluk	2.5	72.5	25
3 .Halsizlik	2.5	74.3	23.2
4.Bulantı	11.1	70.4	18.5
5. Kusma	8.3	75	16.7
6.İştahsızlık	17.6	55.9	26.5
7. Yutma Güçlüğü	21	63.1	15.9
8. Ağızda Yaralar	16.6	58.4	25
9. Ağız içinde kanama	16.6	66.8	16.6
10.Diyare	40	40	20
11. Konstipasyon	16.7	56.7	26.6
12. Alopesia	21.6	51.4	27
13. Beden İmgesinde Bozulma	24.3	62	13.7
14.Anksiyete	11.7	58.8	29.5
15.Sosyal İzolasyon	10	75	15
16.Uykusuzluk	10.7	57.1	32.2
17. Rol Değişikliği Kaybı	16.6	75	8.4
18. Cinselliği İfade Etmede Bozulma	47.3	42.1	10.6

Bunlara ek olarak alopesia sorunuyla baş etmede %51.4'ünün, beden imgesinde bozulma duygusuyla baş etmede %62'sinin, anksiyete durumunda %58.8'inin, sosyal izolasyonla mücadelede ve rol değişikliği-rol kaybı ile baş etmede %75'inin de kendilerini orta derecede yeterli hissettikleri, %47.3'ünün ise cinselliği ifade etmede bozulma duygusuyla baş etmede de kendisini çok yeterli hissettikleri saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2: Ağrı Yaşayan Kanser Hastasına Bakımveren Bireylerin Yaşları Ve Ağrı Sorununu Gidermede Kendini Yeterli Hissetme Durumu Arasındaki İlişki

AĞRI	YAŞ GRUPLARI				Toplam		x ² , P
	18-28 n %	29-38 n %	40-50 N %	51-61 N %	N %		
Bu sorunu hiç yaşamamış	1 25	2 50	0 0.0	1 25	4 100	16.115	
Yetersiz hissediyor	0 0.0	3 75	1 25	0 0.0	4 100		
Orta derecede yeterli hissediyor	4 15.4	3 11.5	11 42.3	8 30.8	26 100		
Çok yeterli hissediyor	1 14.3	0 0.0	2 28.6	4 57.1	7 100		
Toplam	6 14.6	8 19.5	14 34.1	13 31.7	41 100		

*P>0.05

Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin hastadaki ağrı semptomunu gidermede kendini ne kadar yeterli hissettikleri ile bakım verenlerin yaş grupları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (x²= 16.115, p>0.05) (Tablo2). Bunun yanıra ağrı semptomuyla başa çıkma düzeylerinin, cinsiyet (x²=3.586, p>0.05), eğitim düzeyi (x²=4.905, p>0.05) ve hastalık hakkında önceden bilgisi olup olmaması (x²=0.697, p>0.05) durumları ile arasındaki ilişkilerde de anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo 3: Yorgunluk Semptomu Yaşayan Kanser Hastasına Bakım Veren Bireyin Yaşı Ve Yorgunluğu Gidermede Kendini Yeterli Hissetme Durumu Arasındaki İlişki

YORGUNLUK	YAŞ GRUPLARI				Toplam		x ² , P
	18-28 n %	29-38 n %	40-50 N %	51-61 N %	N %		
Bu sorunu hiç yaşamamış	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100	1 100	7,518*	
Yetersiz hissediyor	0 0.0	1 100	0 0.0	0 0.0	1 100		
Orta derecede yeterli hissediyor	4 13.8	6 20.7	11 37.9	8 27.6	29 100		
Çok yeterli hissediyor	2 20	1 10	3 30	4 40	10 100		
Toplam	6 14.6	8 19.5	14 34.1	13 31.7	41 100		

*P>0.05

Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin hastadaki yorgunluk semptomunu gidermede kendini ne kadar yeterli hissettikleri ile bakım verenlerin yaş grupları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=7.518$, $p>0.05$). Bunun yanı sıra yorgunluk semptomuyla başa çıkma düzeylerinin, bireyin eğitim düzeyi ($\chi^2=8.972$, $p>0.05$) ve hastalık hakkında önceden bilgisi olup olmaması durumu ($\chi^2=8.972$, $p>0.05$) arasındaki ilişkilerde de anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Buna karşın yorgunlukla baş etme düzeyleri ve cinsiyetler incelendiğinde arada anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=7.943$, $p<0.05$). Erkeklerle oranla kadın bakım verenler yorgunluk durumuyla baş etmede kendilerini daha yeterli hissetmektedirler.

Tablo 4: Anksiyete Yaşayan Kanser Hastasına Bakım Veren Bireyin Yaşı Ve Sorunu Gidermede Kendini Yeterli Hissetme Durumu Arasındaki İlişki

ANKSİYETE	YAŞ GRUPLARI				Toplam	x ² , P
	18-28 N %	29-38 N %	40-50 N %	51-61 N %		
Bu sorunu hiç yaşamamış	3 42.9	2 28.6	1 14.3	1 14.3	7 100	15.756
Yetersiz hissediyor	1 25	2 50	0 0.0	1 25	4 100	
Orta derecede yeterli hissediyor	1 5	2 10	11 55	6 30	20 100	
Çok yeterli hissediyor	1 10	2 20	2 20	5 50	10 100	
Toplam	6 14.6	8 19.5	14 34.1	13 31.7	41 100	

* $P>0.05$

Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin hastadaki anksiyete semptomunu gidermede kendini ne kadar yeterli hissettikleri ile bakım verenlerin yaş grupları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=1.756$, $p>0.05$) (Tablo 4). Bunun yanı sıra anksiyete semptomuyla başa çıkma düzeylerinin, bireyin cinsiyet durumu ($\chi^2=1092$, $p>0.05$), eğitim düzeyi ($\chi^2=12.682$, $p>0.05$) ve hastalık hakkında önceden bilgisi olup olmaması durumu ($\chi^2=3.006$, $p>0.05$) arasındaki ilişkilerde de anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

TARTIŞMA

Kanser; bir çok semptomun bir arada görüldüğü, sağaltımı uzun süreli, bakımı sadece hastanedeki süreçle sınırlı olmayan aynı zamanda evde de özenli bir bakıma gereksinim duyulan kronik bir hastalıktır. Kanserde bakım giderek kompleks bir hal almaktadır. Hastalığın sağaltım ve bakım sürecine mutlaka ailede katılmalıdır. (Erci 2005, Gaston ve ark. 2004, Grov ve ark. 2005). Sağlık bakımı verenler giderek evde bakımı destekler hale gelmektedirler (Okçin ve Karadakovan 2007). Yapılan çalışmalarda bakımın süreklilik gerektirmesi, pek çok semptomun bir arada görülmesi, hastasına bakma konusunda birinci derecede sorumlu

kişilere, yoğun bir fiziksel ve duygusal yük getirdiği gösterilmiştir. (Küçükgüçlü 2004, Yun ve ark. 2005).

Araştırmamızda hastasına evde bakmakla yükümlü olan bireylerin pek çok semptomla baş etmek durumunda kaldıkları; değişik düzeylerde ağrı yaşayanların %90.2, değişik düzeylerde yorgunluk yaşayanların %97.6, halsizlik yaşayanların %95.1, farklı seviyelerde anksiyete yaşayanların %82.9 olduğu saptanmıştır.

Kömürcü (2008) ileri evre kanserde ağrı insidansının %75 olduğunu belirtmiştir. En sık görülen gastrointestinal semptomların; anoreksiya, bulantı, kusma, konstipasyon, diyare olduğu belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarına, hastalarının evde yaşadıkları semptomları giderme konusunda kendilerini ne kadar yeterli hissettikleri sorulduğunda; bireylerden %70.3'ünün hastadaki semptomlardan ağrıyı giderme, %72.5'inin yorgunluk ve %74.3'ünün halsizlik sorununu gidermede kendilerini orta derecede yeterli hissettiklerini ifade etmişlerdir. Hasta yakınlarının aile içindeki rol değişiklikleri, fiziksel, psikolojik zorlanma ve taburculuk öncesinde yeterli bilgi almamaları (%82.9'u) bu sorunları gidermede kendilerini tam yeterli hissetmemelerine neden olmaktadır.

Bakım veren aile üyesi; bu sorumluluğu almadan önce; bakım verici rolünü nasıl yürüteceğini ve bakıma hangi oranda katılması gerektiğini, uygun kaynaklara nasıl ulaşacağı konularında da yetersiz bilgisi bulunmaktadır. Bakımveren Destek Merkezi (Caregiver Resource Center (CRC)) 2004-2005 yıllarında yaptığı büyük bir çalışmanın sonuçlarına göre bakım verenlerden; %68'inin bilgi ve yönlendirme, %59'unun emosyonel destek, %53.3'ünün ise ara ara dinlenmeye gereksinimi olduğu bildirilmektedir (Fadıloğlu 2006).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastası yakınlarına bakımveren aile üyeleri hastalık, tedavi, yan etkiler ve semptom kontrolü konularında rutin olarak bilgilendirilmeli, bu sorunlarla baş etme konularında hasta yakınlarına tam destek sağlanmalı, bunun içeriğinde eğitim, psikolojik danışmanlık gerektiğinde fiziksel bakım desteği alabileceği kurumlara yönlendirilmelidir. Evde bakımda multidisipliner ekip anlayışı içinde yer alan hemşireler eğitimlerde daha aktif rol almalıdırlar.

KAYNAKLAR

1. Astu N (2001). Onkoloji Hastasının Psikososyal Sorunları ve Başa Çıkma Yolları, Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İstanbul, s: 32.
2. Canam C. Acom S (1999). Quality of Life for Family Caregivers of People With Chronic Health Problems, Rehabilitation Nursing, Vol: 24(5), 192-196.
3. Demirezen E (2001). Onkoloji Hastalarının Evde Bakımı, Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İstanbul, s: 97.
4. Derman U (2002). Medikal Onkolojiye Giriş, Medikal Onkoloji, Edi: Berkarda B. Hatemi H. Tavaslı Matbaacılık, s: 14-38
5. Erci B (2005). 3.Uluslararası-10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, Poster Bildiri Özeti, s: 64.
6. Fadıoğlu Ç (2006). Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Önemi, Evde Bakım, s: 7-26.
7. Gaston-Johansson F. Lachica E. Fall-Dickson J.M ve ark. (2004). Psychological Distress, Fatigue, Burden of Care, and Quality of Life in Primary Caregivers of Patients With Breast Cancer Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation, Oncology Nursing Forum, Vol: 31(6): 1161-1169.
8. Grov E.K. Dahl A.A. Moum T. Ve ark. (2005). Anxiety, Depression, and Quality of Life in Caregivers of Patients With Cancer in Late Palliative Phase, Annals of Oncology 16: 1185-1191.
9. Karadakovan A (2006). Evde Bakım Hastasının Değerlendirilmesi, Kanserde Evde Bakım, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi, s: 30-37.
10. Kömürcü Ş (21.09.2008) Kanserde Destek Tedavisi [http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/dersnot/%C5%9EEREFE%20K%C3%96M%C3%96M%C3%96M/C/KANSERDE%20DESTEK%20TEDAVI%20C4%B0%20.PPT#17](http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/dersnot/%C5%9EEREFE%20K%C3%96M%C3%96M%C3%96M%C3%96M/C/KANSERDE%20DESTEK%20TEDAVI%20C4%B0%20.PPT#17)
11. Küçüköçlü, Ö (2004). Bakımverenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
12. Okçin F, Karadakovan A (2007). Kanser hastası yakınlarına bakımveren aile bireylerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması, E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
13. Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S ve ark. (2007). Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve semptom Kontrolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2(5), 89-106.
14. Yun H.Y. Rhee Y.S. Kang I.O. ve ark. (2005). Economic Burdens And Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients, Oncology, 68(2-3): 107-114.

ÇOCUKLARDA FİZİKSEL TESPİT UYGULAMALARI

PHYSICAL RESTRAINT PRACTICES TO CHILDREN

Öğr. Gör. Dr. Figen OKÇIN* Yard. Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ*
Yük. Hem. Birsen EROĞLU** Yard. Doç. Dr. Selmin ŞENOL*
Yard. Doç. Dr. Ayşe SAN TURGAY* Yük. Hem. Ayşe İSLAMOĞLU**

*Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi AD

8-11 Eylül 2004, XXII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresinde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Hasta için güvenli bir ortamda, suistimal ve her türlü zarar verici durumdan korunarak bakım görmesi temel hasta haklarındandır. Fiziksel tespit, kendisine ve başkalarına zarar verme olasılığı olan hastanın davranışlarını engelleyen ve kısıtlayan bir uygulamadır. Hemşirelerin hastane ortamında hastanın güvenliğini, fiziksel ve duygusal bakımdan zarar verme olasılığı taşıyan uygulamalara başvurmadan sağlaması önemli bir mesleki yükümlülüktür. Bu araştırma, hekim ve hemşirelerin fiziksel tespit uygulama görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın verileri, konu ile ilgili literatür taranarak oluşturulan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırma Ege Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniği'nde 15 Şubat-15 Mart 2004 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini 45 sağlık personeli oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler hesaplanıp ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre sağlık personelinin %71.1'i fiziksel tespit uygulanmasının gerekli olduğunu, %95.6'sı tespit için kol bağı kullandığını, %44.4'ü tespite alternatif yöntem olabileceğini belirtmiştir.

Sonuç: Fiziksel tespit uygulamanın, hastayı fiziksel ve psikolojik olarak etkileyebileceği, güvenliğini sağlamada tek başına yeterli olmayacağı hatta bazı durumlarda hasta için tehlike yaratacağı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel tespit, çocuklar, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Objective: For a patient to receive a care in a safe environment away from abuse and all types of hazardous situations are among the basic patient rights. Physical restraint is an application which limits and prevents the behaviors of a

patient who is likely to cause harm to him/her and others. To provide a patient with safe environment before he/she initiates behaviors likely to give physical and emotional harm is important an occupational responsibility of nurses. This research was planned descriptively to determine practice and the opinions of health care professionals related to physical restraint practice.

Material and Method: The data of the research were obtained by reviewing the similar studies on physical restraint and by using a survey form prepared through reviewing relevant literature. The research was carried out in Ege University Pediatric Surgery Clinic between 15 February-15 March 2004. The sampling of research included 45 health care professionals. In evaluation of data the percentage calculation and chi-square tests were used.

Findings: According to the results of research, the health personnel's 71.1 % thought restraint is necessary, 95.6 % use wrist tie, 44.4 % mentioned that there would be an alternative method for restraint.

Result: It should be kept in mind that application of physical restraint may affect patient physically and psychologically, it is alone may not be sufficient for providing security and even in certain circumstances would be a potential hazard for the patient.

Key Words: Physical restraint, children, nursing care.

GİRİŞ

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaralanmalar ve zehirlenmeler çocuklarda ölümlere yol açan nedenler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Yaralanma rastgele oluşan bir olay değildir. Özellikle çocukluk çağında çevredeki risklerin bilinmesi ve güvenli bir çevrenin sağlanması ile önlenebilir bir durumdur (Baysal 2001).

Hastane ortamında bireyin güvenliğini sağlamak için en sık başvurulan, hatta çoğunlukla tek seçenek olarak görülen yaklaşımın fiziksel tespit uygulaması olduğu görülmektedir (Potter ve Perry 1993, Taylor ve ark.1997, Helwig 2000). Özellikle 1990'lı yıllardan önce hemşirelik uygulamalarında bakım verdikleri hastaların güvenliğini sağlamak, düşmeleri önlemek ve tıbbi girişimleri emniyetli bir şekilde uygulamak adına tespit kullanma inancı yaygındı (Coble ve Davis 2001).

Tespit ifadesi, OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act) tarafından 1991 yılında "fiziksel ya da kimyasal araçlar, materyal ya da gereçlerle bireyin vücudunun bağlanması, normal ve özgürce hareket etmesinin engellenmesi ve bu materyalin birey tarafından kolaylıkla çözülemeyecek şekilde olması" şeklinde tanımlanmıştır (Tel 2002).

Fiziksel tespit farklı seçeneklerin etkili olmadığı bazı acil durumlarda, kısa süreli uygulanması koşuluyla güvenliğini sağlayabilmektedir. Brenner'in belirttiği üzere de çocuklarda tespit uygulamak tedavi başarısını arttırmak ve güvenlik sağlama amacıyla yapılmaktadır (Brenner 2007). Ancak uygulamanın hastayı fiziksel ve psikolojik olarak

olumsuz etkileyebileceği, güvenliği sağlamada tek başına yeterli olamayacağı, hatta bazı durumlarda hasta için tehlike yaratacağı unutulmamalıdır.

Pediyatri hastalarının klinik uygulamalarında ve evde bakım hizmetlerinde sunulan hemşirelik uygulamalarında da fiziksel tespit kullanımını oldukça yaygın görmektedir. Bu yaygın kullanım sebepleri arasında hasta güvenliği ve tedavinin güvenli yapılması varsayımları yer almaktadır. Ancak, bu hemşirelik varsayımlarını destekleyen araştırmalar bulunmamaktadır (Selekman ve Synder 1996, Dorfman 2006).

Araştırma, çocuk cerrahisi kliniğinde çalışan sağlık personelinin, fiziksel tespit ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma 15 Şubat- 15 Mart 2004 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniği'nde çalışan, araştırmaya katılmaya istekli sağlık personeli (n:45) ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce kurumdan izin alınmıştır. Veriler tespit ile ilgili benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak oluşturulan anket formu kullanılarak toplanmıştır (Selekman ve Synder 1996, Tel 2002). Veriler SPSS programında, sayı, yüzdelik ve ki-kare testleri ile analiz edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada sağlık personelinin %33'ünün klinik birimlerde, %26.7'sinin yoğun bakımda çalıştığı ve %31'inin 16 yıl ve üzeri çalışmakta olduğu saptanmıştır. Sağlık personelinin fiziksel tespiti uygulama nedenleri incelendiğinde, çoğunlukla bilinç düzeyindeki değişiklik, hastayı koruma ve tedavinin sürdürülmesi nedenleri belirtilmiştir (Tablo I).

Tablo 1: Sağlık personelinin fiziksel tespit uygulama nedenleri

	Sayı (n)*	Yüzde(%)*
Bilinç düzeyinde değişiklik	30	66.7
Yatağından düşmesini önleme	29	64.4
Tedavi ile ilgili olumsuzluğu önleme	14	31.1
Planlanan tedavinin uygulanmasını sağlama	10	22.2
Personel yetersizliğini kapatma	8	17.8
TOPLAM	45	100.00

* Birden fazla görüş

Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin (%71.1) fiziksel tespit uygulamasını tedavi ve bakım sorumluluklarının doğal bir parçası

olarak gördüklerini ve bireyin güvenliğini sağladıklarına inandıklarını belirtmişlerdir. Fiziksel tespit uygulamak için %95.6 oranında kol bağlarının kullanıldığı ve komplikasyonlarının önlenmesi ile ilgili olarak sağlık personelinin oldukça yüksek oranda hastaların cilt bütünlüğü (%88.9), dolaşım durumu (%86.7), yaşamsal bulgular (%80.0), vb kontrol ettiği saptanmıştır (Tablo II)

Tablo 2: Fiziksel tespit komplikasyon değerlendirme

Değerlendirme Alanları	Sayı (n)*	Yüzde(%)*
Cilt bütünlüğü	41	88.9
Dolaşım durumu	40	86.7
Yaşamsal bulgular	36	80.0
Bilinç durumu	36	80.0
Solunum durumu	35	77.8
Hareket durumu	35	77.8
Tuvalet gereksinimi	32	71.1
Sıvı ve besin alımı	30	66.7
Hijyen gereksinimi	29	64.4
TOPLAM	45	100.00

* Birden fazla görüş

Sağlık personelinin %44.4'ü fiziksel tespit yerine alternatif yöntemlerin kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Fiziksel tespite alternatif yöntem olarak sağlık personelinin % 24.4'ü refakatçi, % 20'si yeterli personel sayısı, % 29.2'si ikna ve güven oluşturma, % 13.3'ü yatak kenarlıklarının kaldırılması ve %2.2'si gönüllülerden yararlanma seçeneklerini belirtmişlerdir.

TARTIŞMA

Yetişkinlerle karşılaştırıldığında çocukluk çağında fiziksel tespit uygulamalarını inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde çocuklarda fiziksel tespit uygulamalarını inceleyen yalnızca Demir'in yaptığı bir araştırma bulunmaktadır (Demir 2007). Literatür bilgileri doğrultusunda sağlık personeli fiziksel tespiti yataktan düşmeleri engellemek, tedavi uygulamayı sağlamak ve personel yetersizliğini kapatmak amacıyla uygulamaktadır (Selekman ve Synder 1996, Tel 2002). Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; bilinç durumunda ki değişiklikler ve yataktan düşmenin önlenmesi gibi nedenler sağlık personelinin yüksek oranda tespit uygulama nedeni olarak saptanmıştır. Benzer şekilde katılımcıların %71.1'i fiziksel tespit uygulamasını tedavi, bakım ve hasta güvenliğini sağlama sorumluluğu olarak görmekteyler.

Araştırma bulgularına göre sağlık personeli fiziksel tespit uygulamak için %95.6 oranında kol bağları kullanmaktadır. Demir'in yaptığı çalışma da ise kol bağı kullanımı %96.7 olarak belirtilmiştir (Demir, 2007)

Tespit uygulamanın; boğulma, dolaşımın bozulması, kardiyopulmoner sistem fonksiyonlarında bozulma, cilt bütünlüğünde bozulma, kas güçsüzlüğü, kırıklar, yeterli besin ve sıvı alamama gibi çok sayıda ve ciddi komplikasyonları bulunmaktadır (Taylor ve ark. 1997, Tel 2002). Araştırma bulgularına göre tespit kullanılan hastaların bu komplikasyonlar açısından değerlendirilmeleri yüksek oranda önemli olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tespit alternatiflerinin kullanılması multidisipliner bir ekip değerlendirmesini, alternatif uygulamalar hakkında kapsamlı tartışmaların yapılmasını ve bireye özgü bakım sunulmasını gerektirmektedir (Tel 2002). Araştırma bulgularına göre sağlık personeli tespit uygulamadan önce (% 44.4) alternatif yöntemleri denediklerini belirtmişlerdir. Demir'in çalışmasında bu oran %58.7 olarak saptanmıştır (Demir 2007).

Selekman ve Snyder (1996) hemşirelerin kullandıkları tespit alternatiflerinin çocuğun yaşına göre değiştiğini belirtmişlerdir. Araştırmamızda fiziksel tespite alternatif yöntem olarak sağlık personelinin % 24.4'ü refakatçi, % 20'si yeterli personel sayısı, % 29.2'si ikna ve güven oluşturma, %13.3'ü yatak kenarlıklarının kaldırılması ve %2.2'si gönüllülerden yararlanma alternatifini öne sürmüşlerdir.

Çocuklar sıklıkla yetişkinlerin müdahalesine ihtiyaç duydukları davranışlar sergilerler. Pediatri kliniklerinde çalışan sağlık personelinin çocukların gelişimsel düzeyine uygun olarak tespit alternatifleri üretebilmesi önemlidir.

SONUÇ

Fiziksel tespit uygulama tüm güvenlik önlemlerine rağmen hasta açısından risk oluşturabilecek bir uygulamadır. Sağlık personelinin fiziksel tespit uygulamadan önce tüm alternatif yöntemleri denemesi önerilmektedir. Buna rağmen fiziksel tespit uygulaması kaçınılmazsa kurumun ve sağlık personelinin riskli durumlarla karşı karşıya gelmemesi ve maksimum hasta güvenliğinin sağlanması için uygulama rehberleri hazırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Baysal SU: Çocuk Güvenliği, Erişim Tarihi Eylül, 2004 http://www.bebegimveben.com/bebegim/bebekle_yasam_alt01.asp
2. Brenner M (2007). Child Restraint In The Acute Setting Of Pediatric Nursing: An Extraordinarily Stressful Event. *Issues Compr Pediatr Nurs.* Jan-Jun; 30(1-2): 29-37.
3. Coble P, Davis J (2001). Restrain Reduction in a Large Tertiary Medical Center. *JONA* 31; 6/7: 344.
4. Demir A (2007). The Use Of Physical Restraints On Children: Practices and Attitudes Of Pediatric Nurses In Turkey. *İnternational Nursing Review* 54, 367-374.

5. Dorfman D.H, Mehta S. D (2006). Restraint Use For Psychiatric Patients In The Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*. 22(1) 7-12.
6. Hellwig K (2000). Alternatives to Restraints: What Patients and Caregivers Should Know *Home Healthcare Nurse*, 18(6): 395.
7. Potter PA, Perry AG (1993). *Fundamentals of Nursing Concepts, Process & Practise*, 3 rd ed. St Lois Mosby Year Book. 1447-55.
8. Selekman J, Snyder B (1996). Uses of Alternative to Restraints in Pediatric Settings. *AACN*, 7(4): 603-610.
9. Taylor C, Lillis C, LeMone P (1997). *Fundamentals of Nursing: The Art & Science Of Nursing Care*.3 rd ed. Philadelphia: Lippincott, 524-553.
10. Tel H, Tel H (2002). Hasta Güvenliğinin Sağlanması Fiziksel Tespit Uygulaması ve Hemşirelik Yaklaşımı-I. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 6(1): 16-22.
11. Tel H, Tel H (2002). Hasta Güvenliğinin Sağlanması Fiziksel Tespit Uygulaması ve Hemşirelik Yaklaşımı-II. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 6(2): 69-74.

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ VE ÖZ-BAKIM
GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ**

*EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND THE POWER OF SELF-CARE IN
HEMODIALYSIS PATIENTS*

Yard. Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU Yard. Doç. Dr. Arzu YILDIRIM

Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Bu çalışma 21-25 Ekim 2008 / 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Bu araştırma hemodiyalize giren hastalarının yaşam kalitesi ve öz bakım gücünü değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Erzincan Devlet Hastanesi A ve B blok diyaliz ünitelerinde Mart- Haziran 2006 tarihleri arasında 64 hasta üzerinde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgileri içeren soru formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF- 36) ve Orem'in Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Hastaların genel sağlık anlayışı ortalama puanı (51.88±18.22) diğer yaşam kalitesi alanlarından daha yüksek bulunmuştur.

Hasta yaşı, önerilen diyet ve ilaç tedavisine uyma, hemodiyalize ilişkin eğitim alma ve başka bir hastalığa sahip olma ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öz bakım gücü puan ortalaması ile yaş, öğrenim durumu, ekonomik durum, egzersiz yapma, önerilen diyet ve ilaç tedavisine uyma, hemodiyalize ilişkin eğitim alma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öz bakım gücü ve yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlar arasında yapılan korelasyon sonucunda, öz bakım gücü arttıkça global yaşam kalitesi, fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve esenliğin anlamlı olacak şekilde arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, yaşam kalitesi, öz bakım gücü

ABSTRACT

This is a descriptive study to evaluate the quality of life and the power of self-care in hemodialysis patients who have undergone hemodialysis. The study has been carried out on 64 patients who underwent hemodialysis between March-June 2006 at hemodialysis units located in the Blocks A and B in Erzincan State Hospital. A query form prepared by the investigators including patient characteristics and details of the disease, Quality of Life Scale (SF 36), and Orem's Self-Care Model of Nursing were used for data collection. Mean general health perception scores of the patients (51.88±18.22) were found to be higher compared to other domains of quality of life.

A statistically significant difference was found between the average scores of domains of quality of life and the parameters such as patient's age, adherence to prescribed diet and medications, concomitant disease, and being educated on hemodialysis. A statistically significant relationship was found between the average scores of self-care and age, level of education, economic status, exercising, adherence to prescribed diet and medications, and being educated on hemodialysis. The correlation between the mean scores of power of self-care and the domains of quality of life has demonstrated that the global quality of life, functional status, general health perception, and well-being increased significantly as the power of self-care increased.

Key Words: Hemodialysis, quality of life, power of self-care

GİRİŞ

Dünyada kronik hastalığa sahip milyonlarca insan yaşamakta ve kronik hastalığı olan birey sayısının, gelecekte de artış göstereceği bilinmektedir. Kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan kronik böbrek yetmezliği bir çok organ ve sistemde zamanla ilerleyen bozukluklara ciddi organik, mental ve psikososyal sorunlara neden olabilen, tüm işlevleri sınırlayan, yaşamı tehdit eden önemli ölçüde iş gücü kaybına yol açabilen bir hastalıktır (Kara ve Akbayrak 2005). Hemodiyaliz son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam kalitelerini iyileştiren ve yaşam sürelerini uzatan, önemli bir tedavi metodudur (Kara ve Akbayrak 2005, Kara 2007). Kronik hastalıklarda bireyin hastalıkla baş edebilme gücünün ve bağımsızlığının arttırılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi sağlık hizmetlerinde giderek ilk sıralarda yer alan amaçlar olmuştur (Özcan ve ark. 2005).

Yaşam kalitesi bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini, günlük aktivitelerini nasıl ve ne yeterlikte yerine getirdiklerini gösteren kişinin sağlık durumunu açıklamak için kullanılan bir kavramdır. Ayrıca fiziksel, psikolojik, sosyal, işlevsel, maddi ve yapısal alanlardaki gereksinimlerin doyurulma derecesi olarak ta tanımlanmaktadır (Başalan ve Özer 2003, Yalçın 2008). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini bir kişinin, yaşadığı bölgedeki kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamındaki pozisyonun algılanması olarak tanımlamaktadır. Öz bakım, bireylerin kişisel olarak yaşantılarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarını, bir erişkinin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olmalıdır (Velioğlu 1999). Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu üstlendiği, hastalık ve tedavi üzerinde kontrol duygusunu arttığı tedavilerde uyumun daha iyi olduğu bildirilmiştir (Kara 2007).

Yaşam kalitesi bireyin hayatında önemli bir rol oynamaktadır. Kendi sağlık ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olan bireylerin öz bakım güçleri de kaçınılmaz olarak iyi olacaktır. Diyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda öz bakım gücü iyi olan hastaların yaşam kaliteleri doğru

orantılı olarak artmıştır (Akyol ve Karadokovan 2002, Karabulutlu ve Tan 2005). Bu nedenle diyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve öz bakım güçleri değerlendirilmeli, yaşam kalitesi ve öz bakım gücünü etkileyen olumsuz faktörler belirlenerek ortadan kaldırılmalı ve böylece bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Amaç: Bu çalışma hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücünü değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırma Erzincan Devlet Hastanesi A ve B blok diyaliz ünitelerinde Mart-Haziran 2006 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bu diyaliz ünitelerinde tedavi gören toplam 66 hasta oluşturmuştur. Ancak 2 hasta araştırmayı kabul etmediğinden araştırma 64 hasta ile yapılmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgileri içeren tanımlayıcı form, yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36) ve öz bakım gücünü belirlemek amacıyla Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin toplanması için ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca formlar uygulanmadan önce hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onay alınmış, gizlilik ilkesine saygı gösterilmiştir. Hastaların soruları cevaplama süresi yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür.

Tanımlayıcı form; araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özelliklerinin içeren 8 ve hastalığa ait ilgili bilgileri içeren 7 soru olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği; Ware (1987) tarafından geliştirilen ve Pınar (1995) tarafından Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36) kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği 36 ifade içermektedir ve fonksiyonel durum esenlik ve genel sağlık olmak üzere 3 ana başlıktan oluşmaktadır. Her alt skala ve toplam yaşam kalitesi 0-100 arasında puanlanmıştır. Puan değeri arttıkça hastaların yaşam kalitesi doğru orantılı olarak artmaktadır (Pınar 1995).

Öz Bakım Gücü Ölçeği; Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilen ve Nahçıvan tarafından 1993 yılında Türkiye de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Öz bakım gücü ölçeği kullanılmıştır (Nahçıvan 1993). Öz-bakım gücü ölçeğinde hastaların kendilerine bakma yeteneklerini içeren 35 ifade bulunmaktadır. Öz bakım gücü ölçeğindeki ifadeler 0'dan 4'e kadar puanlanmış olup 5'li Likert tip ölçektir. Ölçekte 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine döndürülmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35 ve en yüksek puan 140'dır. Puan değeri arttıkça hastaların öz bakım gücü doğru orantılı olarak artmaktadır.

Verilerin değerlendirmesinde hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgiler bağımsız, Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puanlar bağımlı değişken olarak alınmıştır.

İstatistiksel analiz: Verilerin değerlendirmesinde Yüzdellik, Kruskall Wallis, Mann Whitney-U, Korelasyon Analizi testleri kullanılmıştır

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamasının 55.9 olduğu, %67.2'sinin erkek, %84.4'ünün evli, %50'sinin ilkokul mezunu, %31.3'ünün ev hanımı, %96.9'unun bir sağlık güvencesine sahip olduğu, %64.1'inin çekirdek aile tip olduğu ve %56.3'ünün gelirinin giderine denk olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %56.3'ünün hemodiyalize başlama süresinin 1-3 yıl olduğu, %40.6'sının hastalıkla ilgili eğitim aldığı, %59.4'ünün önerilen diyet programına, %89.1'inin önerilen ilaç tedavisine uyum sağladığı, %57.8'inin mevcut hastalığı dışında başka bir hastalığa sahip olduğu, %39.1'inin egzersiz yaptığı ve hastaların bu hastalığa sahip olma süresinin ortalama 5.47 olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarını; hastanın yaşının etkilediği ve farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.001$). Ayrıca eğitim durumu ile esenlik alanı arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarını; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, sosyal güvence durumu, aile tipi ve ekonomik durumun etkilemediği farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 1).

Hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarını cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence durumu, ve aile tipinin etkilemediği ($p>0.05$), yaşın, ekonomik durumun ve eğitim durumunun etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.005$).

Tablo 1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı (n=64)

Tanıtıcı özellikler	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel sağlık anlayışı	Global yaşam kalitesi	Özbakım Gücü
Cinsiyet					
Kadın	28.48±15.02	41.24±15.16	51.81±15.20	40.48±9.71	94.52±17.47
Erkek	35.26±21.30	48.44±23.79	51.91±19.69	45.16±18.14	100.60±23.12
MW-U	370.00	376.50	445.00	385.50	359.50
p	0.244	0.283	0.926	0.345	0.188
Medeni durum					
Evli	32.55±19.18	46.30±21.82	52.98±17.48	43.91±15.90	98.13±22.00
Bekar	44.67±23.89	56.33±15.44	53.83±20.44	51.67±10.95	110.00±15.85

Dul	22.00±13.49	27.75±15.22	34.00±20.61	27.75±14.48	98.60±21.48
KW	4.13	5.30	3.18	5.30	3.057
p	0.388	0.071	0.204	0.071	0.217
Eğitim durumu					
Okur-yazar değil	28.35±13.26	35.12±13.43	47.65±18.16	37.00±12.12	85.18±18.12
İlköğrenim	30.38±20.87	49.34±25.09	52.75±16.56	44.13±16.95	99.47±20.35
Ortaöğrenim	44.00±19.82	51.53±16.61	54.80±21.84	50.07±15.54	112.00±19.26
KW	4.82	6.08	0.924	4.53	14.65
p	0.090	0.048	0.630	0.104	0.001
Meslek					
Memur	36.67±34.07	53.33±38.08	49.67±37.86	46.33±34.59	99.00±41.33
İşçi	31.06±22.15	47.44±27.23	51.62±20.57	43.37±19.87	95.12±21.78
Ev hanımı	28.35±12.66	42.95±14.55	53.25±14.96	41.45±7.60	96.10±15.25
Emekli	38.37±19.47	48.21±20.79	56.79±16.62	47.16±14.90	109.05±16.99
İşsiz	35.17±26.67	42.50±23.32	39.83±16.65	39.00±20.60	83.00±31.83
KW	2.221	0.924	3.461	1.182	8.667
p	0.695	0.921	0.484	0.881	0.070
Sosyal güvence					
Var	33.66±19.52	46.72±21.50	52.37±17.80	44.22±116.67	99.69±20.31
Yok	13.50±13.43	26.00±7.07	36.50±33.23	25.00±18.38	65.00±39.60
MW-U	21.50	22.00	39.50	21.00	20.00
p	0.118	0.123	0.384	0.113	0.105
Aile tipi					
Geniş aile	30.70±19.23	45.52±23.07	51.26±20.77	42.43±16.80	100.57±19.60
Çekirdek aile	34.34±19.93	46.39±20.84	52.21±16.89	44.29±15.62	97.51±22.63
MW-U	428.00	456.50	455.00	429.00	435.50
p	0.543	0.834	0.817	0.552	0.614
Ekonomik durum					
Gelir giderden az	30.35±19.45	37.30±17.23	47.83±15.05	38.48±13.47	88.13±20.13
Gelir gidere eşit	34.72±19.87	51.22±22.27	53.92±18.59	46.53±16.22	104.58±20.20
Gelir giderden fazla	33.20±21.25	49.40±24.60	55.80±28.40	46.40±21.61	103.80±21.88
KW	0.652	5.44	2.93	4.63	9.43
p	0.722	0.066	0.231	0.099	0.009
Yaş	r	r	r	r	r
	-0.567	-0.490	-0.199	-0.530	-0.222
p	0.000	0.000	0.057	0.000	0.039

Tablo 2: Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı (n=64)

Diyalize girme süresi	Fonksiyonel durum	Esenlik	Genel sağlık anlayışı	Global yaşam kalitesi	Öz Bakım Gücü
1-3 yıl	35.30±21.51	47.14±21.07	56.53±14.90	46.30±15.29	100.35±21.97
4-5 yıl	30.66±14.90	47.55±22.72	53.55±19.97	44.00±15.53	98.77±19.69
5 yıldan fazla	29.84±17.96	43.37±22.63	42.26±20.26	38.37±16.86	95.31±22.03
KW	1.415	0.623	8.978	4.469	0.838
p	0.493	0.732	0.011	0.107	0.658
Hemodiyalize ilişkin eğitim alma durumu					
Evet	41.92±17.37	58.92±21.04	60.81±16.19	53.96±12.89	106.50±16.79
Hayır	26.95±18.90	37.29±17.08	45.76±17.13	36.55±13.94	93.21±22.83

MW-U	250.00	205.50	264.00	177.00	333.00
p	0.001	0.000	0.002	0.000	0.028
Önerilen diyet programına uyma durumu					
Evet	35.82±18.27	50.24±20.28	55.82±17.50	47.26±14.43	104.37±14.97
Hayır	28.96±21.11	40.00±22.14	46.12±18.03	38.31±16.83	90.19±26.59
MW-U	363.00	341.50	345.50	321.50	330.00
p	0.073	0.037	0.042	0.018	0.025
Önerilen ilaç tedavisine uyma durumu					
Evet	36.56±17.78	49.26±20.26	53.68±16.98	46.46±14.18	101.35±19.28
Hayır	4.28±1.38	20.14±11.77	37.14±22.63	20.57±9.77	76.29±26.90
MW-U	5.50	39.00	115.50	19.50	96.50
p	0.000	0.000	0.070	0.000	0.027
Başka hastalık varlığı					
Var	26.78±20.31	37.54±17.75	49.46±19.68	37.86±15.97	97.54±25.19
Yok	41.59±15.12	57.78±20.90	55.19±15.75	51.52±12.28	100.07±15.34
MW-U	257.00	231.00	418.00	242.00	490.00
p	0.001	0.001	0.267	0.000	0.897
Egzersiz yapma durumu					
Evet	35.92±19.54	51.12±19.75	55.60±17.41	47.48±14.92	108.68±19.00
Hayır	31.18±19.67	42.85±22.18	49.49±18.54	41.15±16.28	92.15±20.68
MW-U	435.00	379.00	411.00	388	262.50
p	0.470	0.135	0.291	0.173	0.002
Hastalık süresi					
1-5	35.90±21.41	48.55±22.04	58.21±16.40	47.62±15.86	102.95±19.33
6-10	32.69±13.04	46.69±21.55	40.30±17.03	39.61±13.94	95.30±19.74
11-15	22.00±14.94	33.17±18.17	40.00±9.27	31.67±12.09	90.83±22.48
16 ve üstü	16.33±13.05	34.67±12.34	37.00±22.65	29.00±14.80	67.67±34.49
KW	6.189	3.411	16.253	9.435	5.241
p	0.103	0.332	0.001	0.024	0.155

Diyalize girme süresi ile genel sağlık anlayışı alanı puanı arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), diğer yaşam kalitesi alanları ve öz bakım gücü puanı ile anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Hemodiyalize ilişkin eğitim alma yaşam kalitesi tüm alanları ile, önerilen diyet tedavisine uyma fonksiyonel alan dışındaki diğer alanlar ile, ilaç tedavisine uyma ise genel sağlık anlayışı alanı dışındaki diğer alanlar ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.005$, $p<0.001$). Ayrıca hemodiyalize ilişkin eğitim alma, önerilen diyet ve ilaç tedavisine uyma ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir hastalığa sahip olma durumu genel sağlık anlayışı alanı dışındaki bütün yaşam kalitesi alanlarını anlamlı olacak şekilde etkilediği ($p<0.005$, $p<0.001$) öz bakım gücü puan ortalamasını ise etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Egzersiz yapma durumu ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$), öz

bakım gücü puan ortalaması ile arasındaki fark ise anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.005$). Hastalık süresinin yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesini etkilediği ($p<0.005$, $p<0.05$), fonksiyonel durum ve esenlik alanlarını ve öz bakım gücünü ise etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo3: Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçeği	X±SS
Fonksiyonel durum	33.03±19.60
Esenlik	46.08±21.49
Genel sağlık anlayışı	51.88±18.22
Global yaşam kalitesi	43.63±15.94
Özbakım Gücü Ölçeği	98.61±21.48

Hastaların genel sağlık anlayışı ortalama puanı diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo3).

Tablo 4: Hastaların Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücü Puanları Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Özbakım Gücü Ölçeği	
	r	p
Fonksiyonel durum	0.368	0.003
Esenlik	0.395	0.001
Genel sağlık anlayışı	0.443	0.000
Global yaşam kalitesi	0.501	0.000

Yaşam kalitesi alanları ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasında yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Hastaların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları ve öz bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Diyalize giren hastalarda yaşam kalitesi (Akyol ve Karadokovan 2002, Karabulutlu ve Tan 2005, Acaray ve Pınar 2004) ve öz bakım gücünün değerlendirildiği çalışmalarda da (Akyol ve Karadokovan 2002, Yurtsever ve Kuyurtar 2005) benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmada yaşam kalitesi alanları ve öz bakım gücü puanları ile yaş arasında negatif ilişkinin olduğu ve bu ilişkinin her boyutta istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. Başka bir ifade ile yaş arttıkça her alanda yaşam kalitesi ve öz bakım gücü puanları

düşmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da yaşın yaşam kalitesi (Acaray ve Pınar 2004, Mingardi ve ark. 1999), Mittal ve ark. 2001, Ko ve ark. 2007) ve öz bakım gücü (Akyol ve Karadokovan 2002, Karabulutlu ve Tan 2005) puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir.

Bekar hastaların dul ve evli olanlara göre yaşam kalitesi üç ana boyut ve global yaşam kalitesi alanlarında en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç bekar olan hastaların çocuk sahibi olmamaları, yaşlarının genç olması, bakmakla yükümlü olduğu ailesinin olmaması gibi bir çok nedenden dolayı hastalığın psiko-sosyal etkilerini daha az yaşıyor olmalarından kaynaklanmış olabilir. Yapılan çalışmalar bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir (Suet-Ching 2001, Akyol ve Karadokovan 2002, Acaray ve Pınar 2004, İbrahim ve Salamony 2008). Hastaların medeni durum ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu sonuç yapılan diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (Akyol ve Karadokovan 2002, Karabulutlu ve Tan 2005, Yurtsever ve Kuyurtar 2005).

Yaşam kalitesinin tüm boyutlarında anlamlı fark olmasa da, genel olarak eğitim durumunun artmasına paralel yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Yapılan bir çok çalışmada bu çalışma sonucuna benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği belirlenmiştir (Rocco ve ark. 1997, Suet-Ching 2001, Acaray ve Pınar 2004, Yıldırım ve ark. 2004). Yaşam kalitesine benzer şekilde hastaların eğitim durumu arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir (Yurtsever ve Kuyurtar 2005, Ünsar ve ark. 2006). Öğrenim düzeyi arttıkça sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, gelişeceği ve bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını daha fazla üstlenecekleri, bu anlamda hem hastalıklarını hem de hastalık semptomlarını yönetme stratejilerini daha fazla öğrenecekleri ve kullanacakları bunların sonucunda da yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir (Mingardi ve ark. 1999, Neto ve ark. 2000).

Hastaların sahip oldukları meslek durumları ile yaşam kalitesi ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu Karabulutlu ve Tan'ın (2005) çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi alanları ve öz bakım gücü puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilemediği saptanmıştır. Hastaların tamamına yakınının (%96.9) sağlık güvencesinin olmasının bakım ve tedavi giderlerinin karşılanmasında olumlu etkisinin

olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda sosyal güvencenin yaşam kalitesini (Acaray ve Pınar 2004, Akyol ve Karadokovan 2002) ve öz bakım gücünü (Akyol ve Karadokovan 2002) etkilemediği saptanmıştır.

Hastaların sahip olduğu aile tipi ile yaşam kalitesi alanları ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda aile tipi ile yaşam kalitesi alanları (Acaray ve Pınar 2004) ve öz bakım gücü puan ortalamaları (Ünsar ve ark. 2007) arasındaki fark anlamsız bulunmuştur.

Geliri giderine eşit ve fazla olan hastaların yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarının her alanda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da (Suet-Ching 2001, Acaray ve Pınar 2004, Kalantar-Zadeh ve ark. 2001) bu bulgulara benzer şekilde geliri yüksek olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde geliri giderine eşit ve fazla olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının geliri giderinden az olan hastalara göre daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç bize bireylerin kişisel olarak yaşantılarını, sağlık ve iyiliklerini korumada kendilerine düşeni yapabilmeleri için bazen ekonomik durumunda etkili olabileceğini düşündürmüştür.

Hastaların diyalize girme süresi arttıkça yaşam kalitesi alanlarından alınan puanların bütün alanlarda azaldığı ancak genel sağlık anlayışı puan ortalamaları ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ko Benjamin ve ark. (2007) çalışmasında diyaliz seansları süresinin uzaması ile yaşam kalitesinin düştüğü ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, Yıldırım ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında diyalize girme süresi ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bildirilmiştir. Diyalize girme süresi ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu sonuç yapılan diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (Yurtsever ve Kuyurtar 2005, Karabulutlu ve Tan 2005).

Hemodiyalize ilişkin eğitim alma durumu ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Acaray ve Pınar'ın (2004) çalışmasında da hemodiyalize ilişkin eğitim alma durumu ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Üstün ve Karadeniz'in (2006) çalışmasında hemşireler tarafından hemodiyaliz tedavisi gören hastalara verilen kısa süreli eğitimden sonra hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasının eğitim verilmeyen gruba oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir. Hemodiyalize ilişkin eğitim alma durumu ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olduklarında hastalıkları ile daha kolay baş edebilecekleri, hastalığı ile en iyi şekilde nasıl yaşamaları

gerektiğini konusunda bilgilendiği ve bunun sonucunda da öz bakım gücü ve yaşam kalitesini artıracaklarını düşünmekteyiz.

Önerilen diyet tedavisine uyan hastaların uymayanlara göre tüm yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları daha yüksek olup, fonksiyonel alan dışındaki bütün alanlarda bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hemodiyaliz hastalarının beslenme alışkanlıkları olumsuz yönde etkilediği için önerilen diyete uyma bu hastalarda, yaşam kalitesini artırma yönünden önemli olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Acaray ve Pınar'ın (2004) çalışmasında da önerilen diyet tedavisine uyan hastaların yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları esenlik alanı dışındaki tüm alanlarda uymayan hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Hemodiyalize giren hastalarla yorgunluğun değerlendirildiği başka bir çalışmada önerilen diyete uyduğunu ifade eden hastaların yorgunluk ortalama puanları, önerilen diyete uymadığını belirten hastalara göre daha düşük, enerji ortalama puanlarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yurtsever ve Bedük 2003). Yapılan başka bir çalışmada önerilen diyete yetersiz uyum sağlayan diyaliz hastalarında yaşam kalitesi düşük olarak saptanmıştır (Black 1999). Önerilen diyet tedavisine uyan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları uymayan hastalara göre daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç Ünsar ve arkadaşlarının (2007) çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Önerilen ilaç tedavisine uyan hastaların her alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları uymayan hastalara göre yüksek olup, bu yükseklik genel sağlık anlayışı alanı dışındaki her alanda istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmıştır. Acaray ve Pınar'ın (2004) çalışmasında önerilen ilaç tedavisine uyan hastaların her alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları uymayan hastalara göre yüksek olup, bu yükseklik fonksiyonel durum dışındaki her alanda istatistiksel fark oluşturmuştur. Önerilen ilaç tedavisine uyan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları da uymayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum; sağlık durumu, iyilik hali, yaşam kalitesi ve yaşam süresi açısından hayati önem taşımaktadır (Kara 2007). Elde edilen bu sonuç, hastaların hastalığını kabullenip uyum sağlaması, onunla birlikte yaşamayı öğrenmesi, hastalığının neden olduğu semptomlarla daha iyi baş edebilen bireyler olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca önerilen ilaç tedavisine ve diyete uyum, hastaların hastalığı ile daha rahat ve umutlu yaşamasına, oluşabilecek komplikasyonların en aza inmesine veya hiç olmamasına neden olarak bireyin yaşama bakış açısını olumlu yönde etkilemekte dolayısı ile yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü yükselttiğini düşünmekteyiz.

Böbrek yetmezliği dışında bir hastalığa sahip olan hastaların tüm yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları, başka bir hastalığa sahip olmayan hastalara göre daha düşük olup, genel sağlık anlayışı puan

ortalaması arasındaki fark anlamsız, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışma bulgularımız Yıldırım ve ark. (2004), Akyol ve Karadokovan (2002) çalışma bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Bu farklılığın hastaların böbrek yetmezliği dışındaki sahip oldukları hastalıkların türü, sayısı, kaç yıldır bu hastalıkla yaşamış olması ve baş etme stratejilerinin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Ayrıca başka bir hastalığa sahip olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları, başka bir hastalığa sahip olmayan hastalara göre daha düşük olup fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da başka bir hastalığa sahip olma durumu ile öz bakım gücü puan ortalaması arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (Akyol ve Karadokovan 2002, Yurtsever ve Kuyurtar 2005).

Egzersiz yapan hastaların yaşam kalitesi alanları ve öz bakım gücü puan ortalamalarının egzersiz yapmayan hastalara göre daha yüksek olduğu ancak bu yüksekliğin sadece öz bakım gücü üzerinde anlamlı bir fark yarattığı saptanmıştır. Yıldırım ve Fadiloğlu'nun (2005) diyaliz hastaları ile yapmış oldukları çalışmada progresif gevşeme yöntemlerinin yaşam kalitesi puanını arttırdığı, Suh ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada diyaliz hastalarına yönelik 12 hafta devam eden egzersiz programından sonra yaşam kalitesi puanlarının anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir.

Hastaların hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları azaldığı ancak bu azalmanın sadece genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ile anlamlı fark yarattığı saptanmıştır. Akyol ve Karadokova'nın (2002) çalışmasında hastalık süresi ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Hastalık süresi arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının azaldığı ve farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir. Bir çok organ ve sistemde zamanla ilerleyen bozukluklara ciddi organik, mental ve psikososyal sorunlara neden olabilen, tüm işlevleri sınırlayan, yaşamı tehdit eden önemli ölçüde iş gücü kaybına yol açabilen bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliği ile yaşamının zorluğu açıktır. Ancak bir çok olumsuz faktör ortadan kaldırılıp bireyin sağlıklı bir şekilde yaşamayı sağlanabilmektedir. Buna rağmen hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesi ve öz bakım gücü puanının düşmesi normal bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Hastaların genel sağlık anlayışı ortalama puanı diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlardan daha yüksek bulunmuştur (51.88±18.22). Karabulutlu ve Tan'ın (2005), Lindqvist ve arkadaşlarının (1998) sürekli ayaktan periton diyalizi yapan hastalarda yaptıkları çalışmada, Yıldırım ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada genel sağlık anlayışı ortalama puanı diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Bulgularımız bu

araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Hastaların esenlik alanı yaşam kalitesi puan ortalaması 46.08 ± 21.49 olarak belirlenmiştir. Benzer şeklide Acaray ve Pınar'ın (2004) alışmasında da esenlik alanı puan 45.94 olarak belirlenmiştir. Hastaların global yaşam kalitesi puan ortalaması 43.63 ± 15.94 olarak bulunmuştur. Yıldırım ve arkadaşlarının (2004) alışmasında global yaşam kalitesi puanı $\%58.93$ olarak belirlenmiştir. Hastaların fonksiyonel durum ortalama puanı (33.03 ± 19.60) tüm yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlarından daha düşük bulunmuştur. Karabulutlu ve Tan'ın (2005) alışmasında fonksiyonel durum ortalama puanı tüm yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarından düşük olarak belirlenmiştir.

Hastaların z bakım gücü puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur (98.61 ± 21.48). Ünsar ve arkadaşlarının (2007) alışmasında hemodiyalize giren hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları 112 ± 18.35 olarak bildirilmiştir.

z bakım gücü ve yaşam kalitesi alt alanlarından alınan ortalama puanlar arasında yapılan korelasyon sonucunda öz bakım gücü puanı arttıkça fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da öz bakım gücü puan ortalaması arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamasının arttığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir (Akyol ve Karadokovan 2002, Karabulutlu ve Tan 2005).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların genel sağlık anlayışı puanı diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Sosyo-demografik değişkenlerden yaş, yaşam kalitesinin her alanını etkilediği, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, sosyal güvence durumu, aile tipi ve ekonomik durumun ise yaşam kalitesi alanlarını etkilemediği saptanmıştır. Hastaların z bakım gücü puan ortalamaları orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sosyo-demografik değişkenlerden yaş, eğitim durumu, ekonomik durumu öz bakım gücünü etkilediği, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal durum, ve aile tipinin ise etkilemediği belirlenmiştir.

Hemodiyalize ilişkin eğitim alma, önerilen diyet ve ilaç tedavisine uyma yaşam kalitesinin her alanını ve öz bakım gücü puan ortalamalarını etkilemiştir. Başka bir hastalığa sahip olma durumu genel sağlık anlayışı alanı dışındaki bütün yaşam kalitesi alanlarını etkilediği, öz bakım gücü puan ortalamasını ise etkilemediği saptanmıştır. Diyalize girme süresi ise sadece genel sağlık anlayışı puanını etkilediği, öz bakım gücünü etkilemediği belirlenmiştir.

Hastalık süresinin sadece yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanını etkilediği diğer yaşam kalitesi alanlarını ve öz bakım gücünü etkilemediği saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitesi alanları puanları arttıkça öz bakım gücü puanının artışı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; hastaların yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü etkilediği belirlenen diyet ve ilaç tedavisi programları düzenlenmesi, ek bir hastalığı olan hastalara bu hastalıklar hakkında da eğitim verilmesi, yapılacak eğitim programlarının hastaların öğrenim düzeyleri dikkate alınarak planlanması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Acaray A, Pınar R, (2004). Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1):1-11.
2. Akyol A S, Karadokovan A, (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 41(2): 97-102.
3. Başalan F, Özer M, (2003). Yaşam doyumu ve yaşam kalitesi kavramlarına bir bakış. Hemşirelik Forumu Dergisi, 6(4): 24-36.
4. Black PL, (1999). The impact of dietary compliance on the quality of life hemodialysis patients University of Pittsburgh: 1-149.
5. İbrahim S, Salamony OL, (2008). Depression, quality of life and malnutrition_inflammation scores in hemodialysis patients. American Journal of Nephrology, 28(5): 784-791.
6. Kalanter- Zadeh K, Koople JD, Block G et al, (2001). Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization and mortality in hemodilaysis J Am Soc Nephrol, 12 (12): 2797-2806.
7. Kara B, Akbayrak N, (2005). Hemodiyaliz: Hastalar baş etmeyi nasıl öğrenebilirler? Sağlık ve Toplum Dergisi, 15(3): 3-7.
8. Kara B, (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi 49: 132-136.
9. Karabulutlu E, Tan M, (2005). SAPD (Sürekli ayaktan periton diyalizi) hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2): 1-11.
10. Ko B, Khurana A, Spencer J et al. (2007). Religious belief and quality of life in an American inner-city hemodialysis. Nephrology Dialysis Transplantation, 22: 2985-2990.
11. Lindgivist R, Sjöden PO, (1998). Coping strategies and quality of life among on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Journal of Advanced Nursing, 27(2): 312-319.
12. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovic R et al. (1999). Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 health survey, Neprol Dialysis Transplant 14(6): 1503-1510.
13. Mittal SK, Ahern L, Flaster E et al. (2001). Self-assessed physical and mental function of hemodialysis patient, Nephrol Dial Transplant 16(7): 1387-1394.

14. Nahçıvan N, (1993). Sağlıklı gençlerde öz bakım gücü ve aile ortamının etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
15. Neto JF, Ferraz MB, Cendoroglo M et al. (2000). Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment: a comparison between the SF-36 and KDQ questionnaires, *Quality Life Res*, 9(1): 101-107.
16. Özcan C, Keskinç B, Sözen F, ve ark. (2005). Türkiye'de diyaliz hizmetlerinin epidemiyolojisi. *Başkent Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi*, 16(2): 49-56.
17. Pınar N, (1995). Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram; yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalıklarda geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 9(38): 85-95.
18. Rocco MV, Grassman JJ, Wang SR et al. (1997). Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: the modification of diet in renal disease study. *American Journal Kidney Disease*, 29(6): 888-896.
19. Suet- Ching WL, (2001). The quality of life for Hong-Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2): 218-227.
20. Suh MR, Jung HH, Kim SB et al. (2002). Effects of regular exercise on anxiety, depression, and quality of life in maintenance hemodialysis patients. *Renal Failure*, 24(3): 337-345.
21. Ünsar S, Dindar İ, Zafer R ve ark. (2006). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz bakım gücü ve etkileyen etmenler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3): 70-80.
22. Ünsar S, Erol Ö, Mollaoğlu M, (2007). The self-care agency in dialyzed patients. *Dialysis&Transplantation*: 1-7.
23. Üstün ME, Karadeniz G, (2006). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1): 33-43.
24. Velioglu P, (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. *Alaş ofset İstanbul*, 323-346.
25. Yalçın AU, (2008). Yaşam kalitesi, psikososyal sorunlar, rehabilitasyon. Hekimler için Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, Edit. Nurok Arık ve ark. Güneş Tıp Kitabevleri. 331-338.
26. Yıldırım YK, Fadıloğlu Ç, (2005). Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 21(1): 33-45.
27. Yıldırım YK, Fadıloğlu Ç, Akyol AS ve ark. (2004). Diyaliz hastalarında uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1): 35-46.
28. Yurtsever S, Bedük T, (2003). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2): 3-12.
29. Yurtsever S, Kuyurtar F, (2005). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz bakım gücü. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 26-32.

YENİDOĞANDA AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

PAIN EVALUATION IN NEWBORN

Arş.Gör.Dr. Seher SARIKAYA KARABUDAK Yard.Doç.Dr. Hatice BAL YILMAZ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Bornova/İzmir

ÖZET

Otuz yılı aşkın süredir yenidoğan hemşireliği uygulamalarında pek çok değişiklik olmuştur. Yenidoğan fizyolojisinin anlaşılmasında ve teknolojideki ilerlemeler yenidoğan hemşireliği uygulamalarını da büyük oranda değiştirmiştir. Bunlardan bir tanesi de yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesidir. Yenidoğanlar yaşadıkları ağrı sonucunda fizyolojik, psikolojik ve metabolik sorunlar yaşamaktadırlar. Bu nedenle de yenidoğanda ağrının acilen değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Günümüzde pek çok kurum yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yenidoğan ağrısının değerlendirilmesini güçlendirmeye yönelik çalışmalar yapmaktadır. Bu makalede yenidoğan ağrısının değerlendirilmesi ve yönetiminde kullanılan yöntemler ile yenidoğan hemşiresinin rolü güncel literatür doğrultusunda incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, ağrı, yenidoğan hemşireliği

ABSTRACT

Over the past 30 years, neonatal nursing practice has faced many changes. The advances in technology as well as in the understanding of neonatal physiology have greatly changed the way a neonatal nurse practices. One area of nursing practice that has undergone substantial changes is infant pain assessment. Newborns have physiological, psychological and metabolic problems because of the pain. For this reason the pain of the newborn should be evaluated immediately. Recently, many institutions are working to improve infant pain assessment in intensive care unit. This article explains evaluation methods of newborn's pain, pain management and roles of neonatal nurses in the light of contemporary literature.

Key Words: Newborn, pain, neonatal nursing

GİRİŞ

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi ağrıyı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku hasarına bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişindeki deneyimlerinden etkilenen ve istenmeyen durumu uzaklaştırmaya yönelik hoş olmayan biyokimyasal ve duygusal bir durum ya da davranış olarak tanımlamaktadır (Kocaman 1994)

Seksenli yıllara kadar ağrı duyusunun iletimi için sinir liflerinin myelinizasyonunun tamamlanmış olmasının gerektiği düşünülmektedir. Yenidoğanlarda myelinizasyonun tamamlanmamış olması nedeniyle sinir sisteminin yeterince gelişmediği, ağrı deneyimleri için henüz belleklerinin olgunlaşmadığı bu nedenle ağrıyı algılama ve yorumlamada yetersiz oldukları düşüncesi kabul görmekteydi. 1980'li yıllardan sonra yapılan çalışmalarda ise; yenidoğanların ağrıyı çok iyi algıladıkları ve hatırladıkları kanıtlanmıştır (Derebent ve Yiğit 2006).

Ağrı iletimi için gerekli olan anatomik yapının gelişimi, intrauterin dönemden doğumdan sonraki ilk aylarda olmaktadır. Yapılan anatomik çalışmalarda gelişmiş fetus ve yenidoğan derisinde bulunan nosiseptif sinir uçlarının yoğunluğunun, erişkinlerdekine eşit ya da daha fazla olduğu gösterilmiştir (Özcengiz 2007). Ağrı impulslarının ve ağrı kontrolündeki inhibitör yolların tam olarak gelişmemesine bağlı olarak yenidoğanların ağrıyı olduğundan daha şiddetli hissedebildikleri de bildirilmektedir. Ağrının intrauterin yaşamdan itibaren hissedildiğini gösteren çalışmalar sonucunda özellikle hastanelerde yatan yenidoğanların ağrılarının önlenmesi ya da en alt düzeye indirilecek biçimde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin yeniden düzenlenmesi sağlanmıştır (Derebent ve Yiğit 2006, Yılmaz ve ark. 2002). Prematüre bebeklerle yapılan bir çalışmada, bebeklerin ağrıyı erişkinler kadar ciddi algıladıkları, ağrının korteksi aktive ettiği belirtilmiştir (Bartocci ve ark. 2006). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada prematüre doğan ve özellikle erken dönemde çoklu operasyonlara maruz kalan bebeklerin, daha ilerde bir operasyona maruz kaldıklarında daha fazla analjeziğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır (Peters ve ark. 2005).

Yenidoğanda Ağrının Tanınması

Ağrının en iyi tanımlanma yolu sözel ifadelerdir. Fakat ağrının sözel olarak ifadesi mümkün olmadığından, yenidoğanlarda ağrıyı tanılamada fizyolojik ve davranışsal yanıtlar kullanılmaktadır. Davranışsal olarak bütün bebekler ağlar ancak ağlamanın süresi, şekli ve zamanlamasındaki farklılıklar ağlamanın altındaki gerçek nedenin anlaşılmasında önem taşır. Yenidoğanlarda ağrıyı tanımlamada kullanılan fizyolojik ve davranışsal yanıtlardan yola çıkarak çeşitli ağrı ölçüm araçları geliştirilmiştir (Tablo 1). Bu araçlardan; NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) ağrı skalasının neonatal ağrıyı ölçmede iyi bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır (Taksande ve ark. 2005). Bir başka çalışmada; CRIES (Crying Requires oxygen Increased vital signs Expression Sleep) ağrı skalası, FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) ağrı skalası ve PIPP (Premature Infant Pain Profile) gibi farklı skalalarla yüksek riskli preterm yenidoğanlarda ağrının ölçümü karşılaştırılmış, PIPP' in çevresel negatif uyaranları daha iyi değerlendirdiği saptanmıştır (Ahn ve Jun 2007). Son olarak, çok boyutlu bir skala olan BIIP (The Behavioral

Indicators of Infant Pain) ile yoğun bakımlardaki preterm bebeklerin ağrısını ölçmek amacıyla yönelik olarak yeni bir skala geliştirme çalışması yapılmıştır (Holsti ve Grunau 2007).

Tablo 1: Yenidoğanda Ağrının Belirtileri (Wong ve ark. 2001).

Fizyolojik Yanıtlar:	Davranışsal Yanıtlar:
Vital bulgularda değişimler	Sesler
Kalp hızında artış	Ağlama
Kan basıncında artış	İnleme
Hızlı yüzeysel solunum	Yüz ifadeleri
Oksijenlenme	Yüz buruşturma
PO ₂ de düşme	Kaş kırıştırma
SaO ₂ de düşme	Çene titremesi
Cilt renk ve karakteri	Gözleri sıkıca kapatma
Terleme	Beden hareketleri ve postür
Solgunluk ya da yüz kızarması	Kolunu geri çekme
Avuç içlerinde terleme	Bakım verene vurma
Diğerleri	Rijidite
Müsküler tonüste artma	Gevşeklik
Pupillerde dilatasyon	Yumruk sıkma
Vagal sinir tonüsünde azalma	Uyuma,iştah, aktivitedeki değişiklikler
Laboratuvar bulguları	Beslenmede değişiklikler
Kortikosteroidlerde artma	Aktivite seviyesinde değişiklikler
Hiperglisemi	Huysuzluk ve iritabilite
pH da azalma	Bitkinlik

Yenidoğanda Ağrı Yönetimi

Yenidoğanlarda ağrı yönetiminde hem farmakolojik (tıbbi) hem de non farmakolojik (alternatif ya da ilaçsız) yöntemlerden yararlanılmaktadır.

Farmakolojik Yöntemler:

Non streoid antiinflamatuvar ilaçlar, narkotikler, sedatifler ve lokal anestetikler yenidoğanlarda kullanılan farmakolojik ajanlardır (AWHONN 2008 Aslan 2006, Sarvis 2004). Ameliyat gibi major cerrahi girişimler sonrası oluşan akut ağrı genellikle morphine ve fentanly gibi narkotiklerle tedavi edilirken, EMLA gibi topikal anestetik ilaçlar lumbal ponksiyon ve venöz girişim gibi minor cerrahi girişimlerde uygulanırlar (AWHONN 2008 Sarvis 2004). Benzodiazepine gibi sedatifler ise tek başlarına ağrının tedavisinde kullanılmazlar, ajitasyon ve distresi tedavi ederek ağrı tedavisinde narkotiklere destek sağlarlar (AWHONN 2008).

Non Farmakolojik Yöntemler:

Yenidoğanlarda non farmakolojik yöntemlerle yapılan tedavilerin de ağrının azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedir. Örneğin; fleksiyonu sağlamak için ekstremitelerin vücuda yaklaştırılması, minimal dokunma protokolü, gece-gündüz ışık seviyesinin sağlanması gibi çevresel bileşenler bu yöntemler arasında sayılabilir. Ayrıca pozisyon değiştirme, kucaklama,

sallama, müzik dinletme, rahatlığını sağlama, ten-tene temas kurma, masaj, dokunma, emzik verme gibi non farmakolojik girişimler de bebeği rahatlatılabilen yöntemler olarak belirtilmektedir (AWHONN 2008, Sarıkaya ve Öztürk 2006, Yılmaz 2004, Akyürek 2002, Wong ve ark. 2001, Neff ve Spray 1996).

Stres hormonlarının azaltılmasının bebeklerde ağrıya yanıtı azaltılabileceği, yapılan çalışmalarda bebeklere uygulanan masaj sonrası plazma kortizol düzeyinin düştüğü, daha az ağladıkları belirtilmektedir. Sadece dokunma periodlarının bile bebeklerde stres davranışlarının (yumruk sıkma, yüz buruşturma) azalmasına yol açtığı ifade edilmektedir (Sarıkaya ve Öztürk 2006, Yılmaz 2004, Uzuner 1998,). Emzirme de yenidoğanlarda girişimsel ağrıyı azaltmak için kullanılan etkin yollardan birisidir. Ağrılı bir işlem olan venöz kan alımı uygulaması sırasında emziren bebeklerin ağrı skorları daha düşük bulunmuştur (Osinaike ve ark. 2007, Efe ve Savaşer 2007). Ayrıca bir başka çalışmada, masajın bebeklerdeki kolik ağrısının giderilmesinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (Kılıç 2000).

Yılmaz ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, yenidoğan bebeğin kucakta dik pozisyonda tutularak yapılan topuk kanı alma işlemi sonrasındaki ağlama süresi sırt üstü muayene masasına yatırılarak topuk kanı alınan bebeklere göre daha kısa olduğu bulunmuştur.

Akyürek'in (2002) yaptığı çalışmada, NIPS ağrı skalası kullanılarak yenidoğanların işlem öncesi, sırası ve sonrasındaki ağrı puanları değerlendirilmiştir. Ağrılı girişim sırasında bazı non farmakolojik girişim yöntemleri uygulanan bebeklerin işlem öncesi ve sonrası ağrı puanlarının herhangi bir girişimde bulunulmayan bebeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Oral sukroz solüsyonu verilmesinin, yenidoğanlarda girişimsel ağrıyı azaltmak için kullanılan etkin yollardan bir diğeri olduğu (Efe ve Savaşer 2007, Stevens ve ark. 2004), şeker tadının endorfinlerin salınımını tetikleyebileceği belirtilmektedir (Hesselgrave 2005).

Ayrıca bebeğin ağrıya verdiği yanıtın anne-bebek arasındaki ilişkidenden de etkilendiği gösterilmiştir. Bebeğin ağrı davranışlarının annenin ağrıyla ilgili görüşlerini etkilediği, anneye ait psikososyal değişkenlerin de bebeğin ağrı ifadesini etkilemekte olduğu görülmüştür (Pillai Riddell 2007). Başka bir çalışmada ebeveynlerin aşı odasındaki davranışlarının, bebeklerin ağrılı girişime yanıtını etkilediği bulunmuştur (Piira ve ark. 2007).

Hemşirelerin Yenidoğan Ağrısına Yönelik Roller

Ağrı yönetiminin kalitesi, ağrı tedavisini yürüten sağlık ekibi üyelerinin bilgi, davranış ve yeteneklerine bağlıdır. Hemşirelerin bu süreçteki rolü çok önemlidir. Hekim ve hasta arasında koordinasyonu sağlayan hemşireler, hastanın ağrı ve konforunu yakından izleyen sağlık ekibi üyeleridir (Özer ve ark. 2006).

Ağrı yönetimi konusunda sağlık ekibinin inaçları ile davranışları her zaman uyuşmamaktadır. Sağlık personelinin bilgi ve inançlarının çocuklarda, ağrılı girişimler öncesinde, sırasında ve sonrasında ağrı tedavisini etkileyebildiği belirtilmektedir (Melhuish ve Payne 2006).

Bilimsel gerçeklere rağmen zaman zaman hemşirelerin çocuklardaki ağrı ile ilgili yanlış anlama, inanış ve davranışları nedeni ile ağrı yönetimi uygulamalarını değiştirmede isteksiz oldukları belirtilmektedir. Salentera (1999) hemşirelerin ağrı yönetiminde pozitif davranış geliştirebilmeleri için sağlam bir teorik bilgiye sahip olmalarının gerekliliğini belirtmiştir.

Egemen ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada, ağrılı işlem yapılırken ebeveynlerin çocuğun yanında bulunması konusunda, hekimlerin, işlemin ağrı derecesini, hemşirelerin ise çocuğun sakinlik derecesini karar verici kriter olarak kabul ettikleri belirlenmiştir.

Günümüzde bebeklerin de ağrıyı deneyimlediklerinin kabul edilmesine ve gerekli tanılama araçlarının olmasına rağmen yenidoğanlarda ağrı ve tedavisinin çeşitli nedenlerle yetersiz olduğu belirtilmektedir (Reyes 2003).

Yapılan başka bir çalışmada; hemşirelerin çoğunluğunun ağrı tanılması ve yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, % 47,4'ünün ağrı yoğunluğunu tanılamada hastanın davranışlarının gözlemlemediği, % 74,5'inin ise hastanın ağrısını ölçmek için ağrı tanılama skalası kullanmadığı saptanmıştır (Özer ve ark 2006).

Sonuç olarak, yenidoğanlarda ağrılı girişimler sırasında ağrının kontrol altına alınması için uygulanacak girişimin tipine göre farmakolojik yöntemlerin yanı sıra nonfarmakolojik yöntemlerin de kullanılmasını teşvik etmek amacıyla hastanelerde hizmet içi eğitim programlarında bu konuya yer verilmesi, ayrıca hemşirelik bakımının görünürlüğünün artırılmasına yönelik olarak yapılan uygulamaların kayıt altına alınması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ahn Y, Jun Y (2007), Measurement of pain-like response to various NICU stimulants for high-risk infants, Early Human Development; Apr, Vol. 83 Issue 4: p255-262.
2. Akyürek B (2002), Yenidoğan Bebeklere Uygulanan İğneli Girişimlerde Non-Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerinin Etkililiğinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
3. Aslan F.E (Ed.) (2006), Ağrı Doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık, 975-6257-17-2
4. AWHONN (Erişim 2008), And Management Of Acute Pain In The Newborn, Web Continuing Education Resource, www.awhonn.org/awhonn/binary.content.do?name=resources/documents/pdf/8_NeonatalPainManagementWebCE.pdf
5. Bartocci M, Bergqvist L, Lagercrantz H, Anand K.J.S (2006), Pain Activates Cortical Areas In The Preterm Newborn Brain, Pain, 122:p109-117.
6. Derebent E, Yiğit R (2006), Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme ve Yönetim, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2):s41-48.

7. Efe E, Savaşer S (2007), The effect of two different methods used during peripheral venous blood collection on pain reduction in neonates. *Ağrı*; 19(2): p49-56.
8. Egemen A ve ark. (2006), Parental Presence During İnvasive Procedures and Resuscitation: Attitudes Of Health Care Professionals in Turkey, *Pediatr Emerg Care*; 22(4):p230-4.
9. Hesselgrave J.E (2005), Sukroz: Bebekler İçin Büyülü İksir, Kamıta Dayalı Hemşirelik Uygulaması: Çocuklarda Acı ve Üzüntünün Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Sempozyumu, Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, 22-23 Eylül, İstanbul.
10. Holsti L, Grunau R.E (2007), Initial validation of the Behavioral Indicators of *Infant Pain* (BIIP), *Pain* (03043959); Dec, Vol. 132 Issue 3: p264-272.
11. Kılıç M (2000), Bebeklerde Koliğin Önlenmesinde ve Giderilmesinde Bebek Masajın Etkisi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Yayınlanmamış Özgün Çalışma, İzmir.
12. Kocaman G (1994), Ağrı- Hemşirelik Yaklaşımları, İzmir, Saray Tıp Kitabevi.
13. Melhuish S, Payne H (2006), Nurses' Attitudes to Pain Management During Routine Venepuncture in Young Children, *Paediatric Nursing*; March, Vol. 18(2), p20-23.
14. Neff C, Spray M(1996), *Introduction to Maternal and Child Health Nursing*, Lippincott, Philadelphia, New York.
15. Osinaike B. B ve ark. (2007), Effect of breastfeeding during venepuncture in *neonates*, *Annals of Tropical Paediatrics*; Sep, Vol. 27 Issue 3, p201-205.
16. Özcengiz D(Erişim 2008), Fetüs ve Ağrı, <http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/09.html>
17. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z (2006), Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranış Ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi, *Ağrı*; 18(4):s36-43.
18. Peters J.W.B ve ark.(2005), Does neonatal surgery lead to increased pain sensitivity in later childhood?*Pain*, 114:p444-454.
19. Piira T ve ark. (2007), Factors Associated With Infant Pain Response Following An Immunization Injection, *Early Human Development*; May, Vol. 83 Issue 5: p319-326.
20. Pillai Riddell R.R (2007), Predicting Maternal And Behavioral Measures Of *Infant Pain*: The Relative Contribution Of Maternal Factors, *Pain* (03043959); Dec, Vol. 133 Issue 1-3, p138-149.
21. Reyes S (2003), Nursing Assesment of Infant Pain, *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*; Vol 17(4):p291-303.
22. Salantera S (1999), Finnish Nurses' Attitudes to Pain in Children, *Journal of Advanced Nursing*; Vol. 29(3): p727-36.
23. Sankaya S, Öztürk C (2006), Annelerin Uyguladığı Masajın Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Büyüme-Gelişmesine Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağ. ve Hast. Hemşireliği AD, Yüksek Lisans Tezi, 50. Milli Pediatri, 6. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, Sözlü Bildiri, 8-12 Kasım, Antalya.
24. Sarvis A (2004), Assessment And Documentation Of Newborn Pain:An Intervention And Longitudinal Evaluation, The Florida State University School Of Nursing, Master Thesis, <http://etd.lib.fsu.edu/theses/available/etd-11152004-164546/>
25. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A, (2004), Sucrose For Analgesia In Newborn Infants Undergoing Painful Procedures, *Cochrane Neonatal Collaboration*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001069/frame.html>
26. Taksande A, Vilhekar K.Y, Jain M, Chitre D (2005), Pain Response of Neonates to Venipuncture, *Indian Journal of Pediatrics*, Volume 72—September: p751-53.
27. Uzuner Y.Y (1998), Dokunmanın Önemi, *Hemşirelik Forumu*; 1(6): s245-51
28. Wong D.L ve ark. (2001), *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, Sixth ed., Mosby.
29. Yılmaz G, Gürakan B, Saatçi Ü (2002), Topuk Kanı Alınma Sonrası Bebeklerin Ağlama Sürelerine Etki Eden Faktörler, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 45: s233-36.
30. Yılmaz H.B (2004), Bebek Masajının Bebeklerde Uyku Süresine, Büyüme-Gelişmeye Ve Annelerde Durumluk-Süreklı Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağ. ve Hast. Hemşireliği AD, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.

**ORAL ANTİKOAGÜLAN TEDAVİ ALAN HASTALARIN PERİOPERATİF
HEMŞİRELİK YÖNETİMİ**

*PERIOPERATIVE NURSING MANAGEMENT OF PATIENTS RECEIVING
ORAL ANTICOAGULATION THERAPY*

Yrd. Doç. Dr. Emel YILMAZ

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

Bu derleme, Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresinde (4 -8 Eylül 2007, Gaziantep) poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

İnme ve tromboemboli gibi kardiovasküler olay riskini azaltmak için antikoagülan tedavi alan hasta sayısı artmaktadır. Kronik atriyal fibrilasyon, tekrar pıhtı oluşumunun önlenmesi, pulmoner emboli, kalp kapak protezleri olan hastalar için antikoagülan ilaç kullanılmaktadır. Geçirilmiş iskemik atak, miyokard infarktüsü, anjiyoplasti ve derin ven trombozu olan, özellikle zayıf sol ventrikül fonksiyonu, diyabet ve ileri yaş (>70 yaş) gibi ilave risk faktörü bulunan hastalarda antikoagülan tedavi almaktadır. Uzun süre oral antikoagülan tedavi alan hastaların perioperatif yönetimi problemlidir. Birçok hastada cerrahi ya da invaziv işlemlerde antikoagülan tedavinin düzenlenmesi gereklidir. Ameliyattan önce, ameliyat sırasında ve ameliyattan sonra hiperkoagülasyon ve hipokoagülasyon arasındaki dengenin sürdürülmesi zor ve karışık olabilir. Oral antikoagülan tedavinin uygulanması sırasında hemşirelerin göz önünde bulundurmaları ve dikkat etmeleri gereken birçok faktör vardır. Oluşabilecek komplikasyonların erken fark edilip önlenmesi için hemşireler, oral antikoagülan tedavinin etki ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmalı, hasta ve hasta yakınlarına gerekli bilgiyi vermelidir. Bu makale oral antikoagülan ilaç alan hastaların perioperatif hemşirelik yönetimine odaklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Oral antikoagülanlar, cerrahi, hemşirelik yönetimi

ABSTRACT

The number of patients who require maintenance on anticoagulation therapy for minimizing risk of cardiovascular events like stroke or thromboembolism is increasing. Other patients take anticoagulants for chronic atrial fibrillation, prevention of recurrent blood clots or pulmonary embolism, or previous prosthetic heart valve replacement. Patients who have had past transient ischemic attacks, myocardial infarctions, angioplasty, and deep vein thrombosis (DVT) are often placed on anticoagulant therapy, particularly those with additional risk factors such as advanced age (>70 years), diabetes mellitus, or poor left ventricular function. The perioperative management of patients on long-term oral anticoagulation (OAC)

therapy is problematic. Many patients require management of anticoagulation therapy when undergoing invasive procedures or surgery. Maintaining a balance between hypercoagulation and hypocoagulation before, during, and after surgery can be difficult and confusing. There are many factors that nurses need to be careful of and consider during oral anticoagulation therapy. The nurses must have adequate information about the effects and side effects of oral anticoagulation therapy in order to notice and prevent complications in the early period and also to give the necessary information to the patients and their relatives. This article focuses on perioperative nursing management of patients receiving oral anticoagulation therapy.

Key Words: Oral anticoagulants, surgery, nursing management

GİRİŞ

1950'lerden beri yaygın olarak kullanılan oral antikoagülanlar, başta pulmoner emboli, derin ven trombozu ve kalp kapak hastalıkları olmak üzere, birçok kardiyovasküler sistem hastalığının tedavi ve takibinde kullanılmaktadır (Soysal 2003, Eroğlu ve ark. 2005).

Kronik olarak oral antikoagülan kullanan hasta grubu genel ilaç kullanan popülasyonun %5'ini oluşturur (Eroğlu ve ark.2005). Yaşlanan toplumla beraber oral antikoagülan ilaç kullananların sayısı da artmaktadır. 65 yaşın üzerindeki hastalarda cerrahiye olan gereksinim, 65 yaşın altındaki hastalara göre iki kat daha fazladır (Öngören 2003).

Cerrahi ya da invaziv girişimler nedeniyle, sürekli oral antikoagülan kullanan hastalarda antikoagülan tedavinin düzenlenmesi klinikte önemli sorunlardan biridir. Bu hastaların yönetimi güçtür (Öngören 2003).

Oral antikoagülan tedavinin uygulanması sırasında hemşirelerin göz önünde bulundurmaları ve dikkat etmeleri gereken birçok faktör vardır. Hemşireler ilk olarak hastasının kullandığı oral antikoagülan ilaçların hasta üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkileri ile yan etkilerini bilmelidir. Oluşabilecek komplikasyonların erken fark edilip önlenmesi için yeterli bilgiye sahip olmalı ve hastayı da bu konularda bilgilendirmelidir. Ayrıca hemşireler cerrahi işlemin başarısı ve hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi için gerekli intraoperatif ve postoperatif önlemleri almalıdır.

Oral Antikoagülanlar

Kimyasal yapılarına göre iki alt gruba ayrılırlar;

- Kumarin türevleri; warfarin, dikumarol, etilbiskumasetat ve fenprokuman.
- İndantion türevleri; fenindion, difenadiondur (Özcanlı 2006).

Bu grupta en iyi biyoyararlanıma ve en az ciddi yan etkiye sahip olması nedeniyle dünyada en çok kullanılan warfarindir. Warfarin vitamin K'ya bağımlı pıhtılaşma faktörlerini (II, VII, IX, X) ve vitamin

K'ya bağımlı koagülasyon inhibitörlerini (protein C ve S) bloke eder (Dilek 2003). Warfarinin etki süresi 2- 6 gün, yarılanma ömrü 37- 40 saattir. Ağızdan alındığında gastrointestinal sistemden süratle ve tam olarak emilir (Gürel 2006). Kanda albumine bağlanarak taşınmakta ve karaciğerde mikrozomal enzimlerle yıkılmaktadır (Özcanlı 2006). Warfarinin genellikle ömür boyu kullanımı söz konusudur (Gürel 2006).

Antikoagülan kullanan hastalar daha önceleri protrombin zamanı (PTZ) ile takip edilmekteydiler. Ancak bu değer her laboratuarda biraz farklı olmasından dolayı hastaların takibinde standart bir değer yoktu. Bunun yerine 1985 den beri PTZ ile birlikte, hastanın PTZ değerinin tahlilin yapıldığı laboratuvarın ortalama PTZ değerine bölünmesi ile elde edilen INR (*International Normalized Ratio*) değeri kullanılmaya başlamıştır. INR değerinin birimi yoktur ve normal bir insanda 0.9 ile 1.1 arasındadır (Tarım ve ark. 2002, Black 2004, Eroğlu ve ark. 2005). Oral antikoagülan tedavi sırasında hedeflenen INR düzeyi genellikle 2-3 arasındadır (Goolsby 2002, Soysal 2003). Atriyal fibrilasyon, pulmoner emboli ve venöz tromboz durumlarında INR'nin 2.0-2.5 arasında olması istenir. Ancak kalp kapak protezi olanlarda bu oran 3.0-4.5 arasında tutulur (Caliendo ve ark. 1999). INR 8.0' in üzerindeyse yaygın kanamalar görülür. Spesifik antidotu fitomenadion (Vit K₁), pıhtılaşma faktörleri (II, VII, IX, X) ve taze dondurulmuş plazmadır (Gürel 2006).

Warfarin kullanan hastalara klinik yaklaşımda dikkat edilmesi gereken diğer bir hususta warfarinin diğer kullanılan ilaçlarla etkileşimleridir. Bazı ilaçlar warfarinin etkisini azaltabilmekte veya artırabilmektedir. Warfarin tedavisi altındaki hastalarda bu tür ilaçların başlanması veya kesilmesi dönemlerinde INR düzeylerinin yakından izlenmesi gerekmektedir. İlaç etkileşimlerinde en sık karşılaşılan örnek kısa süreli antibiyotik kullanımudur. Antibiyotikler dışında hastaların sık kullandığı nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ki özellikle asetil salisilik asit türevleri warfarinin etkisini arttırmaları açısından önemlidirler. Hastanın uygulamış olduğu diyetinde warfarin tedavisi üzerine etkili olduğu unutulmamalıdır. Yüksek miktarda K vitamininin diyetle alınımı warfarinin etkisini azaltmaktadır. Ayrıca warfarin tedavisi alan hastaların alkolden uzak durmaları ve kafein içeren gıdaları (kahve, çay, kola ve çikolata) azaltmaları önerilmektedir (Kurtuluş ve Onur 2008).

Antikoagülan etkiyi arttıran ilaçlar: Alkol, allopürinol, anabolizanlar, analjezikler (parasetamol gibi), antiaritmikler (amiodaron gibi), antidepresanlar (selektif serotonin re-uptake inhibitörleri gibi), antidiyabetikler, antimalaryal ilaçlar, anksiyolitikler, disülfiram, influenza aşısı lökotrien antagonistleri, levotiroksin, lipid düzenleyici ilaçlar, testosteron.

Antikoagülan etkiyi azaltan ilaçlar: Oral kontraseptifler, raloksifen, retinoidler, rowachol, K vitamini (enteral beslenme).

Değişken etki yapan ilaçlar: Antibiyotikler (genellikle etkiyi arttırır), kolestiramin, antiepileptikler, antifungaller, barbitüratlar, sitotoksik ilaçlar (ifosfamid arttırır, azotiopürin azaltır), hormon antagonistleri, ülser ilaçları (Öngören 2003).

Oral antikoagülanların kontrendike olduğu durumlar

- Hemorajik diyatez
- Gebelik
- Psikoz-demans
- Zararlı madde alışkanlığı
- Yaşam tarzının antikoagülan kullanımına uyumsuz oluşu
- İlaça karşı duyarlılık
- Serebrovasküler olay (hemorajik)
- Ağır hipertansiyon
- Renal yetersizlik
- Karaciğer hastalığı
- Gastro intestinal sistem: kanama riskli anatomik lezyonlar
- Hematüri (Soysal 2003).

Oral antikoagülanların yan etkileri

- Kanama
- Purpura, ekimoz
- Hematüri
- Alopesi, dermatit, ürtiker
- Diyare, bulantı, kusma
- Lökopeni (Özcanlı 2006).

Antikoagülan tedavi almakta olan hastalarda kanama en önemli komplikasyon olup %2–10 oranında görülmektedir (Tarım ve ark. 2002). Operasyon anında veya sonrasında kanamaların, iki ana nedeni vardır. Birincisi cerrahiye bağlı kanamalar olup, operasyon bölgesinde kanayan damarların cerrahi olarak kontrol altına alınmamasından kaynaklanmaktadır. Bu tür kanamalar genelde cerrahi bölgenin bir yerinden olur ve cerrahi bölge ile sınırlıdır. İkinci neden ise hemostatik sisteme ait bozukluktan kaynaklanan kanamalardır. Bu tür kanamalar daha geniş alanda olup, lokal tedavilerle kanamaların kontrol altına alınması zordur. Hemostazdaki yetmezlik değişik kanama komplikasyonları ile sonuçlanabilir. Transfüzyon ihtiyacı artabilir, operasyon yerinden sızıntı şeklinde kanamalar olabilir, şiddetli kanama nedeniyle hemorajik şok meydana gelebilir, organ fonksiyonları bozulabilir veya kontrol edilemeyen kanamalar nedeniyle hasta kaybedilebilir (Özatlı 2007). Warfarinin antikoagülan etkisi daha uzun olduğu için perioperatif kanama kontrolünün sağlanması daha güç olabilir. Özellikle yaşamı

tehdit eden kanamalarda tedavinin kesilmesi veya devam etmesine yönelik verilecek karar son derece önemlidir. Antikoagulan tedavinin kesilmesinden sonra tromboz ya da embolizm riski ile cerrahinin yararı-kanama arasında bir denge sağlanmalıdır (Tarım ve ark. 2002, Öngören 2003).

Cerrahi işlem sırasında tromboemboli riski yüksek hastalar;

- Mitral kapak protezi olanlar
- Çoklu kapak protezleri olanlar
- Protez kalp kapağı ve tromboembolizme eşlik eden riskleri (atriyal fibrilasyon, konjestif kalp yetmezliği, intrakardiyak trombüs) olanlar
- İntrakardiyak trombüs, stroke ya da geçici iskemik atak hikayeli atriyal fibrilasyonu olanlar
- Üç ay içinde venöz tromboembolizm geçirenler (Kayser 2005, Ickx ve Serge 2006, Douketis ve Bakhsh 2008).

CERRAHİ GİRİŞİMLER SIRASINDA KANAMA RİSKİ

Antikoagulan kullanan hastalar kanama açısından çok yüksek, yüksek, orta ve düşük risk gruplarına ayrılırlar.

Çok yüksek riskli olanlar

- Beyin cerrahisi (intrakraniyal ya da spinal cerrahi)
- Kalp cerrahisi (koroner arter bypass ya da kalp kapak replasmanı) (Douketis ve Bakhsh 2008).

Yüksek riskli olanlar

- Büyük damar ameliyatları (abdominal aort anevrizması onarımı, aorta femoral bypass)
- Büyük üroloji ameliyatları (prostatektomi, mesane tümör rezeksiyonu)
- Büyük alt eklem ortopedi ameliyatları (kalça/diz eklem replasman ameliyatları)
- Akciğer rezeksiyon ameliyatları
- Barsak anastomoz ameliyatları
- Kalıcı pacemaker ya da internal defibrilatör takılması
- Bazı invaziv işlemler (böbrek biyopsisi, prostat biyopsisi, perikardiyosentez, kolonik polipektomi) (Du Breuil ve Umland 2007, Douketis ve Bakhsh 2008).

Orta riskli olanlar

- Diğer intraabdominal ameliyatlar
- Diğer intratorasik ameliyatlar
- Diğer ortopedi ameliyatları
- Diğer damar ameliyatları (Douketis ve Bakhsh 2008).

- Dilatasyon ve küretaj
- Non katarakt göz cerrahisi
- Büyük diş ameliyatları (Du Breuil ve Umland 2007).

Düşük riskli olanlar

- Laparoskopik kolesistektomi
- Laparoskopik ingüinal herni onarımı
- Lazer ile yapılan transüretal rezeksiyon (TUR) ameliyatları
- Genel diş tedavisi (diş temizliği, protez, endodontik işlemler, diş eti tedavileri, komplike olmayan diş çekimleri)
- Dermatolojik işlemler (Belirli deri biyopsileri ya da cilt kanseri çıkarılması)
- Oftalmolojik işlemler (katarakt vb ameliyatlar)
- Koroner anjiyografi
- Gastroskopi ya da kolonoskopi
- Bazı invaziv işlemler (kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi, lenf nodu biyopsisi, torasentez, parasentez, artrosentez) (Du Breuil ve Umland 2007, Douketis ve Bakhsh 2008).

KRONİK ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN HASTALARDA PERİOPERATİF YAKLAŞIM

Geleneksel olarak kronik oral antikoagülan kullanan hastalarda cerrahi işlemden günler önce antikoagülan tedavinin modifikasyonu gerekir (Akay ve Gülbaş 2008). Bu hastalarda cerrahi işlem uygulanma zamanında değişik antikoagülasyon önerileri bulunmaktadır (Şencan 2004). Bunlardan biri hastanın düşük doz oral antikoagülan ile (INR yaklaşık 1.5–2) opere edilmesi, diğeri de cerrahiden en az 3–5 gün önce warfarinin kesilmesi ve antikoagülasyona heparinle devam edilmesidir (Kearon ve Hirsh 1997, Dilek 2003, Ickx ve Serge 2006).

Minör cerrahi işlemler

- Cilt ameliyatları, yumuşak doku aspirasyon ve enjeksiyonları antikoagülan tedavinin azaltılması ya da kesilmesini gerektirmez (Şencan 2004). Fakat saç transplantasyonu ve yüz germe ameliyatlarında antikoagülan tedavinin kesilmesi gerekli olabilir (Jaffer ve ark. 2003).
- Uygun cerrahi teknik kullanıldığı takdirde pacemaker takılması da güvenle yapılabilir (Şencan 2004).
- İşlem öncesinde INR'nin terapötik oranda (normal <1.3) olmasına dikkat edilmelidir. INR terapötik dozun üzerinde ise ameliyat INR normale dönünceye kadar ertelenir (Sridhar ve Grigg 2000).
- Ağız cerrahisinde, operasyon sırasında ve operasyondan sonra bir hafta süreyle günde dört kez %5'lik traneksamik asit solüsyonu ile

ağız yıkandığı takdirde antikoagülan tedavi dozu değiştirilmeden uygulanabilir (Jaffer ve ark. 2003, Şencan 2004).

- Diş çekiminden iki gün önce oral antikoagülan ilaçlar kesilerek, INR'nin 1.5 veya daha aşağı düzeylere inmesi de işlem için güvenilirdir (Şencan 2004).
- Benign prostat hiperplazisinin tedavisinde antikoagülan tedaviyi kesmeden lazer ablasyon yapılabilir. Ancak yaklaşık %15 oranında majör kanama riski mevcuttur (Şencan 2004). Genellikle sistoskopi, kateter uygulamaları, mesane iririgasyonunda antikoagülan ilaçların kesilmesine gerek yoktur. Prostat biyopsisi ve litotripsi işleminde antikoagülan tedavinin düzenlenmesi gerekir (Gaines 2005).
- Minör endoskopik işlemlerde oral antikoagülan ilaçların kesilmesine gerek yoktur. INR'nin terapötik dozun üzerinde olmamasına dikkat edilir (Eisen ve ark. 2002).

Major cerrahi işlemler

- Major, non-kardiyak cerrahi uygulanacak hastalarda kanama riski yüksek olduğundan, işlemden 4-5 gün önce antikoagülan tedavi kesilir. INR normal düzeye gelmelidir. Tromboembolizm riski artacağından bazal aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) değerinin 2 katına ulaşacak heparinizasyon yapılmalıdır. aPTT ameliyat sırasında normale yakın tutulur (Öngören 2003).
- Kalp cerrahisinde INR yaklaşık 2.4 civarında tutularak oral antikoagülanlar kesilmeden tedaviye devam edilebilir. Warfarin dozunun azaltılması ile karşılaştırılacak olursa bu yöntemde daha az heparine ihtiyaç vardır ve kan kaybı daha azdır (Şencan 2004).
- Damar cerrahisinde opere edilen damar veya greftin tıkanmaması amacıyla antikoagülan tedaviyi kesmeden sürdürebilmek için, cerrahın çok titiz hemostatik teknik kullanması gerekmektedir (Şencan 2004).
- Diğer cerrahi işlemlerde tedavinin değiştirilmesi gereklidir. Bu nedenle warfarinin kesilmesinden sonra INR'nin azalma hızı bilinmelidir. Son dozdan sonra 29 saat geçmeden INR'de anlamlı bir azalma beklenmemelidir (Şencan 2004).
- Tromboembolik olay için yüksek riskli, oral antikoagülan alan bir hastaya majör endoskopik işlem yapılacağı zaman, warfarin işlemden 3-5 gün önce kesilmelidir. INR terapötik dozun altına düştüğünde IV heparin başlanmalıdır. Heparin işlemden 4-6 saat önce kesilmeli ve işlemden 2-6 saat sonra tekrar başlanmalıdır. Warfarine işlemin yapıldığı gece başlanabilir (Eisen ve ark. 2002).
- Tromboembolik olay için yüksek ya da orta dereceli riskli, oral antikoagülan alan bir hasta operasyona alınacağı zaman, hedef INR değeri 2.0-3.0 olanlarda operasyondan 5 gün, yaşlı veya hedef INR değeri 2.5-3.5 olan hastalarda ise operasyondan 6 gün önce warfarin kesilmelidir. INR değeri, hedef INR değerinin altına düşünce

operasyondan 3–4 gün önce düşük molekül ağırlıklı heparin başlanır (Şencan 2004).

- Düşük molekül ağırlıklı heparin operasyondan 12–24 saat önce kesilmelidir. Operasyondan bir gün önce INR kontrol edilerek normal (INR <1.2) ya da normale yakın (INR 1.3–1.4) olduğundan emin olunmalıdır. Eğer INR >1.5 ise 1–2 mg K vitamini verilerek INR düşürülmelidir (Şencan 2004).
- Oral antikoagülasyondan unfraksiyone heparin tedavisine geçişte konvansiyonel yaklaşım olarak; terapötik sınırlar içinde hedeflenen aPTT'ye ulaşabilmek için hastanın ameliyat öncesi ve sonrasında en az 3–4 gün süreyle hastanede yatırılması gereklidir (Öngören 2003).
- Unfraksiyone heparin infüzyonu ameliyattan en az 4 saat önce kesilmelidir. UFH'in kullanıldığı hastalarda hızlı nötralizasyon gerekirse 100 Ü heparine karşılık 1 mg IV protamin sülfat yapılmalıdır. Yeterli post-op hemostaz sağlandıktan 12–24 saat sonra tekrar başlanabilir (Öngören 2003).
- Operasyon akşamı hasta oral almaya başladıktan sonra warfarin tekrar başlanabilir. Operasyondan 24 saat sonra hemostaz yeterli ise düşük molekül ağırlıklı heparin tekrar başlanıp INR hedef değerlere ulaşana kadar 3–5 gün daha verilmelidir. Düşük molekül ağırlıklı heparin yerine klasik heparin kullanılacaksa heparin operasyondan en az 4 saat önce kesilmeli ve operasyondan 12–24 saat sonra tekrar başlanmalıdır. Hedef aPTT değeri de 45–60 sn olmalıdır (Şencan 2004).
- Ameliyat sonrasında düşük molekül ağırlıklı heparin ile yeterli post-op hemostaz sağlandıktan ve ameliyatla ilgili kanama riski gözden geçirildikten sonra karar verilmelidir. Drenli olan hastalarda kanama kontrol altına alınana kadar düşük molekül ağırlıklı heparin başlanmamalıdır. Post-op kanamaların çoğu yara yeri iyileşmesindeki gecikmeden kaynaklanır ve 24 saat içinde kendiliğinden durur. Yeterli post-op hemostazın varlığında antikoagülan tedaviye başlamak için, cerrahi işlemin kanama oluşturma potansiyeline bakılmalıdır. Yüksek kanama riski olan ameliyat sonrasında en az 24–48 saat süreyle düşük molekül ağırlıklı heparin başlanmamalıdır. Orta ya da hafif kanama riski taşıyan hastalarda ameliyat olunan gece düşük molekül ağırlıklı heparine başlanabilir (Şencan 2004).

Acil cerrahi işlemlerde

- Kanama riskinin orta ya da yüksek derecede olduğu, acil cerrahi gerektiren hastalarda, antikoagülan etkinin hızla düzeltilmesi gerekir (Öngören 2003). Kronik antikoagülasyonun etkileri azaltılır. Bunun için;
- Vitamin K₁ 10 mg intravenöz olarak verilir (Lindop 2002). İntramüsküler K vitamini uygulamasından kaçınılmalıdır. Subkutan K vitamini INR'de beklenmeyen miktarda düzelmeye neden olabilir.

Hastane şartlarında hasta oral alamıyorsa IV K vitamini tercih edilir. Anafleksiden kaçınmak için 50 ml %5 dekstroz içerisinde 30 dk da verilmelidir. (Baykal ve ark. 2008).

- Sonra taze donmuş plazma (TDP) 15ml/kg. kullanılır (Lindop 2002). Ortalama bireysel gereksinim 6–7 ünite TDP'dir (Heit 2001).
- TDP'ye alternatif olarak da pıhtılaşma faktörleri (faktör II, VII, IX ve X) 50 ünite/kg olarak verilebilir. Ameliyat sırasında koagülasyon profilleri izlenmeli ve cilt kapatılırken normal koagülasyonu sağlamak için TDP infüzyonu tekrar edilir (Lindop 2002).

ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANAN HASTALARDA PERİOPERATİF ÖNERİLER

- Antikoagülan tedavinin kesilmesinden sonra tromboz ya da embolizm riski ile cerrahinin yararı-kanama arasında bir denge sağlanmalıdır. Bu, yakın zamanda venöz tromboembolizmi olan, intrakardiyak tromboz ya da prostetik kapağı olan hastalarda güç olabilir (Öngören 2003). Venöz tromboemboli atağı sonrası ilk bir ay içinde elektif cerrahiden kaçınılması
- Mümkün değilse; ameliyattan 3–4 gün önce warfarin kesilmesi, INR 2.0 altı olduğu dönemde heparin/düşük molekül ağırlıklı heparin uygulanması
- IV heparin süresince aPTT monitörizasyonu sağlanması ve ameliyat öncesi 6 saate kadar infüzyonun sürdürülmesi
- Majör cerrahi sonrası veya kanama durumlarında postoperatif heparin/düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisinin en az 12 saat başlanmaması
- Bir aydan uzun üç aydan kısa süredir warfarin kullanan hastalarda, ek bir risk faktörü yoksa preoperatif heparin kullanımı gereksizdir ve postoperatif antikoagülasyon sağlanana kadar heparin verilmesi
- Üç aydan daha kısa süre önce akut venöz tromboemboli atağı geçiren ve warfarin kullanan hastada, preoperatif heparin gereksizdir, postoperatif antikoagülasyon sağlanana kadar subkutan heparin/düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksisi yapılmalıdır (İnal ve Bulucu 2004).

PERİOPERATİF ANTİKOAGÜLAN KULLANAN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

- Hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olunmalı
- Oluşabilecek komplikasyonların erken fark edilip önlenmesi için, antikoagülan tedavinin etki ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olunmalı, bu bilgiler uygulamaya geçirilmeli

- Hemşireler, yaşamı tehdit edici bir komplikasyon olabilen intra ve post-operatif kanamaların acil olarak değerlendirilmesi, tanı konması ve tedavi edilmesinde önemli sorumluluklar taşımalı
- Tedavinin oluşabilecek yan etkileri konusunda dikkatli olunmalı, istenmeyen bir etki oluştuğunda ilaç hemen kesilerek varsa antidotunu hazır bulundurulmalı ve doktorla irtibata geçilmeli
- Hastalara bakım uygulamaları, taşıma ve diğer işlemlerde nazik davranılmalı, yaralamalardan kaçınılmalı
- Ağız bakımı yapılırken yumuşak diş fırçası kullanılmalı
- Hasta tıraşında elektrikli tıraş makineleri kullanılmalı
- Hasta peteşi, purpura, venöz giriş yerlerinden sızıntı şeklinde kanama bulguları yönünden muayene edilmeli
- İdrar, dışkı ve nazogastrik içerik kanama açısından değerlendirilmeli
- Laboratuvar testlerini kontrol edilmeli (aPTT, INR vb.)
- Acil durumlar için K vitamini hazır bulundurulmalı
- Hemşire antikoagülan ilaçların hastaların kullandığı diğer ilaçlarla olan etkileşimleri bilmeli ve dikkatli olmalı
- Bu ilaçların kullanıldığı hastane ortamındaki hastalarda, EKG ve aritmi takibi yapılmalı
- Tedavi süresince hasta yatak istirahatına alınmalı
- İlaçların doz ayarı ve uygulama yolları hakkında yeterli bilgiye sahip olunmalı
- Ameliyattan sonra evde antikoagülan ilaç kullanacak hastalara bu ilaçların etkileri ve kullanım şekli, yan etkiler ve belirli aralıklarla kontrole gitmesinin gerekliliği anlatılmalı ve açıklanmalıdır (Özcanlı 2006, http://www.karpilo.net/html/cmik/dl_05-01-05/cpim00003anticoagulant_therapy.doc)

KAYNAKLAR

1. _____Anticoagulant Therapy (http://www.karpilo.net/html/cmik/dl_05-01-05/cpim00003-anticoagulant_therapy.doc (Erişim tarihi: Ağustos 2008).
2. Akay OM, Gülbaş Z (2008). Perioperatif koagülasyon bozukluklarına yaklaşım. Osmangazi Tıp Dergisi, 30:1, 40-55.
3. Baykal Y, Işık AT, Sağlam K ve ark. Antikoagülan ve Trombolitik Tedavi. Ayn Kitabı, www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/egitim/hit.asp?id=152 (Erişim tarihi: Ağustos 2008).
4. Black JM (2004). Anticoagulation in elective surgery. Plastic Surgical Nursing, 24:1, 8-14.
5. Caliendo FJ, Halpern VJ, Marini CP ve ark. (1999). Warfarin anticoagulation in the perioperative period: is it safe?, Ann Vasc Surg, 13, 11-16.

6. Dilek İ (2003). Antikoagulan tedavi ilkeleri. III. Hematoloji İlk Basamak Kursu, Kurs Kitabı, İstanbul: 67-75 (www.thd.org.tr/doc/kurs_pdf/antikoagulan.pdf erişim: Ağustos 2008).
7. Douketis JD, Bakhsh E (2008). Perioperative management of antithrombotic therapy. *Pol Arch Med Wewn*, 118:4, 201-208.
8. Du Breuil AL, Umland EM (2007). Outpatient management of anticoagulation therapy. *Am Fam Physician*, 75, 1031-1042.
9. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA ve ark. (2002). Standards of practice committee guideline on the management of anticoagulation and antiplatelet therapy for endoscopic procedures. *Gastrointestinal Endoscopy*, 55: 7, 775-779.
10. Eroğlu M, Öztürk U, Nedim C ve ark. (2005). Antikoagulan tedavisi alan hastalarda asemptomatik mikroskobik hematürinin INR seviyesi ile ilişkisi. *Türk Üroloji Dergisi*, 31:4, 574-579.
11. Gaines KK. (2005). Management of anticoagulation therapy for invasive procedures. *Urologic Nursing*, 25:5, 379-380.
12. Goolsby MJ (2002). Managing oral anticoagulant therapy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 14:1, 16-18.
13. Gürel EDK (2006). Warfarin ve heparin kullanımının dış çekimine bağlı oluşan kanama üzerine etkilerinin klinik ve laboratuvar değerlerle karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 11-48.
14. Heit JA. (2001). Perioperative management of the chronically anticoagulated patient. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 12:1, 81-87.
15. Ickx BE, Serge M (2006). Perioperative management of oral anticoagulation. *Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine*, 8, 143-150.
16. İnal V, Bulucu F. (2004). Hastaların perioperatif dönemde değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD semineri, www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/Dersler/80.pdf (Erişim tarihi: Ağustos 2008)
17. Jaffer AK, Brotman DJ, Chukwumerije N (2003). When patients on warfarin need surgery. *Cleve Clin J Med.*, 70: 11, 973-984.
18. Kayser SR (2005). Practical challenges in the management of oral anticoagulation. *Prog Cardiovasc Nurs.*, 20:2, 80-85.
19. Kearon C, Hirsh J (1997). Management of anticoagulation before and after elective surgery. *The New England Journal of Medicine*, 336: 21, 1506-1511.
20. Kurtuluş B, Onur ÖD. (2008). Oral cerrahiye komplike hale getiren antikoagulan farmakoterapi. <https://www.dentiss.com/?m=yayinlar&id=103> (Erişim tarihi: Ocak 2009).
21. Lindop M. (2002). Perioperative Management of Anticoagulants, Corticosteroids and Immunosuppression Surgery (Oxford), 20: 4, 96a-96e.
22. Öngören Ş (2003). Preoperatif hemostaz değerlendirmesi: antikoagulan kullananlarda perioperatif yaklaşım. İ.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 36, 101-132.
23. Özatlı D (2007). Perioperatif hemostaz değerlendirilmesi. Türk Hematoloji Derneği - Temel Hemostaz Tromboz Kursu. www.thd.org.tr/doc/kurs_pdf/2007thtk_12.pdf (Erişim tarihi: Ağustos 2008).

24. Özcanlı D (2006). Antitrombotik tedavi ve hemşirelik fonksiyonları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 10:1-2, 36-41.
25. Soysal T (2003). Antikoagülan tedavi ilkeleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 36, 159-174.
26. Sridhar R. Grigg AP (2000). The perioperative management of anticoagulation. Australian Prescriber, 23:1, 13-16.
27. Şencan M (2004). Cerrahi İşlem öncesi koagülasyon testleri bozuk olan hastada ne yapmalıyım? IV. Hematoloji İlk Basamak Kursu, Kurs Kitabı, Antalya: 13-26. (http://www.thd.org.tr/doc/kurs_pdf/Cerrahislem.pdf (Erişim tarihi: Ağustos 2008).
28. Tarım E, Bağış T, Kılıcıdağ E ve ark. (2002). Antikoagülan tedavi almakta olan hastalarda over kaynaklı intraabdominal kanamalar: iki olgu sunumu. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst., 12, 272-275.

ANOREKSİYA/BULİMİYA NERVOZA VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

ANOREXİA/BULİMİA NERVOZA AND NURSİNG MANAGEMENT

Arş. Gör. Emel BAHADIR

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı Sıhhiye / Ankara

ÖZET

Anoreksiya Nervoz (AN) ve Bulimiya Nervoz (BN), son otuz yıldır, mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olması nedeniyle, özellikle üzerinde durulan yeme bozukluklarıdır. AN ve BN, prognozunun kötü olması ve yinelenen dönemlerinin olması nedeniyle, oldukça uzun bir tedavi süreci gerektirmektedir. Ayrıca, birçok sistemi olumsuz etkilediği, ciddi komplikasyonlara yol açtığı ve bu hastalarda tutum değişikliği oluşturmak çok zor olduğu için hastaneye yatırılan hastaların hemşirelik bakımları da oldukça güçleşmekte ve hemşirenin bilişsel, davranışsal bilgi ve beceriler yönünden donanımlı olmasını gerektirmektedir. Tedavisi ve hemşirelik bakımı zor olan bu hastalıklar nedeniyle, psikiyatri hemşiresinin toplum ruh sağlığı hizmetleri çerçevesinde etkin rol alması, yeme bozukluklarının önlenmesinde önem taşımaktadır. Bu nedenle, bu makalede, yeme bozuklukları, etiyolojisinin yanı sıra özellikle çok zor olan tedavisi ve hemşirelik bakımı kapsamlı olarak tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya Nervoz, Bulimiya Nervoz, hemşirelik yönetimi

ABSTRACT

Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) have been eating disorders arguing about for last 30 years due to being high rates of mortality and morbidity. AN/BN are required a quite long treatment process in consequence of being malignant for prognosis and being periods of recurrence. Moreover because of influencing on a lot of systems, triggering serious complications and being very hard to create attitude alteration in these patients, the nursing cares of hospitalized patients are got difficult considerably and being equipped of nurses is required in terms of cognitive, behavioral knowledge and skills. Due to these disorders that its treatment and nursing care is difficult, psychiatric nurse's having role as active within the framework public mental health services is important for preventing eating disorders. Therefore in this article, eating disorders, its etiology as well as particularly its treatment and nursing care being very difficult will have been discussed.

Key Words: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, nursing management

GİRİŞ

Yeme bozuklukları, psikiyatrik bozukluklar içerisinde, mortalite ve morbidite değerleri bakımından riskli bir hastalık grubudur(Kabakçı ve Demir 2001). Son yıllarda görülme sıklığının her iki cinste de artması, pek çok komplikasyona neden olması ve nedeninin de hala tam olarak anlaşılamaması nedeniyle önemle üzerinde durulmaktadır. Aynı zamanda son zamanlarda yapılan sıfır beden tartışmaları ve bazı ülkelerde sıfır beden yasaklanması, durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır. Yeme bozukluklarının önceleri, sadece sanayileşmiş Batılı ülkelere ait bir hastalık olduğu düşünülürken, bugün, bu rahatsızlıkların Doğu toplumlarında da sıklıkla ortaya çıktığı ileri sürülmektedir(Kabakçı ve Demir 2001).

Ülkemizde ise durum, gençler arasında olası bir yeme bozukluğu gelişme durumunun oldukça yüksek olduğu yönündedir(İlhan ve ark. 2006). 14-19 yaş arası kız öğrencilerde Anoreksiya Nervosa %0.3, Bulimiya ise %4.3 bulunmuştur(Maner 2007). Yapılan olgu sunumlarına bakıldığında, bu olguların yakın tarihlerde olması ve ele alınan hastaların erkek olması, hastalığın ülkemizdeki ciddiyetini ortaya koymaktadır (Taner ve Ünal 2004, Sayın ve Kuruoğlu 2004, Tahiroğlu ve ark. 2005, Cinemre ve Kulaksızoğlu 2007). Bu nedenle, bu makalede Anoreksiya ve Bulimiya Nervosa'nın etiyolojisi hakkında bilgi verilip, tedavisi ve hemşirelik süreci, son gelişmeler çerçevesinde tartışılacaktır.

ANOREKSİYA/BULİMİYA NERVOZADA ETİYOLOJİ

Yeme bozukluklarının etiyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı düşünülürken birlikte, etiyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Diğer yandan önemle üzerinde durulan faktörler ise biyolojik, sosyo-kültürel, psikolojik ve ailesel faktörler olarak dörde ayrılmıştır. Biyolojik faktör olarak yeme bozukluklarında kalıtımın önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir(Kuruoğlu 2000). Yeme bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında da duygu durum bozuklukları oldukça yüksek bulunmuş ve nöroendokrin bozuklukların da yeme bozukluklarında etkili olabileceği yönünde bulgular ortaya konmuştur(Clarkin-Watts 1996, Townsend 2002, Öztürk 2004).

Sosyo-kültürel faktörler olarak; toplumsal olarak zayıflığa, inceliğe çok değer verme gibi toplumsal değer yargıları düşünülmüştür(Öztürk 2004, Keel ve Klump 2003). Yeme bozukluğu olan kişilerin aile ortamlarının, gergin, katı ve aşırı kollayıcı olduğu, duyguların kolaylıkla ifade edilemediği ve aile bireylerinin çatışma çözme becerilerinin de iyi gelişmemiş olduğu vurgulanmaktadır(Clarkin-Watts 1996). Yine ailede yalnız yeme davranışının olması, ebeveynlerin boşanması, ayrılması ya da ebeveynlerden birinin ölmesinin yeme bozukluklarında etkili olduğu bulunmuştur(Martinez-Gonzalez ve ark. 2003). Ayrıca, bağlanma kuramı

açısından ise dengesiz ve değişken ilk iletişimlerin bu hastalıkların ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmüştür(Alantar ve Maner 2008).

Yeme bozukluklarına eşlik eden pek çok hastalık grubu bulunmaktadır. Bunlar; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları obsesif kompulsif bozukluk ve alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi ruh sağlığı bozukluklarıdır(Clarkin-Watts 1996, Wade ve ark. 2000, Erol ve ark. 2002, Öztürk 2004, Keçeli 2006, Maner 2007). Her iki yeme bozukluğunun prognozuna bakıldığında, ergenlik döneminde başladığı ve yıllarca sürdüğü, iyileşme ve yineleme dönemlerinin olduğu görülmekte ve diğer tanı gruplarına oranla yeme bozukluklarının prognozunun daha kötü olduğu düşünülmektedir(Polat ve ark. 2005, Keçeli 2006). Bu nedenle de yeme bozukluğu olan bireylerin tedavi ve hemşirelik bakımları büyük önem kazanmaktadır.

TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Anoreksiya/Bulimiya Nervozalı hastaların hemşirelik bakımları; beraberinde duygudurum, anksiyete, kişilik bozuklukları gibi bir ya da daha fazla hastalığın olması nedeniyle oldukça zordur(Clarkin-Watts 1996). Ayrıca uzun bir tedavi süreci gerektirdiği için bu süreç hem hasta hem de hasta ailesi açısından çok yorucu olmakta, aynı zamanda sosyal ilişkilerin bozulmasına da yol açmaktadır(Rosenvinge ve Borresen 1999). Bu durum hem ailenin hem de sağlık bakım sisteminin ekonomik kaynaklarını olumsuz etkilemektedir. Bundan dolayı, hastalığın oluşmasını önlemek için koruyucu sağlık hizmetleri bağlamında sadece psikiyatri hemşirelerine değil diğer alanlarda çalışan hemşirelere de büyük görevler düşmektedir.

Son zamanlarda, koruyucu hizmetler bağlamında, bu hastalıkları önlemek için pek çok program önerilmeye başlanmış ve bununla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu programlardaki yöntemler; didaktik, etkileşimsel ve psikoeğitimsel olarak değişmekte, hatta yapılan eğitimlerde yazılı ve görsel basın da önemli yer tutmaktadır. Olumlu bir beden imajına ve yüksek benlik saygısına sahip olma, beden imajı üzerine medyanın etkileri, eleştirel olarak düşünen bir medya izleyicisi olma gibi konulara yönelik olarak yapılan programların sonuçları değerlendirildiğinde, çok da başarılı sonuçlar elde edilememiştir(Nicoline ve ark. 2001, Mcvey ve Davis 2002, Wade ve ark. 2003). Buna karşın, literatürü tarayarak yapılan birkaç çalışmada başarılı olan programlar da tanımlanmıştır (Stice ve Shaw 2004, Stice ve ark. 2007). Bu programların ise öğretici nitelik taşıdığı, evrensel olarak kabul görmüş ve birçok oturumu içinde barındıran bir yapıda oldukları, sadece kızlarda ve ortalama 15 yaş civarında olanlarda etkili oldukları görülmüştür. Ayrıca, bilişsel-davranışçı tekniklerin de başarılı olduğu saptanmıştır (Franko 2001, Taylor ve ark. 2006).

Yeme bozukluklarında, mükemmeliyetçilik, güvensizlik, itaatkar olma ve düşük benlik saygısına sahip olma gibi bazı kişilik özelliklerinin rol oynadığından bahsedilmektedir(Clarkin-Watts 1996, Erol ve ark. 2000). Bahsedilen bu kişilik özelliklerine sahip olan kişilerin tespit edilmesi, tespit edildikten sonra benlik kavramını geliştirmeye ve benlik saygısını artırmaya yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanıp sonuçlarının değerlendirilmesi önemlidir. Kişilik özelliklerinden başka, arkadaşları tarafından alay konusu olan ya da onlardan şiddet gören öğrencilerin de yeme bozukluğu geliştirme açısından riskte olduğu düşünülmekte ve akran etkileşimi üzerinde önemle durulmaktadır(Shroff ve Thompson 2006, Meyer ve Gast 2008). Bu nedenle, okul hemşirelerinin, yeme bozuklukları hakkında öğrencileri bilinçlendirmeleri ve öğrenciler arasındaki arkadaşlık ilişkilerinin olumsuz etkilerini değerlendirmeleri, bu hastalıkların erken tespit edilip önlenmesi için büyük önem taşımaktadır.

Yeme bozukluğu olan hastanın hastanedeki tedavisi ise genellikle üç aşamadan oluşur: 1) Hastanın beslenme durumunun düzenlenmesi 2) Hastanın bozulmuş yeme davranışlarının değişmesi 3) Kilo kaybının yararları konusunda hastaların hatalı inançlarının değiştirilmesi(Maner 2007). Ayrıca, Anoreksiya/Bulimiya Nervoza'lı bir hastanın hemşirelik bakımı ise tıbbi öykü, tedavi öyküsü, ruhsal durumu ve yeme bozukluğu belirtilerini de içine alan kapsamlı bir değerlendirmeyi kapsamaktadır (Wolfe ve Gimby 2003). Değerlendirilmesi gereken bir başka nokta da, yeme bozukluğuna eşlik eden bir başka hastalık olup olmadığını anlamaktır. Bunun için de davranışsal, fiziksel ve psikolojik belirtiler yönünden hastanın değerlendirilmesi önemlidir(Clarkin-Watts 1996).

Hastanın beden görünümünü ve kilosunu algılaması, benlik kavramı ve cinsellikle ilgili düşünceleri, ulaşılabilir ve var olan destek kaynakları hakkında bilgi toplanmalıdır. Hastanın yaşam tarzını, yemek alışkanlıklarını, diyet ne zaman başladığını, ideal kiloya ulaşmak için kullandığı fiziksel aktiviteler ya da egzersizleri, ailesiyle ve çevresiyle olan ilişkilerini, davranışsal değişiklikleri ve psikiyatrik öyküsünü değerlendirmek, bu hastaların hemşirelik bakımını planlamada önemlidir (Shives 2008). Hastanın ilaçlarını nasıl kullanılacağı ve yan etkilerinin neler olduğu konusunda, hasta ve hasta ailesinin eğitimi de hemşirenin sorumluluklarındandır(Townsend 2002). Ayrıca, hemşire, hastanın şişmanlamayacağına inandığı bir rejimi uygulamak için onunla anlaşma yapmalıdır. Bu bağlamda, hemşirenin güven verici, işbirliği sağlayıcı bir ortam sağlaması da çok önemlidir.

Yeme bozukluklarının tedavisinde önemli bir diğer gelişme ise tedavide aile terapisinin de çok önemli bir yer tuttuğu gerçeğidir. Özellikle de birey 18 yaşın altında ve ailesiyle beraber yaşıyorsa, bu daha da önem kazanmaktadır(Stewart ve Williamson 2004). Çünkü yapılan çalışmalarda, anoreksiyalı kişilerin hasta olmalarında

algıladıkları başlıca nedenlerin ailenin aşırı ilgisi ya da ilgisizliği olduğu saptanmıştır. Buna yönelik olarak da aile içi ilişkilerin desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır(Shoebridge ve Gowers 2000, Tozzi ve ark. 2003). Bunun için, hemşire tarafından disfonksiyonel ailelerin belirlenmesi ve kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesi açısından, aile bireylerine yönelik bir terapi programı uygulanması gerekmektedir.

Son zamanlarda üzerinde durulan önemli bir konu da tedavi sürecinde, arkadaşlık gruplarının oluşturulmasıdır. Tedavi görmekte olan hastalarda arkadaşlık gruplarının, hastanın rehabilite olmasına katkı sağlayacağı düşünülmüş ve ortaya konmuştur(Davies 2004). Bu arkadaşlık grupları; hastaların sosyal becerilerinin ve başkalarına farkındalığının gelişmesine ve arkadaşlık ilişkileri kurmasına yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda psikiyatri hemşiresi hastanın diğer hastalarla etkileşimini sağlayacak grupların oluşturulmasına ve devamlılığının sağlanmasına katkıda bulunabilir.

Son olarak, Anoreksiya ve Bulimiya Nervoza'da ele alınan birçok hemşirelik tanısı ve bunlara yönelik hemşirelik girişimleri bulunmaktadır. Bu girişimler ise hastanın fiziksel bakımını, hastanın ve ailesinin psikolojik yönden desteklenmesini, ailenin eğitimi ve tedaviye katılımını kapsamaktadır. Bu hemşirelik tanularına ve bunlara yönelik yapılan girişimlere Tablo 1'de örnek verilmiştir(Clarkin-Watts 1996, Townsend 2002, Wolfe ve Gimby 2003, Carpenito-Moyet 2005, Shives 2008). Bütün bu hemşirelik girişimlerini uygularken hastanın ve ailesinin eğitimi de hemşirelik sürecinde önemli bir yer tutmaktadır(Townsend 2002). Genel olarak eğitimde yer alması gereken konular şunlardır; AN/BN belirtileri, yeme bozukluğunun nedenleri, hastalığın etkileri, beslenme ilkeleri, hastanın yaşamını kontrol edebileceği yollar, alternatif baş etme yöntemleri, ilaçların nasıl kullanılacağı, ilaçların yan etkileri ve problem çözme becerileridir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yeme bozukluklarının giderek daha fazla ortaya çıkması ve mortalitesinin yüksek olması, özellikle koruyucu hizmetler bağlamında bu sorunun ele alınmasını gerektirmeye başlamıştır(Komiskey 2001). Bu anlamda hemşirelere, toplum ruh sağlığı hizmetleri bağlamında büyük sorumluluklar düşmektedir. Disfonksiyonel ailelerin, benlik kavramı olumsuz gelişmiş, stresle baş etme ve problem çözme becerileri iyi gelişmemiş, cinsel istismara uğramış kişilerin, vb. risk gruplarının hastalık ortaya çıkmadan belirlenmesi önemlidir. Ayrıca, sadece hasta bireylere hizmetin götürülmesi değil, aynı zamanda ailenin ve toplumun eğitilmesi, bu konu hakkında bireysel ve toplumsal farkındalığın oluşturulması da gerekmektedir. Aile ve toplum eğitimi ile bahsedilen bu farkındalığın oluşturulmasında kitle iletişim araçlarının kullanımı yarar sağlayabilir.

Hemşireler, zayıf olmayı özendiren, daha doğrusu zayıf olmayı idealleştiren her türlü eylemi önlemek için politik ve sosyal konularda, hasta savunuculuğu adına söz sahibi olduğunu bilmeli ve bu anlamda etkinliklere katılım sağlayabilmelidir. Hem koruyuculuk aşamasında hem de tedavi ve rehabilitasyon aşamasında etkili bakım vermek için hemşirelere bilişsel davranışçı teknikler gibi konularda eğitim verilerek bilgi açıkları kapatılabilir. Yine yeme bozukluklarını önlemek için önerilen programların uygulanıp, bizim toplumumuzda etkililik derecesinin değerlendirilmesi, yeni programların hazırlanmasına katkı sağlayabilir.

Yeme bozukluklarının tedavisinde uygulanan programlarda, sürekli benlik saygısı ve benlik kavramı üzerinde durulması eleştirilmektedir. Bu iki kavramdan daha çok, diyet ve yeme alışkanlıklarında ailenin etkisini araştıran, çocuğu etkileyen günlük stresörler üzerinde duran ve sürekli değişen hormonların duygudurumu, cinselliği ve benlik kavramını nasıl etkilediğini ortaya koyan çalışmalar yapılması görüşü savunulmaktadır (Komiskey 2001). Yine yeme bozukluklarının etiolojisinin tam olarak açığa kavuşturulamamasının tedavisini de zorlaştırdığı düşünülmektedir (Kocabaşoğlu 2001). Bu bilgiler doğrultusunda, hemşirenin araştırmacı rolünü üstlenerek çalışmalar yapması ve bu etkenlerin yeme bozukluklarındaki olumsuz etkilerini ortaya koyması, hem koruyucu faktörleri hem de risk faktörlerini belirleme açısından önemli olabilir. Ailenin ve içinde yaşanılan toplumun sahip olduğu kültürel inanç ve tutumların da, yeme davranışı üzerindeki etkileri araştırılarak, olumsuz etkilerinin önüne geçilebilir.

Sonuç olarak, yeme bozukluklarının saptanması, önlenmesi ve tedavisinde hemşireler, önemli bir yere sahiptirler. Bunun için hemşirelerin, tüm bu öneriler doğrultusunda var olan potansiyellerini ortaya koymaları ve son gelişmeleri takip ederek, bu alanda kendilerini geliştirmeye devam etmeleri kaçınılmazdır. Kuşkusuz ki bu gelişim, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri bağlamında hem sağlık sistemine hem de toplum sağlığına büyük kazanımlar sağlayacaktır.

Tablo 1: Anoreksiya ve bulimiya nervozada hemşirelik tanıları ve girişimlerine örnekler

1. Kendini kilolu algılamaya, yemek yememeyle ve kusmayla ilişkili beden gereksiniminden az beslenme
Amaç/beklenen sonuçlar:
• Kişi, günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uyumlu yeterlilikte besin yiyecektir.
Girişimler:
• Diyetisyenle görüşülerek, gerekli olan günlük kalori gereksinimlerine göre diyet planı hazırlanır, günlük olarak kilo takibi yapılır ve laboratuvar sonuçları izlenir. Yemek yerken mutlaka hastanın yanında olunur ve yemek yeme süresi 30dk ile sınırlanır. Aldığı kilolarda ödüllendirmeler yapılır ama besinler ve yemek yeme üzerinde tartışmaktan kaçınılır.

<ul style="list-style-type: none"> • Yemeklerini, gerçekten yiyip yemediği ve yemek yedikten sonra en az bir saat kadar kusmasının olup olmadığı sıkı bir şekilde gözlenir. Rejime uyumun yararları ve uyumsuzluğun sonuçları hastayla tartışılır. Kişide gelişmeler gözlenirken beden imgesi, kilo alma ve kontrol konuları incelenir.
<p>2. Altta yatan psikolojik çatışmalarla ya da bilişsel çarpıtmalarla ilişkili beden imgesinde rahatsızlık</p>
<p>Amaç/beklenen sonuçlar:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kişi, yeni baş etme örüntüleri uygulayacak ve görünümünü kabul ettiğini gösterecek, bunu sözel olarak ifade edecektir.
<p>Girişimler:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Duygularını, özellikle kendisi hakkında hissettiklerini, düşündüklerini, kendine bakış açısını ifade etmesi için kişi cesaretlendirilir. • Sağlık problemi, tedavi, gelişmeler ve durumun seyri konusunda soru sormaya cesaretlendirilir. Geçerli/güvenilir bilgi verilir ve verilen bilgi pekiştirilir. • Önemli diğer kişilere, duygularını ve korkularını ifade etmesi için fırsatlar sağlanır. Bireyin olumlu yönlerini tanıma/farkında olma ve bunu nasıl paylaşabilecekleri konusunda yakınlarına yardımcı olunur.
<p>3. Anksiyete, depresyon, yetersiz sosyal destek ve gelişimsel krizle ilişkili etkisiz bireysel baş etme</p>
<p>Amaç/beklenen sonuçlar:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kişi, kendi çevresindeki olumsuz durumları değiştirmek için kararlar verecek ve bu kararlarına uygun eylemlerde bulunacaktır.
<p>Girişimler:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bireyin mevcut baş etme durumu değerlendirilir ve hastaya destek olunur. • Kendi davranışını kendisinin değerlendirmesi için cesaretlendirilir. • Problemi yapıcı bir biçimde çözmesi için yardım edilir ve problemi çözmede var olan diğer seçenekler tartışılır. • Taburculuk sonrası meydana gelebilecek problemlere hazırlanması sağlanır. • Stres yönetim teknikleri öğretilir ve kullanması için fırsatlar sağlanır. • Direkt olarak kontrol edilemeyecek problemleri tanımasına yardım edilir.
<p>4. Bozulmuş beden imajıyla ya da kendini olumsuz değerlendirmeye ilişkili kronik düşük benlik saygısı</p>
<p>Amaç/beklenen sonuçlar:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kişi, geleceğine yönelik pozitif bakış açısı ifade edecek ve önceki fonksiyon düzeyini sürdürecektir.
<p>Girişimler:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hastayla güven verici bir iletişim kurulur. Duygularını, düşündüklerini ve kendine bakış açısını ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Kendisi, bakım vericileri ve bakımı hakkında sahip olduğu yanlış anlama/kavramları açıklığa kavuşturulur. • Olumsuz eleştiride bulunmaktan kaçınılır. • Sosyal etkileşimleri geliştirmede hastaya ve aileye yardımcı olunur. • Kişinin güçlü yönlerini, kaynaklarını keşfetmesine yardımcı olunur. • Hastanın beklentilerinin gerçekçi olup olmadığı değerlendirilir ve gerçekçi beklentiler oluşturmasına yardımcı olunur(Carpenito-Moyet 2005).

5. Kusmaya, aşırı laksatif diüretik kullanmaya bağlı sıvı volüm eksikliği
Amaç/beklenen sonuçlar:
• Bireyin idrar dansitesi normal sınırlarda olacaktır.
Girişimler:
• Kişinin aldığı sıvıyı-çıkardığı idrar miktarını ve vücut ağırlığını kaydetmesi sağlanır.
• Yeterli hidrasyonu sürdürmenin gereğini nedenlerini ve amaçlanan miktarda sıvı almayı sağlayan yöntemleri bireyin anlama durumu değerlendirilir.
• Aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı izlenir ve kaydedilir.
• Her gün aynı saatte, aynı giysilerle kilo takibi yapılır.
• Serum elektrolitleri, kan-üre-nitrojen, idrar ve serum osmolaritesi, kreatinin, hematokrit ve hemoglobin düzeyleri izlenir.
• Hastanın kusma durumu değerlendirilir ve yemekten sonra kusmaması için takip edilir ve en az 1 saat gözlem altında tutulur.
6. Beden imajı ve benlik kavramına yönelik algılanan tehdit ve etkisiz bireysel baş etmeyle ilişkili anksiyete
Amaç/beklenen sonuçlar:
• Kişi, psikolojik ve fiziksel rahatlıkta artma ifade edecektir.
Girişimler:
• Hastanın anksiyetesinin ne düzeyde olduğu değerlendirilir.
• Hastanın yanında olarak, kısa ve basit cümleler kullanarak, sakin ve yavaş konuşarak, empatik bir anlayışla rahatlığı ve güvenliği sağlanır.
• Fazla uyaranlar uzaklaştırılır, anksiyeteli diğer kişilerle ilişkisi sınırlanır.
• Anksiyete öğrenmeyi engellemeyecek kadar azaldığında, öğrenmeyi ya da problem çözme başlatmak için hastanın anksiyetsini tanımasına yardımcı olunur.
• Stresli durumlar kaçınılmaz olduğunda kullanmak üzere anksiyeteyi kesme teknikleri öğretilir.
Hasta öfkeli ise öfkesini uygun şekilde ifade etmesine yardımcı olunur.
7. Ambivalan aile ilişkileri, tedaviye direnç, kontrol duygusu ve ifade edilmeyen duygularla ilişkili etkisiz ailesel baş etme
Amaç/beklenen sonuçlar:
• Kişi, değişim için kısa ve uzun vadeli amaçlar oluşturacaktır.
Girişimler:
• Geçmişteki ve şimdiki aile fonksiyonlarını değerlendirmek için aileye yardım edilir. Duruma ilişkin değerlendirmelerini tartışmaları için aile üyelerine fırsatlar sağlanır. Suçlama engellenir ama öfke/kızgınlığın dışa vurulmasına yardımcı olunur.
• Yanlış olan şeyler, nedenleri, seçenekler gibi konularda durumu değerlendirmesi için aileye destek olunur.
• Ailenin hasta bireyle ilgili daha gerçekçi beklentiler oluşturması sağlanır ve aile üyelerinin duyguları açıklığa kavuşturulur.
8. Yeme bozukluğuyla ilgili bilişsel çarpıtmalarla ilişkili düşünme süreçlerinde bozulma
Amaç/beklenen sonuçlar:
• Kişi, gerçeğe oryantasyonunu ve diğerleri ile açık iletişimini sürdürecektir.
Girişimler:
• Sakin ve destekleyici bir yaklaşımda bulunulur ve yerine getirilemeyecek sözler

vermekten kaçınılır. Hastanın neler yaşadığına ilişkin yorumlarımızın doğruluğu test edilir.
• Kişinin kendi bireyselliğini sürdürmesine yardımcı olacak bir iletişim kullanılır ve onun da daha etkili iletişim kurmasına yardımcı olunur.
• Karar verme sürecinde kişi desteklenir, gelecekle ilgili gerçekçi planlar oluşturması sağlanır. Hastanın davranışlarına sınır koymasına yardımcı olunur.
• Hallüsinasyonları varsa, bunlar gözlenir, gerçek olup olmadığı tartışılmaz, çarpıtmaları destekleyici konuşmaktan kaçınılır, içsel ve dışsal uyaranları birbirinden ayırt etmesine yardımcı olunur.
• Çevre tehlike yönünden değerlendirilir ve varsa kontrol altına alınır.

KAYNAKLAR

1. Alantar Z, Maner F (2008). Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dergisi* 9: 97-104.
2. Carpenito-Moyet LJ (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çeviren: Firdevs Erdemir, Noel Tıp Kitabevleri, Ankara.
3. Cinemre B, Kulaksızoğlu B (2007). Olgu sunumu: bir erkek hastada anoreksiya nervoza ve şizofreni eşhastalanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 18(1): 87-91.
4. Clarkin-Watts A (1996). *Eating disorders*. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Editors: Katherine M. Fortinash, Patricia A. Holoday, Mosby-Year Book, St. Louis.
5. Davies S (2004). A group-work approach to addressing friendship issues in the treatment of adolescents with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 9(4): 519-531.
6. Erol A, Toprak G, Yazıcı F ve arkadaşları (2000). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 3: 147-152.
7. Franko DL (2001). Rethinking prevention efforts in eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 8: 265-270.
8. İlhan MN, Özkan S, Aksakal FN ve arkadaşları (2006). Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye'de Psikiyatri* 8(3): 151-155.
9. Kabakçı E, Demir B (2001). Yeme bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi* 32(2): 125-131.
10. Keçeli F (2006). Yeme bozukluğu hastalarında eobsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluğu. *Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ. Ve Sinir Hast. Eğ. ve Arş. Hast. İstanbul*.
11. Keel PK, Klump KL (2003). Are eating disorders culture-bound syndroms? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin* 129(5): 747-769.
12. Kocabaşoğlu N (2001). Yeme bozuklukları. *Yeni Symposium* 39(2): 95-99.
13. Komiskey J (2001). Evaluation of an eating disorder prevention program: potentially helpful or harmful to junior high students? *Journal of Undergraduate Research* 4: 57-62.
14. Kuruoğlu AÇ (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 10: 32-37.
15. Maner F (2007). Yeme bozuklukları. *RCHP* 1(1): 21-28.

16. Martinez-Gonzalez MA, Gual P, Lahortiga F et al. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics* 111(2): 315-320.
17. Mcvey GL, Davis R (2002). A program to promote positive body image. *The Journal of Early Adolescence* 22(1); 96-108.
18. Meyer TA, Gast J (2008). The effects of peer influence on disordered eating behavior. *J Sch Nurs* 24(1): 36-42.
19. Nicolino JC, Martz DM, Curtin L (2001). Evaluation of a cognitive-behavioral therapy intervention to improve body image and decrease dieting in college women. *Eating Behaviors* 2: 353-362.
20. Öztürk O (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 10. Basım, Ankara.
21. Polat A, Yücel B, Genç A ve ark. (2005). Bir grup üniversite öğrencisinde yeme davranışı özellikleri: bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi* 42(1-2-3-4): 5-8.
22. Roseninge JH, Borresen R (1999). Preventing eating disorders- time to change programmes or paradigms? Current update and further recommendations. *European Eating Disorders Review* 7: 5-16.
23. Sayın A, Kuruoğlu AÇ (2004). Bir erkek anoreksiya nervoza olgusu ve dinamik açıdan tartışılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 15(2): 155-160.
24. Shives LR (2008). *Basic Concepts of Psychiatric- Mental Health Nursing*, Seventh Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
25. Shoebridge P, Gowers SG (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* 176: 132-137.
26. Shroff H, Thompson JK (2006). Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Health Psychology* 11(4): 533-551.
27. Stewart TM, Williamson DA (2004). Multidisciplinary treatment of eating disorders- part 2: primary goals and content of treatment. *Behav Modif* 28(6): 831-853.
28. Stice E, Shaw H (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 130(2): 206-227.
29. Stice E, Shaw H, Marti CN (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 3: 207-31.
30. Tahiroğlu AY, Fırat S, Diler RS ve ark. (2005). Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervoza vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 48: 151-157.
31. Taner Y, Ünal F (2004) 12 yaşındaki bir erkekte anoreksiya nervoza. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 11(2): 75-81.
32. Taylor CB, Bryson S, Luce KH et al. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Arch Gen Psychiatry* 63: 881-888.
33. Townsend MC (2002). *Essential of Psychiatric Mental Health Nursing*, Second Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia.
34. Tozzi F, Sullivan P, Fear JL et al. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *Int J Eat Disord* 33: 143-154.
35. Wade TD, Bulik CM, Neale M et al. (2000). Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry* 157: 469-471.
36. Wade TD, Davidson S, O'dea JA (2003). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *Int J Eat Disord* 33: 371-383.
37. Wolfe BE, Gimby LB (2003). Caring for the hospitalized patient with an eating disorder. *Nurs Clin N Am* 38: 75-99.

2008 YILI ÜÇÜNCÜ SAYIDA YAYINLANAN MAKALELER

Editörden

Araştırmalar

- İlk Defa İnvaziv Girişim Yapacak Ebelik Öğrencilerine Uygulama Öncesi Verilen Farklı Öğretimin Anksiyete Düzeyine Etkisi
Effect On Anxiety Level of Distinct Education That Given Application Previous to Midwifery Students Will Do First Time Invasive Attempt
Dilek SARI, Ayşe SAN TURGAY, Rabia EKTİ GENÇ.....1-8
- Ebelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi ve Sonrası Stres Belirtileri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları
Stres Symptoms and Ways of Coping in Before and After the First Clinical Experience of Midwifery Students
Ayşe SAN TURGAY, Dilek SARI.....9-16
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Elemanı ve Öğrencilerinin Sınıf Yönetimine İlişkin Görüş ve Beklentileri
Considerations and Expectations of Faculty Members and Students of Ege University Nursing School Related to Classroom Management
Nilay ÖZKÜTÜK, Münevver YALÇINKAYA.....17-32
- Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Konusundaki Görüşleri ve Yaşam doyumlarının İncelenmesi
The View of Nurses Regarding to Quality of Life and Their Life Satisfaction
Gönül ÖZGÜR, Serap YILDIRIM, Esin ÖKMEN.....33-43
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin Temel Yaşam Desteği' ne İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi
Investigation of Intensive Care Nurses' Knowledge on Basic Life Support
Gül Özlem YILDIRIM, Gülay OYUR ÇELİK.....45-60

Derleme Yazılar

- Hemşire Güvenliği: Çalışma Ortamı ve Riskler
Nurse Safety: Work Environment and Risks
Burcu SEZGİN İNCE.....61-71
- Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hemşirelik
Risk Management and Nursing in Hospital
Burcu SEZGİN İNCE.....73-81
- Bulaşıcı Hastalıklarda Kaynak İzolasyonunun Psikolojik Sonuçları
The Psychological Consequences of Source Isolation to Communicable Diseases
Dilek SARI, Leyla KHORSHID.....83-91
- Histerektomi Sonrası Cinsel Yaşam
Sexual Life After Hysterectomy
Nursen BOLSOY, Ümran SEVİL.....93-104
- Okul Öncesi Çocuklarda Yaralanma Riski
Injury Risk For Preschool Children
Aynur UYSAL, Şafak ERGÜL, Melek ARDAHAN.....105-114
- Obez Bireylerde Yaşam Kalitesi
Quality of life in Obese Persons
Esra OKSEL, Zübeyde KOLCU, Sema YORULMAZ, Şenay PAŞAOĞLU.....115-123

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ

SON KONTROL LİSTESİ

- 1. Makalenin Türü
- Araştırma
- Derleme
- Olgu sunumu

Başlık Sayfası

- 2. Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı
- 3. Yazarlar ve kurumları belirtildi
- 4. Tüm yazarların yazışma adresleri, iş tel, gsm, e-posta belirtildi
- 5. Makale bir kongrede sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi

Özet Sayfası

- 6. Türkçe ve İngilizce yapılandırılmış özet yazıldı (250-300 sözcük)
- 7. Türkçe ve İngilizce özet birbiriyle uyumlu
- 8. Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler yazıldı
- 9. Özetler sayfası metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı

Ana Metin

- 10. Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanıldı
- 11. Gramer ve yazım kurallarına uyuldu
- 12. Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarına Türkçe eş anlamlılarına yer verildi
- 13. Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi
- 14. Araştırma makalelerinde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı
- 15. Derleme makaleler giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak uygun bir sonuç anlatımıyla bağlantılı bir şekilde sunuldu.

Kaynaklar

- 16. Kaynak gösterimi metin içinde belirtilen kurallara (yazar soyadı ve yayın tarihi) uygun olarak yapıldı

- 17. Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi ve kaynak gösterimi kurallara uygun olarak yapıldı
- 18. Doğrudan yararlanılmayan herhangi bir kaynak kullanılmadı (Elimde kaynakların tümü mevcut ve gerektiğinde dergi yayın kuruluna bunu ispat edebilirim.)

Tablo ve Resimler

- 19. Belirtilen kurallara uygun olarak hazırlandı
- 20. Başka kaynaklarda alınan şekil, resim, tablolarda kaynak gösterildi

Tüm Makale

- 21. Makalenin sayfa kenar boşlukları kontrol edildi
- 22. Makalenin satır aralıkları uygun
- 23. Makalenin ilgili bölümlerinde uygun yazı karakteri kullanıldı
- 24. Makalenin ilgili bölümleri uygun puntoda yazıldı
- 25. Makale sayfa sınırlarını aşmayacak şekilde yazıldı
- 26. Makalede uygun şekilde sayfa numarası verildi

DERGİ YAZIM KURALLARI

Yayının Kabulü: Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, 3 kopya halinde hazırlanıp dergi editörlüğüne gönderilecektir. Adres: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Editörlüğü, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 35100 Bornova-İZMİR. Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergiye gönderilen yazılar geri gönderilmez. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret yada karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı eklenip diskete/CD'ye kaydedilerek gönderilmelidir.

Makalenin Hazırlanışı: Makale, Microsoft Word programında A4 kağıt boyutunda yazılmalıdır. Başlık 10 punto Bookman, Özet 9 punto Bookman, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde yazılmalıdır. Araştırma raporları 16 sayfa, derleme ve olgu sunumları 10 sayfa (kaynaklar dahil) geçmemelidir.

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

BAŞLIK SAYFASI

- Türkçe Başlık (büyük harf ile),
- İngilizce Başlık (büyük harf ile),
- Yazarların adları ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
- Yazarların Yazışma adresleri,
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

ÖZET SAYFASI

Özetler Türkçe ve İngilizce Olmak üzere iki dilde olmalı, yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını taşımalı, araştırmanın temel anlamını metne bakmayı gerektirmeyecek şekilde 250-300 sözcük ile yansıtılmalıdır.

Araştırma makalelerinin özetleri; "Amaç", "Gereç ve Yöntem", "Bulgular ve Sonuç" bölümleri ile anahtar sözcükleri içermelidir.

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; "Objective", "Methods", "Results", "Conclusion" ve "Key Words" bölümlerini içermelidir.

Derleme Makalelerinin özetleri; Giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtılmalıdır. Anahtar

Sözcükler yer almalıdır. Derleme makalelerinin İngilizce özetleri; aynı şekilde olmalıdır.

Olgu Sunumu özetleri olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik süreçlerini içermelidir. İngilizce özetleri de aynı şekilde olmalıdır.

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

METİN:

Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşımalıdır.

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır olmalıdır.
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmalıdır.
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eş anlamlarına yer verilmelidir
- Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

Araştırma Raporları: Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar başlıklarını taşıyan bölümlerden oluşmalıdır. Araştırmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara teşekkür başlığı altında teşekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyulduğu açıkça belirtilmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

Tablo ve Şekiller: Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Başka bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

Güvenç B (1970) Kültür kuramında bütüncülük sorunu üzerine bir deneme. Ankara, s.51'den alındı.

Fotoğrafların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i aşmamalı, metin içinde fotoğrafın yerleştirileceği yer boş bırakılıp fotoğraf altına gerekli açıklama yapılmalıdır.

Derlemeler: Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda

toplanarak gelişme ve sonuç anlatımıyla sunulmuş olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

Olgu Sunumları; Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma ve Kaynaklar verilerek yazılmalıdır. Olgu sunumu fotoğraf ve akış şemaları ile desteklenebilir. Fotoğraf ve akış şemaları için gerekli izinler alınmalıdır.

KAYNAK KULLANIMI

Metin içinde: Yazarın soyadı ve yazının yayın tarihi ile birlikte belirtilmeli, yazar ve tarih arasına virgül konmamalıdır. İki yazarlı kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadı, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarın soyadı ve "ve ark." Şeklinde belirtilmelidir.

Örnekler

Graydon (1988), depresyonun...

Sarna ve Mc Corkle (1996), araştırmalarında.....

Lasry ve ark. (1987), yaptıkları çalışmada.....

.....Saptanmıştır (Graydon 1998).

....ortaya çıkarılmışlardır (Bard ve Sutherland 1955).

Aynı yazarın, aynı yıldaki değişik yayınları (Bayık 1996 a, Bayık 1996 b) şeklinde belirtilmelidir.

Birden çok yazar aynı anda gösterileceği zaman, aynı parantez içinde virgülle ayrılarak gösterilmelidir. Kaynaklar tarih sırasına göre sıralanmalıdır.

Örnek:

(Argon 1992, Karadakovan 1992).

Kaynakçada: Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ın baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgül konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra "ve ark." Şeklinde belirtilmelidir.

Dergi isimleri, Index Medicus'a uygun olarak kısaltılmalıdır. Dergi makalesi, kitap isimleri yazılırken, ilk kelimenin baş harfi büyük, diğerleri küçük harfle yazılmalıdır.

Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler

Dergi Makalesi

Lorig K, Gonzales VM, Ritter P ve ark. (1997). Coparison of three methods of data collecetion in an urban Spanish-speaking population. Rurs res, 46:4, 230-234

Dergi Eki (Supplement)

Weiss ME (1991) Tymapanic infrared thermometry for fullterm and preterm neonates. Clin. Pediatr, 30 (Suppl. 4) , 42-45.

Kitap:

Karasar N (1995) Araştırmalarda rapor hazırlama. 8.basım, Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd., 101-112.

Kitap Bölümü:

Kaufman CA, Wyatt RJ, (1987). Neuroleptic Malignant Syndrome. (içinde) Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: raven Pres, 1421-31.

Kitap Çevirisi:

Wise MG, Rundell JR (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi (Çev. TT Tüzer, V Tüzer). Compos Mentis yayınları, Ankara, 1997.

Metin içinde "Wise ve Rundell (1994)" şeklinde gösterilir.

Yazar Adı Olmayan Yayınlar**(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):**

American Psikiyatri birliği (1994) Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Metin içinde "American Psikiyatri Birliği (1994)" şeklinde gösterilir.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) IDC-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. Ed.;MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F.Çuhadaroğlu, İ.Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

Metin içinde "Dünya Sağlık Örgütü (1992)" şeklinde gösterilir.

Kongre Bildirileri:

Kayır A (1986). Tek ve kardeşli ergenlerde şahsiyet yapısı. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul: Mimeray Ofset, 546-52.

Kongre bildirileri kitap haline getirilmemişse, sunulduğu kongrenin adı, yeri, yılı ve sözel yada poster bildiri olduğu belirtilmelidir.

Yayınlanmamış Tez

Yavaş O (1993). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu ve örgütsel gereksinimlerine ilişkin bir inceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi sağlık bilimleri Enstitüsü, 53-55.

Yazarı Editör Olan Yayınlar

Uyer G (Ed) (1986). Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde) Hemşirelik hizmetleri yönetimi el kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset Ltd. şti., 52-61.

Basılmamış Yayınlar

Gordes G, Cole JO, Haskell D ve ark. The naturel history of tardive dyskinesia. J.Clin Psychopharmacol, (Baskıda).

Gazete Makalesi

Akbal O (1992). Bilimin özgürlük savaşı. Milliyet Gazetesi, 7 Temmuz 12.

İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa;

Yararlanılan yazının yazarı, yazarı yoksa kurum adı UNICEF gibi kurum adı yoksa kaynak gösterilmemelidir. Yayının başlığı, internet adresi ve son erişim tarihi belirtilerek gösterilebilir.

Frederickson BL (2000, Mart 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well being. Prevention& Treatment 3, Makale0001a. 20 Kasım 2000'de <http://Journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html> adresinden indirildi.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler, kişisel haberleşmeler, Medline taramalarından ulaşılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.