

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
DERGİSİ**

Cilt: 25

Sayı: 2

2009

HYO

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU DERGİSİ

Cilt 25, Sayı 2

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

Mart 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
ECEVİT ALPAR Şule
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

KHORSHID Leyla
KIZILKAYA BEJİ Nezihe
KOCAMAN Gülseren
KÖMÜRCÜ 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
EMİROĞLU Oya Nuran
ERCİ Behice
ERDEMİR Firdevs
KARADAĞ Ayişe
KARADENİZ Gülten
UÇAR Hülya
TERZİOĞLU Füsün
YAVUZ Meryem
YILDIZ Suzan

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- Hemşirelik Öğrencilerinin Ötenazi Hakkındaki Görüşleri
The Views Of Nursing Students Related To Euthanasia
Füsün ÖZKALAY, Ayten ZAYBAK..... 1-9
- Eksternal Fiksatorlü Hastalarda Uzun Süreli Bakım Ve İzlemin
Komplikasyonlara Etkisinin İncelenmesi
*The Effect Of Long-Term Care And Follow Up In Patients With External Fixators
On Complications*
Rahşan ÇAM, Fatma DEMİR KORKMAZ..... 11-24
- "Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi"nin Geçerlik Ve Güvenirliği
The Validity And Reliability Of The Byrd's Nursing' Ethical Sensitivity Test
Fatma ORGUN, Leyla KHORSHID..... 25-42
- Klimakterik Donemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları Ve Başetme
Yöntemleri
The Menopausal Complaining And Coping Solutions İn The Climacteric Women
Duygu ALTUNBAY, Mine YURDAKUL..... 43-60
- Algılanan Stres Ölçeği (Asö)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik
Uygunluğu
Psychometric Properties Of A Turkish Version Of The Perceived Stress Scale
Ayşegül BİLGE, Filiz ÖĞCE, Rabia EKTİ GENÇ, Nazan TUNA ORAN..... 61-72
- Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Ve
Yalnızlık Düzeyleri
*The Levels Of Perceived Social Support And Loneliness Of The Patients Who
Hospitalized In Surgical Clinics*
Emel YILMAZ, Sultan ÖZKAN..... 73-88
- Larenks Kanserli Trakeostomili Erkek Hastaların Beden Algısı Ve Ruhsal
Durumunun Değerlendirilmesi
*The Assesment Of The Body Perceptions And Psychological Status Of Patients
With Larynx Cancer And Tracheostomy*
Tuba HASPOLAT, Olcay ÇAM..... 89-103

Derleme Yazılar

- Sağlık Hizmetleri İle İlişkili Enfeksiyon Kontrolünde Hemşirelik
Hizmetleri Organizasyonunun Etkisi
*The Effect Of The Organization Of The Nursing Services On The Control Of He
Althcare Related Infections*
Fatma DEMİR KORKMAZ..... 105-114
- Çağımızın Güncel Hastalığı Alzheimer: Destekleyici Hemşirelik Bakımı
Alzheimer İs Today's Disease: Supportive Nursing Care
Gülay TAŞDEMİR YİĞİTOĞLU, Fatma ÖZ..... 115-126

Editörden Okura,

Değerli Okuyucularımız,

Değerli Okuyucularımıza,

Önceki sayılarda belirttiğim üzere, dergimizin yayın kalitesi her geçen sayıda artarak devam etmektedir. Bu nedenle, dergimizin hakemlerine ve yazarlarına öncelikle teşekkür etmek isterim. Ayrıca, dergimizde yer alan makalelere atıfların sayısının artması önemlidir. Özellikle SSCI indekslerinde yer alan yayınlarınızda atıf yapmanızı bekliyoruz. 2009 yılının bu ikinci sayısında 7 araştırma, 2 derleme makale olmak üzere 9 bilimsel makale yer almaktadır. Makalelerdeki konu çeşitliliği ve içeriğinin zenginliği ile mesleki alandaki bilgi birikimini arttıracığı inancındayım.

Emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, sağlıklı ve verimli günler dileyerek 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

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖTENAZİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

THE VIEWS OF NURSING STUDENTS RELATED TO EUTHANASIA

Füsun ÖZKALAY*

Yard. Doç. Dr. Ayten ZAYBAK**

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları AD

Bu çalışma 9-11 Ekim 2008 tarihinde "3rd EfCCNa Congress/27th Aniarti Congress: Influencing Critical Care Nursing in Europe" kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Bu çalışma Hemşirelik Yüksek Okulu son sınıf öğrencilerinin ötanazi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma bir üniversitede hemşirelik yüksek okulu son sınıfta öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 124 öğrencide yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Anket formunda öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerini ve ötanaziye ilişkin görüşlerini belirleme yönelik 25 soru bulunmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım ve khi- kare analizi kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurulundan yazılı, araştırmanın yapıldığı öğrencilerden de sözel onam alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması 23,61±1,70'dir ve %94,4'ü ötanazi hakkında bilgisinin olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %53,2'sinin kendisi için ötanazi hakkı, %75'inin herhangi bir yakınına veya akrabasına ötanazi uygulanmasını, %50,8'inin ötanazinin yasallaşmasını istemediği ve %41,2'sinin ötanazi isteyen hastaya ötanazi uygulanması gerektiğini ifade ettiği saptanmıştır. Öğrencilerin %37,9'unun aldığı okul eğitiminin ötanazi ile ilgili düşünceleri üzerinde etkili olduğu, %21'inin dini inançlarının etkili olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin ötanazi ile ilgili bilgilerinin olduğu ve öğrencilerin yaklaşık olarak yarısının ötanazinin uygulanması ve yasallaşmasını istemediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, ötanazi

ABSTRACT

This study has been carried out descriptively to determine the views of students graders of Higher School of Nursing related to euthanasia.

This research was carried out with a total of 124 fourth graders of the higher school nursing in a university and who accepted to participate in the research. During collection of the research data a questionnaire form developed in accordance with literature was used. The questionnaire form involved 25 questions intended to determine students' demographics and views related to euthanasia. In the evaluation of the data, percentage distribution and chi-square analysis were used. For the research written approval of the Ethical Committee of the Higher School of Nursing, Ege University and verbal content of the students participating in research were obtained.

The mean age of the students included in the scope of the research was 23.61 ± 1.70 and 94.4 % were knowledgeable about euthanasia. It was determined that 53.2 % reported that they did not want the privilege of euthanasia for themselves, 75 % of them did not want to be administered euthanasia for any close friend or relative, 50.8 % did not want to make euthanasia legal and 41.2 % thought that euthanasia should be administered for the patients who request euthanasia. It was also observed that the education received had an influence on the euthanasia-related thoughts in 37.9 % and the religious beliefs in 21 %.

It was concluded that nursing students had information related to euthanasia and approximately half of them did not want application and legalization of euthanasia.

Key Words: *Nursing studens, euthanasia*

GİRİŞ

"İyi, rahat, ağrısız/acısız ölüm" anlamına gelen ötanazi son yıllarda tıbbi, bilimsel, hukuki, felsefi ve dini disiplinlerce değişik boyutlarıyla tartışılan ve farklı görüşlerin öne sürüldüğü bir konu haline gelmiştir (Birsöz 1995, Hampton 1993, Oğuz 1996, Zileli 1996). Tıbbi açıdan ötanazi; ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıp biliminin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak iyileştirilme olanağı olmayan veya dayanılmaz acılar içinde olan aynı zamanda nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların istemleri halinde yaşamlarına son verilmesi veya tıbbi yardımın kesilerek ölüme terk edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Terzioğlu 1998, Namal 2001).

Yaşamın sonuna ilişkin kararlar biyoetigin en çok tartışılan konularından biridir. Yaşamla ölüm arasındaki bu ince çizginin en muhtemel şahitleri sağlık personelidir (Aksoy ve ark. 2002, Polat ve ark. 1997). Yapılan bazı çalışmalarda hekimlerin yaklaşık yarısı hastalarının aktif ya da pasif ötanazi istemiyle karşılaştıklarını belirtmiştir (Doğan ve ark. 1997). Dünyada ve ülkemizde etik ve politik alanlarda tartışmalara yol açan ötanazi, sağlık çalışanları arasında da bireyin yaşamını koruma, sürdürme, iyileştirme görev ve sorumlulukları ile özerkliğe saygı ilkesinden kaynaklanan ikilemlere neden olmaktadır (Kaya ve Akçin 2005).

Ötanazi birçok kesimin ilgisini çeken bir konu olmakla birlikte, özellikle bu hastalarla içice olan ve sıklıkla kendilerinden ötanazi

uygulamaları ya da yardım etmeleri istenen hekimlerin, hemşirelerin ve sağlık ekibinin diğer üyelerinin konuya ilişkin değerlendirmeleri ayrı bir önem taşımaktadır (Doğan ve ark. 1997). Ötanaziye karşı olan yaklaşım birçok ülkede değişik sosyal topluluklarda araştırılmaktadır. Yurt dışında özellikle hekim ve hemşirelerin konuyla ilgili farklı yönlerden görüşlerinin ele alındığı çalışmalar vardır (Winget ve ark. 2000, Musgrave 1998).

Ötanazi ile ilgili en doğru yaklaşım ülkenin koşullarına en uygun olanıdır. Bu koşulların araştırılarak verilerin ortaya konmasıyla ülkemize en yararlı çözüm bulunacaktır (Özkara ve ark. 2002). Bu nedenle ülkemizde sağlık ekibi üyelerinin konuyla ilgili görüşlerinin incelendiği araştırmaların artırılmasına gereksinim vardır. Sağlık bakımında görev alacak olan hemşirelik son sınıf öğrencilerinin ötanazi konusundaki görüşleri ve etkileyen etmenlerin araştırılması, sonuçlar doğrultusunda eğitim programlarında gerekli düzenlemelerin yapılması ve ilgili literatüre katkı sağlaması bakımından önemlidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma hemşirelik yüksekokulu 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin ötanazi uygulaması ile ilgili görüşlerinin incelenmesi amacı ile uygulanmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini 2007-2008 öğretim yılında bir üniversitede hemşirelik yüksek okulu son sınıfta öğrenim gören (N=150) öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmanın yapılabilmesi için ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler (n=124) araştırmanın örneklemine oluşturmuştur. Araştırma verileri Ocak 2008 tarihinde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür (Abaan 1996, Doğan ve ark. 1997, Fadiloğlu ve Yavuz 1997, Kaya ve Akçin 2005, Mylnerney ve Seilbold, 1995, Nehir ve ark. 2006, Özkara ve ark. 2002) doğrultusunda geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Soru formunda öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerini ve ötanaziyle ilgili bilgi ve görüşlerini belirleme yönelik 25 soru bulunmaktadır.

Veriler SPSS 11,5 paket programında sayı, yüzdeler dağılımlar ve khi-kare analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurulundan yazılı, araştırmanın yapıldığı öğrencilerden de sözel onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına 124 öğrenci alınmıştır ve yaş ortalaması 23,61±1.7'dir. Öğrencilerin %94.4'ünün ötanazi hakkında bilgisinin

olduğunu belirttiği ve %55.6'sının ötanaziyi doğru olarak tanımladığı saptanmıştır. Öğrencilerin %54'ünün ötanazi ile ilgili bilgiyi okul eğitiminden aldığı, %37.9'unun ötanazi ile ilgili düşüncelerinde aldığı okul eğitiminin etkili olduğu, %21'inin ise dini inançlarının etkili olduğu, %89.5'inin yatağa bağımlı terminal dönemde veya ölümcül bir hastalığı olan bir yakını ya da tanıdığıнын bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Öğrencilerin Ötanazi Hakkındaki Bilgileri, Bilgi Kaynakları, Görüşleri ve Terminal Dönemde Bir Yakını Olma Durumları

	Sayı	Yüzde
Ötanazi hakkında bilgisi		
Olan	117	94.4
Olmayan	7	5.6
Ötanazi kavramını		
Doğru tanımlayan	69	55.6
Yanlış tanımlayan	15	12.1
Kısmen doğru tanımlayan	40	32.3
Ötanazi ile ilgili bilgiyi nereden aldığı (n=176)*		
Okul eğitimi	95	54.0
Güncel yayınlar, internet	60	34.1
Yaşadığı Çevre	21	11.9
Ötanazi ile ilgili görüşlerinin oluşmasında etkili olan faktör		
Okul eğitimi	47	37.9
Dergi, kitap, yazılı veya görsel iletişim araçları	38	30.6
Dini inançlar	26	21.0
Aile ve yaşanılan çevre	13	10.5
Yatağa bağımlı terminal dönemde veya ölümcül bir hastalığa olan bir yakınının olma durumu		
Var	13	10.5
Yok	111	89.5
Toplam	114	100.0

*Öğrenciler birden fazla yanıt verdiği için n sayısı katlanmıştır.

Öğrencilerin ötanazi ile ilgili görüşleri tablo 2'de verilmiştir. Buna göre; "bireyin kendi yaşamına son verme hakkı olmalıdır" görüşünü savunan öğrencilerin %41.9 oranında olduğu, "ötanazi isteyen hastaya ötanazi uygulanmalı mı?" sorusuna %41,8'inin "hayır" yanıtını verdiği, kendileri için ötanazi hakkı isteyenlerin %25.8, istemeyenlerin ise %53.2 oranında olduğu, %75'inin akraba veya yakınına ötanazi uygulanmasını istemediğini belirttiği saptanmıştır. Ülkemizde ötanazinin yasallaşmasını isteyenlerin oranı %26.6, yasallaşmasını istemeyenlerin oranı ise %50.8 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %61.3'ünün "ölümcül veya tedavisi olmayan bir hastalığı olan bireylerin kendi yaşamı hakkında sağlıklı karar veremeyeceğini" belirttiği, ötanazinin yasallaşması durumunda ise "ötanaziye karar veren kişinin; en yüksek oranla (%51.6) bu konuda özel eğitim almış bir kişi olmalı"dır diyenlerin olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin %100'ü (tamamının) ötanazi uygulanması durumunda aktif rol almak istemedikleri ve %81.5'i ötanazinin bu konuda eğitim almış bir uzman tarafından uygulanması gerektiğini ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Öğrencilerin Ötanazi İle İlgili Görüşleri

	Sayı	Yüzde
Öğrencilerin kendileri için ötanazi hakkı istem durumları		
Evet	32	25.8
Hayır	66	53.2
Kararsızım	26	21.0
Öğrencilerin herhangi bir yakınına veya tanıdığına ötanazi uygulanmasını isteme durumu		
Evet	10	8.1
Hayır	93	75.0
Kararsızım	21	16.9
Bireyin kendi yaşamına son verme hakkı		
Olmalıdır	52	41.9
Olmamalıdır	49	39.5
Kararsızım	23	18.5
Ölümcül hastalığı olan ve ölmek üzere olduğunu farkında olan bir birey yaşamı hakkında		
Sağlıklı karar verebilir	17	13.7
Sağlıklı karar veremez	76	61.3
Kararsızım	31	25.0
Ötanazi isteyen bir hastaya ötanazi uygulanmalıdır		
Evet	37	29.8
Hayır	51	41.2
Kararsızım	36	29
Ülkemizde ötanazinin yasallaşmasını isteme durumu		
Evet	33	26.6
Hayır	63	50.8
Kararsızım	28	22.6
Ötanazinin yasallaşması durumunda kim karar vermeli		
Hastanın kendisi	47	37.9
Bilinci kapalı hastanın ailesi	9	7.3
Hekim	4	3.2
Özel bir ekip	64	51.6
Ötanazinin yasallaşması durumunda kim uygulamalı		
Tedaviyi uygulayan hekim	23	18.5
Bu konuda eğitim almış bir uzman	101	81.5
Toplam	124	100.0

Araştırmada öğrencilerin yatağa bağımlı terminal dönemde ya da ölümcül hastalığa yakalanmış yakınları olma durumu ile “ötanazi isteyen hastaya ötanazi uygulanmalı mıdır?” sorusuna verdikleri yanıtlar ($X^2=1.852$, $p>0.05$) ve “herhangi bir yakınınız için ötanazi ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar ($X^2=1.702$, $p>0.05$) arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırmada öğrencilerin ötanazinin yasallaşmasını isteme durumları ile kişinin kendi yaşamına son verme hakkı olmalıdır

ifadesine katılma durumları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2=50.394$, $p<0.001$). Ötanazi uygulanması isteyen öğrencilerin ötanazinin yasallaşmasını isteme durumlarının diğer öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Hemşirelik yüksekokulu 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin ötanazi uygulaması ile ilgili görüşlerinin incelenmesi amacı ile uygulanan bu çalışmadan elde edilen veriler sonucunda, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %94.4'ünün ötanazi hakkında bilgisinin olduğunu belirttiği ve %55.6'sının ötanaziyi doğru olarak tanımladığı saptanmıştır. Bu sonuçlarda öğrencilerin ötanazi hakkında bilgisi olduğunu belirten öğrencilerin oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bununla birlikte ötanaziyi doğru olarak tanımlayan öğrencilerin oranı daha düşük bulunmuştur. Bu durum öğrencilerin ötanazi ile ilgili bilgileri olduğunu ifade eden öğrencilerin bir bölümünün bilgilerinin eksik olduğunu göstermektedir. Ötanaziyi doğru tanımlayan öğrencilerin oranı, Doğan ve arkadaşlarının (1997), hemşirelerle yaptıkları çalışma sonuçlarına (%26.0) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada öğrencilerin %54'ünün ötanazi ile ilgili bilgiyi okul eğitiminden almış oldukları düşünüldüğünde öğrencilerin bu konudaki teorik bilgilerinin eğitimleri gereği yeni olmasına bağlı olarak ötanaziyi doğru tanımlama oranlarının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Toplumun sosyolojik yapısı inançları eğitim durumu hatta ekonomik durumu ötanazi ile ilgili görüşleri etkilemektedir (Karaca 2005). Nehir ve arkadaşlarının (2006), çalışmasında öğrencilerin %68.0'ı dini inançların ötanaziyi engelleyici olabileceğini belirttiği saptanmıştır. Bu çalışmada öğrencilerin ötanazi ile ilgili düşünceleri üzerinde en yüksek oranla (%37.9) okul eğitimini etkili olurken, ikinci sırada (%21) dini inançlarının etkili olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin %41.9'unun "bireyin kendi yaşamına son verme hakkı olmalıdır" görüşünü savunduğu ancak %29.8'inin "ötanazi isteyen hastaya ötanazi uygulanmalıdır" sorusuna "evet" yanıtını verdiği belirlenmiştir. Bireyin kendi yaşamına son verme hakkını savunanlar, Özkara ve arkadaşlarının (2000), (2002), hekimlerle yapmış olduğu çalışmalardan birinde %74, bir diğerinde %77, Nehir ve arkadaşlarının (2005) öğrencilerle yaptıkları çalışmada %32 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar Nehir ve arkadaşlarının sonuçlarıyla benzer bulunurken diğer çalışmalarla oldukça farklı bulunmuştur. Bu farkın öğrencilerin henüz ölümcül ya da acı çeken hastalarla çalışmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma sonuçlarında dikkati çeken başka bir nokta "isteyen hastaya ötanazi uygulanmalıdır" diyen öğrencilerin "bireyin kendi yaşamına son verme

hakkı olmalıdır” görüşünü savunanlardan daha düşük olmasıdır. Bu sonuç öğrencilerin düşünce bazında ötanaziyi kabullenseler de uygulama durumuna gelindiğinde düşünceleriyle çeliştiklerini göstermektedir.

Öğrencilerin %53.2’si kendileri için ötanazi hakkı istemezken akraba veya yakınına ötanazi uygulanmasını istemeyenlerde bu oran %75 olarak saptanmıştır. Doğan ve arkadaşlarının (1997), çalışmasında da hemşirelerin kendilerine ötanazi uygulanması konusunda %32.5’i olumlu görüş belirtirken, bir yakınının ötanazi istemine olumlu bakanların oranı % 15.6’ya düştüğü belirtilmiştir. Kaya ve Akçin (2005), hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında, öğrencilerin ailesinden yakınlarından herhangi biri için ötanaziyi onaylamama nedenleri olarak öğrencilerin böyle bir sorumluluk alamayacaklarını, inançlarına uygun olmadığı ve kararı kişinin kendisinin vermesi gerektiği gibi yanıtlar verdiklerini saptamışlardır. Bu sonuçlar, hemşire öğrencilerin bir başkasının yaşamı konusunda doğrudan karar verici konumda olmak istememelerine bağlı olabilir.

Bu çalışmada ülkemizde ötanazinin yasallaşmasını isteyenlerin oranı %26.6 olarak belirlenmiş olup, bu sonuç hemşirelik öğrencileri ile yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur (Erbil ve ark. 2004, Nehir ve ark. 2006) Bu oranlar Doğan ve arkadaşlarının (1997), çalışmasında hemşirelerde %29.1, Özkara ve arkadaşlarının (2002), çalışmasında hekimlerde %47 oranında belirtilmiştir. Çalışma sonuçları incelendiğinde öğrencilerin ötanazinin yasallaşmasını çalışan gruplara göre daha düşük oranda istedikleri görülmektedir.

Fadıloğlu ve arkadaşlarının bildirdiğine göre; ABD yapılan bir araştırmada kanserin son aşamasında dayanılmaz ağrılar içinde olan hastalara, bilinen vitamin hapları öldürücü birer tablet olarak tanıtılmış ve başuçlarına bırakılmıştır. Ertesi sabah yapılan kontrolde hiçbir hastanın ağrı ve sıkıntularına rağmen bu haplara el sürmedikleri belirlenmiştir (Fadıloğlu ve Yavuz 1997). Araştırma sonuçlarında da öğrencilerin de %61.3’ü “ölümcül veya tedavisi olmayan bir hastalığı olan bireylerin kendi yaşamı hakkında sağlıklı karar veremeyeceği”ni ifade ederken, %25.0’i “kararsız” olduğunu bildirmiştir. Bireyin bilinçli olarak kendi yaşamına son verilmesini istemesi son derece güç bir karardır. Bu nedenle hastanın ötanaziye karar verme aşamasında psikolojik olarak iyi değerlendirilmesi gerekir. Araştırma sonuçları diğer literatür bilgilerini destekler özelliktedir.

Hemşirelerin, ötanaziyi savundukları ancak uygulamayı kendilerinin yapmak istemediği bildirilmektedir (Bilge 2005). Bu çalışmada da öğrencilerin %51.6’sının “ötanaziye karar veren kişinin; bu konuda özel eğitim almış bir kişinin olması gerektiği”ni ifade ettiği, %100’ünün (tamamının) ötanazi uygulanması durumunda aktif rol almak istemedikleri ve %81.5’inin ötanazinin bu konuda eğitim almış bir uzman tarafından

uygulanması gerektiğini bildirdiği saptanmıştır. Ötanaziyle ilgili yapılan bazı çalışma sonuçları da bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Mylnerney ve Seilbold 1995, Abaan 1996, Doğan ve ark. 1997).

Araştırmada öğrencilerin yatağa bağımlı terminal dönemde ya da ölümcül hastalığa yakalanmış yakınları olma durumu ile “ötanazi isteyen hastaya ötanazi uygulanmalı mıdır?” sorusuna ve “herhangi bir yakınınız için ötanazi ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre öğrencilerin yatağa bağımlı terminal dönemde ya da ölümcül hastalığa yakalanmış bir yakınının olması durumunun ötanazi ile ilgili düşüncelerini etkilemediği söylenebilir.

“Kişinin kendi yaşamına son verme hakkı olmalıdır” diyen öğrencilerin ötanazinin yasallaşmasını isteme durumlarının diğer öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Nehir ve arkadaşları (2006), üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin terminal dönemdeki hastaya ötanazi isteme durumlarının ötanazinin yasallaşmasını istemelerinde etkili olduğunu bulmuşlardır. Ötanazi hakkını savunan öğrencilerin ötanazinin yasallaşmasını diğer öğrencilere göre daha yüksek oranda istemeleri beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin ötanazi uygulaması ile ilgili görüşlerinin incelenmesi amacı ile uygulanan çalışma sonucunda; hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun ötanazi ile ilgili bilgilerinin olduğu ve öğrencilerin yaklaşık olarak yarısının ötanazinin uygulanması ve yasallaşmasını istemediği belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda,

- Hemşirelik eğitimin programlarında ötanazi konusuna geniş yer verilerek konunun yasal, etik, politik ve sosyal boyutları ile ele alınıp tartışılması,
- Ülkemizde ötanazi ile ilgili görüşlerin belirlenmesine yönelik farklı örneklem grupları ile nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.Abaan S (1996) Ötanazi ve sağlık ekibi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 4: 3,27-34.
- 2.Aksoy S, Çevik E, Edisan Z (2002) Yasamın sonunda verilen kararlara ilişkin bir etik tartışma, Tıp Etiği-Tarihi-Hukuku Dergisi, 10:4.
- 3.Bilge SA (2005). "İnsan Hakları El Kitabı" Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı Yayınları.
- 4.Birsöz S (1995) Ötanazi: hekimlik görevi mi? Hekimlik ayıbı mı? Psikiyatri Bülteni, 3: 3,105-108
- 5.Doğan S, Güler H, Koçak E ve ark. (1997) Sivas ili'nde görev yapan bir grup hemşirenin ötanazi uygulamasına ilişkin görüşleri, Kriz Dergisi, 5:1, 59-63.
- 6.Erbil N, Şenel A (2004) "Öğrenci hemşirelerin ötanaziye bakış açısı", III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı 29-30 Nisan.
- 7.Fadiloğlu Ç, Yavuz M (1997) "Hemşireler ötanazi hakkında ne düşünüyorlar?" Çınar Dergisi. 1, 24-28.
- 8.Hampton S (1993) Should euthanasia be legalized? Br J Nursing, 2: 8,429-431
- 9.Karaca, S (2005) "İnsan Hakları ve Hasta Hakları Bağlamında Ötanazi" www.hukuki.net Erişim: Nisan 2005.
- 10.Kaya H, Akçin E (2005) Hemşirelik öğrencilerinin ötanaziye ilişkin görüşleri, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 13,115-119.
- 11.Musgrave CF (1998) Active euthanasia and assisted suicide: a perspective from an American abortion and Dutch euthanasia scenario. Oncol Nurs Forum. 25(9):1587-91
- 12.Mylnerney F, Seibold C (1995) Nurses' definitions of and attitudes towards euthanasia, J Adv Nurs, 22: 171-182.
- 13.Namal A (2001), Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 78-95
- 14.Nehir S, Kardeniz G, Altıparmak S ve ark. (2006) Üniversite öğrencilerinin ötanaziye ilişkin düşünceleri: Bir yüksekokul örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1: 2, 26-36.
- 15.Oğuz Y (1996) Tıp etiği açısından ötanazi, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 4: 3,5-8
- 16.Özkara E, Özdemir Ç, Hancı İH ve ark. (2002) Ankara'da çalışan hekimlerin ötanaziye yaklaşımı, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 51: 4,207-214.
- 17.Özkara E, Özdemir MH, Dalgıç M ve ark. (2000), Hekimlerin ötanaziye yaklaşımı, IV. Adli Bilimler Kongresi Bildirileri.
- 18.Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME (1997) Adli Tıp Dersi Kitabı, 388-393.
- 19.Terzioğlu A (1994) Euthanasie (Ötanazi) ve getirdiği etik sorunlar" Tıbbi Etik, 2: 1,16-22
- 20.Winget C, Kapp FT, Yeaworth RC (2000) "Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals towards active euthanasia, European Journal of Cancer Care", Blackwell Science Ltd, European Journal of Cancer Care, 9, 16-21.
- 21.Zileli L (1996) Ötanazi, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 4: 3,38-39

EKSTERNAL FİKSATÖRLÜ HASTALARDA UZUN SÜRELİ BAKIM VE İZLEMİN KOMPLİKASYONLARA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

THE EFFECT OF LONG-TERM CARE AND FOLLOW UP IN PATIENTS WITH EXTERNAL FIXATORS ON COMPLICATIONS

Yard. Doç. Dr. Rahşan Çam* **Yard. Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz ****

*Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Eksternal fiksatörlü hastaların çivi bölgesi bakımlarının uygulanması komplikasyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir. Bu çalışmanın amacı eksternal fiksatörlü hastaların uzun süreli bakım ve izlemlerinin komplikasyonlara etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kırık nedeniyle eksternal fiksatör uygulanmış 30'u kontrol, 30'u deney olmak üzere toplam 60 hasta çalışma kapsamına alındı. Tüm hastaların demografik özellikleri, sağlık durumu, kırığın tipi, eksternal fiksatör çivi bölgesi ile ilgili özellikleri kaydedildi. Kontrol grubu hastalarına hastanede ve evde eksternal fiksatör çivi bölgesi bakımlarına ilişkin araştırmacı tarafından herhangi bir girişimde bulunulmadı. Rutin uygulamaları izlendi. Deney grubu hastalarına araştırmacı tarafından eksternal fiksatör çivi bölgesi yara bakımı, çivi dibi masajı ve nörovasküler takip yapıldı. Deney grubu hastalarına taburculuklarından iki gün önce eksternal fiksatör çivi bölgesi bakımlarına ilişkin taburculuk eğitimi yapıldı ve evdeki bakımlarında rehberlik etmek üzere hazırlanmış eğitim kitapçığı verildi. Her iki grup hastaya haftalık ev ziyaretleri yapılarak gelişen komplikasyonlar kaydedildi.

Bulgular: Deney grubunda 8 hastada (%26.7), kontrol grubunda 19 hastada (%63.3) komplikasyon gelişti. Deney ve kontrol grubu hastalarında taburculuk eğitimi ile komplikasyon gelişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Deney grubu hastalarından sadece 1'inde (%3.3) çivi dibi enfeksiyonu gelişirken, kontrol grubu hastalarından 6'sında (%20.0) çivi dibi enfeksiyonu gelişti.

Sonuç Hastalara verilen taburculuk eğitimi ile evde bakımlarında rehberlik etmek üzere verilen eğitim kitapçığı ve hastanede araştırmacı tarafından uygulanan günlük eksternal fiksatör çivi bölgesi bakımı komplikasyon görülmesini azaltmıştır. Eksternal fiksatörlü hastalara hastanede hemşireler tarafından günlük eksternal fiksatör çivi bölgesi bakımı verilmesi, bu bakımları evde hastaların sürdürmeleri, hastalara taburculuk eğitimi verilmesi ve bu çalışmanın benzer örneklerde yapılması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Eksternal fiksatör, komplikasyon, taburculuk eğitimi, çivi dibi enfeksiyonu.

ABSTRACT

Objective: *It is utmost important to apply pin site care in patients with external fixators. The aim of this study was to determinate the effect of the long-term care and follow up of patients with external fixators on complications methods.*

Methods: *Totally 60 patients, 30 of them experimental and 30 of them control group, which were applied external fixators due to the fracture were assigned to the study. Sociodemographic data, health status, type of fracture and features related to external pin site of all patients were recorded. Control group patients were not applied any intervention related to external fixators pin site care at hospital and home by researcher. Routine applications were watched. Experimental group patients were applied external fixators pin site care, massage of pin site and neuromuscular follow up by the researcher. Experimental group patients were done discharge education as to the external fixators pin site care and given educational booklet prepared in order to lead home care. Complications occurred were recorded by making visit both group of patients weekly.*

Results: *Complications were occurred in 8 patients (26.7%) in experimental group, and 19 patients (63.3%) in control group. Significant relation was found between the discharge education and the state of occurring complications in the experimental and control group patients. While pin site infection was occurred in only one patient (3.3%) in experimental group, it was occurred in 6 patients (20.0%) in control group.*

Conclusion: *Discharge education given to the patients and educational booklet which was given to lead the home care and daily external fixator pin site care given by the researcher at the hospital were lower the occurrence of complications. It is recommended that to give daily external fixator pin site care by nurses at the hospital, to maintain this care by patients at home, to give discharge education to the patients and to perform this study on similar sample.*

Key Words: *External fixators, complication, discharge education, pin site care*

GİRİŞ

Eksternal fiksasyon, alüminyum, metal, titanyum ya da naylon özellikteki çiviler aracılığıyla fiksasyon araçlarının kırık kemiğe sabitlenmesi işlemi olarak tanımlanmaktadır (Eren ve Eralp 1999, Çelik ve Kanan 2005). Eksternal fiksatörler yalnızca kırık tedavisinde değil, aynı zamanda ekstremitte uzatmaları gibi bazı ortopedik cerrahi girişimlerde ve kemik iliği iltihabı ya da tümör nedeniyle kemiğin bir parçasının alınması gereken durumlarda da kullanımı giderek artan bir uygulamadır. Teknolojik gelişmelere rağmen hala eksternal fiksatöre bağlı komplikasyonlar meydana gelmektedir. Eksternal fiksatör uygulamalarında en önemli ve sık görülen komplikasyon çivi dibi enfeksiyonudur. Yapılan bazı çalışmalarda eksternal fiksatör çivi bölgelerinde enfeksiyon oranlarının %86.5 kadar yüksek değerde olduğu bildirilmektedir (Henry 1996, Sims 1999, Marsh 2004, W-Dahl ve ark. 2003, W-Dahl ve Toksvig-Larsen 2004). Çivi dibi enfeksiyonu erken dönemde meydana geldiğinde cerrahi teknikle, geç dönemde

meydana geldiğinde ise daha çok ameliyat sonrası dönemdeki hasta bakımıyla ilişkilendirilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların en aza indirilmesi için eksternal fiksatorlü hastaların bakımının yalnızca hastane ortamında değil evde de uygulanması gerekmektedir. Bunun için hasta ve ailesine bakımın öğretilmesi gerektiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda eksternal fiksatorlü hastaların bakımlarının hastanede uygulandığı ancak hastaların bu bakımı evde sürdürmedikleri belirlenmiştir (Holmes ve Brown 2005). Amerika'daki Ulusal Ortopedi Hemşireleri Birliği (National Association of Orthopaedic Nurses - NAON) bu konu üzerinde titizlikle durmaktadır. NAON hasta ve ailelerine kendi kendine bakımı öğretmenin ve bu bakım tekniğinin evde kullanılmasının öneminin büyük olduğunu belirtmektedir. Hastalar taburcu olmadan önce, eksternal fiksator çivi bölgesi bakımının hasta ve ailesine uygulamalı olarak gösterilmesi ve bu bakımı hastaların bizzat kendi kendilerine uygulamaları gerekmektedir. Literatürde eksternal fiksatorlü hastaların hastanede bakımlarına ilişkin çok az sayıda çalışma olmasına karşın evde bakımlarına ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır (Lee-Smith ve ark. 2001, Holmes ve Brown 2005).

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı eksternal fiksatorlü hastaların uzun süreli bakım ve izlemlerinin komplikasyonlara etkisini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, eksternal fiksatorlü hastaların uzun süreli bakım ve izlemlerinin komplikasyonlara etkisini belirlemek amacıyla yapılan deneysel bir çalışmadır. Çalışma Ocak 2008- Haziran 2008 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışma kapsamına, Sağlık Bakanlığı'nın bir Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde kırık nedeniyle eksternal fiksator uygulanmış 30 kontrol, 30 deney olmak üzere toplam 60 hasta alındı. Diabetes mellituslu hastalar, hastane ortamında komplikasyon gelişmiş olan hastalar, 18 yaş altı hastalar ve zihinsel problemleri olan hastalar çalışma dışında tutuldular. Tüm hastalar yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, beden kitle indeksi, kronik hastalık durumu, sigara kullanma durumu, antibiyotik tedavisi, kas-iskelet sistemi hastalıkları, eksternal fiksatorün uygulandığı bölge, uygulanan çivi çapı, uygulanan çivi sayısı açısından homojenize edilerek deney ve kontrol grubuna alındı. Hastalar çalışma konusunda sözlü olarak bilgilendirildi ve yazılı onayları alındı.

Tüm hastaların sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu, kırığın tipi, eksternal fiksator çivi bölgesi ile ilgili özellikleri kaydedildi. Kontrol ve deney grubu hastalarının birbirlerinden etkilenme olasılığı göz önünde bulundurularak öncelikle kontrol grubunun verileri toplanıp izlemlerine başlandı. Kontrol grubu hastalarına hastanede ve

evde eksternal fiksator çivi bölgesi bakımlarına ilişkin araştırmacılar tarafından herhangi bir girişimde bulunulmadı. Bu hastalara klinikte uygulanan rutin tedavi ve bakımlar verildi. Kontrol grubu hastaları taburcu oluncaya kadar izlendi ve hastanede yattıkları süre boyunca komplikasyon gelişmemiş olmasına dikkat edildi. Taburcu olan kontrol grubu hastalarına araştırmacı tarafından taburculuk eğitimi uygulanmadı ve araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı verilmedi. Kontrol grubu hastalarına hekimleri tarafından, haftada iki kez eksternal fiksator çivi bölgesi bakımlarını yaptırmaları söylendi. Bu bakımı hastane polikliniğinde ya da sağlık ocağında yaptırabilecekleri belirtildi. Kontrol grubu hastalarına taburcu olduktan sonra araştırmacı tarafından haftalık ev ziyaretleri gerçekleştirildi. Haftalık ev ziyaretleri sırasında hastalarda komplikasyon gelişmiş ise komplikasyonun ne olduğu ve kaçınıcı günde geliştiği kaydedildi. Ev ziyaretleri sırasında komplikasyon olarak eksternal fiksator çivi dibi enfeksiyonu gelişmiş ise hastanın hekimine haber verilerek, enfeksiyonun derecesi belirlendi ve kaydedildi. Eksternal fiksator çivi dibi enfeksiyon gelişen altı kontrol grubu hastaya hekimleri tarafından I. kuşak oral sefalosporin verildi. Kontrol grubu hastalarının eksternal fiksatorleri çıkıncaya kadar haftalık ev ziyaretleri sürdürüldü.

Deney grubu hastalarının ameliyattan 48-72 saat sonra, eksternal fiksator çivi bölgesine ameliyat sırasında povidon-iyot solüsyonu ile yapılmış olan pansumanları kaldırıldı. Literatürde ameliyat sırasında konan pansumanın 48-72 saat sonra çıkarılması önerilmektedir (Holmes ve Brown 2005, Santy ve Newton 2006). Daha sonra araştırmacı tarafından eksternal fiksator çivi bölgesi bakımına başlandı. Deney grubu hastalarının eksternal fiksator çivi bölgesi yara bakımları, çivi dibindeki drenajı sağlamak için masaj uygulaması ve nörovasküler takipleri taburcu oluncaya kadar araştırmacı tarafından yapıldı. Çivi diplerinin bakımı için steril pamuk çubuklar, çivi diplerinin dışında kalan cilt bakımı ve fiksatorün dış kısımlarının temizliğinde steril gaz tamponlar kullanılarak povidon-iyot solüsyonu ile yara bakımı yapıldı. Taburculuk gününden iki gün önce deney gurubuna taburculuk eğitimi gerçekleştirildi. Taburculuktan önceki iki eksternal fiksator çivi bölgesi bakımı hastayla birlikte uygulandı. Verilen taburculuk eğitimi, eğitim kitapçığı doğrultusunda uygulandı. Verilen taburculuk eğitiminin içinde;

- Evde çivi bölgesi yara bakımı
- Çivi diplerine masaj uygulama
- En sık görülen komplikasyonların belirti-bulguları
- Nörovasküler takip
- Ağrının kontrolü
- Çivi bölgesine yakın eklemlere uygulanan egzersiz
- Günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bilgiler yer almaktaydı.

Taburcu olacakları gün evde kendi kendilerine uygulayacakları eksternal fiksator çivi bölgesi bakımlarında rehberlik etmek üzere araştırmacı tarafından hazırlanan evde bakım kitapçığı verildi. Deney grubu hastalarında taburcu oluncaya kadar komplikasyon gelişmemiş olmasına dikkat edildi. Deney grubu hastalarına hekimleri tarafından eksternal fiksator çivi bölgesi bakımları için herhangi bir öneride bulunulmadı. Araştırma sonuçlarını etkilememeleri için deney grubuna alınan her hastanın hekimi ile görüşülerek hastaların eğitimi verilen eksternal fiksator çivi bölgesi bakımlarını evde kendileri tarafından uygulamaları sağlandı. Deney grubu hastalarına taburcu olurken maliyeti araştırmacıya ait olmak üzere üç kutu 50 ml'lik povidon-iyot solüsyonu, üç kutu steril gazlı bez (her kutuda 100 adet mevcut) ve on paket steril pamuklu çubuk (her pakette on adet mevcut) temin edildi.

Deney grubu hastalarına da kontrol grubuna gerçekleştirildiği gibi taburcu olduktan sonra araştırmacı tarafından haftalık ev ziyaretleri yapıldı. Haftalık ev ziyaretleri sırasında hastalarda komplikasyon gelişmiş ise komplikasyonun ne olduğu ve kaçınıcı günde geliştiği kaydedildi. Ev ziyaretleri sırasında komplikasyon olarak eksternal fiksator çivi dibi enfeksiyonu gelişmiş ise hastanın hekimine haber verilerek, enfeksiyonun derecesi belirlendi ve kaydedildi. Eksternal fiksator çivi dibi enfeksiyon gelişen bir deney grubu hastasına hekimleri tarafından I. kuşak oral sefalosporin verildi. Deney grubu hastalarının eksternal fiksatorleri çıkıncaya kadar haftalık ev ziyaretleri sürdürüldü. Ev ziyaretleri sırasında eksternal fiksator çivi bölgesi bakımlarına ilişkin hastaların soruları olduğunda yanıtlandı. Her ziyaret sırasında bakımda kullanılan malzemelerde eksiklik olduğunda araştırmacı tarafından temin edildi.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan ve ilgili hastanenin Başhekimliğinden yazılı izin alındı. Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı ve uygulaması ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra kendilerinden sözlü ve yazılı onam alındı.

İstatistiksel analizler için SPSS 11.0 paket programı kullanıldı. Deney ve kontrol grubunun homojenliğini incelemek için Fisher kesin ki-kare testi, hastaların eksternal fiksator çivi bölgesi komplikasyonlarını incelemek için sayı, yüzde, ortalama, Fisher kesin ki-kare testi, hastalarda eksternal fiksatorün kalış süresi ortalamaları ile komplikasyon gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemek için Mann Whitney U Testi, eksternal fiksatorün kalış süresi ile ortalamaları ile komplikasyon çeşitleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Kruskal Wallis Testi, hastalara verilen taburculuk eğitimi ile komplikasyon gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemek için Fisher kesin ki-kare testi, hastalara verilen taburculuk eğitimi ile çivi dibi enfeksiyonu arasındaki ilişkiyi incelemek için Fisher kesin ki-kare testi kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Deney grubu hastalarının yaş ortalaması 41.30±16.66 olup en genç hastanın 19 yaşında, en yaşlı hastanın ise 65 yaşında olduğu, kontrol grubu hastaların yaş ortalaması 47.66±13.31 olup en genç hastanın 20 yaşında, en yaşlı hastanın ise 65 yaşında olduğu saptandı. Yapılan Ki-kare testi sonucunda yaş grupları yönünden iki grup arasında fark olmadığı saptandı ($X^2 = 6.432$, $p=0.169$).

Tablo 1: Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Yaş Grubu				
18 – 27	11	36.7	3	10.0
28 – 37	2	6.7	3	10.0
38 – 47	4	13.3	8	26.7
48 – 57	6	20.0	7	23.3
58 – 65	7	23.3	9	30.0
	$X^2 = 6.432$		$p=0.169$	$p>0.05$
Cinsiyet				
Kadın	11	36.7	12	40.0
Erkek	19	63.3	18	60.0
	Fisher kesin ki-kare testi		$p=0.500$	$p>0.05$
Eğitim Durumu				
İlköğretim	20	66.7	20	66.7
Lise	9	30.0	10	33.3
Üniversite	1	3.3	-	-
	$X^2 = 1.053$		$p=0.591$	$p>0.05$
Beden Kitle İndeksi				
Normal Kilolu (18.5-24.9kg)	21	70.0	15	50.0
Hafif Şişman (25-29.9 kg)	9	30.0	15	50.0
	Fisher kesin ki-kare testi		$p=0.094$	$p>0.05$
Kronik Hastalık				
Var (Hipertansiyon)	2	6.7	3	10.0
Yok	28	93.3	27	90.0
	Fisher kesin ki-kare testi		$p=0.500$	$p>0.05$
Sigara				
Kullanıyor	12	40.0	14	46.7
Kullanmıyor	18	60.0	16	53.3
	Fisher kesin ki-kare testi		$p=0.397$	$p>0.05$
Toplam	30	100.0	30	100.0

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Hastaların yaş ortalamaları, yaş grubu, eğitim durumu, beden kitle indeksi, kronik hastalık ve sigara içme durumu açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo1).

Hastalarda kırığın tipi, nedeni ve eksternal fiksatöre ilişkin verilerin dağılımı Tablo 2’de yer almaktadır. Yapılan Ki-kare testi sonucunda iki grup arasında kırığın tipi, kırık nedeni, eksternal fiksatörün yeri, çapı ve sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 2: Hastalarda Kırığın Tipi, Nedeni ve Eksternal Fiksatora İlişkin Verilerin Dağılımı

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Kırığın Tipi				
Açık Kırık	7	23.3	8	26.7
Kapalı Kırık	23	76.7	22	73.3
Fisher kesin ki-kare testi			p=0.500	p>0.05
Kırık Nedeni				
Trafik Kazası	14	46.7	11	36.7
Düşme	16	53.3	18	60.0
İş Kazası	-	-	1	3.3
X² =1.478			p=0.478	p>0.05
Eksternal Fiksatorün Yeri				
El Bileği	11	36.7	10	33.3
Humerus	2	6.7	4	13.3
Tibia	11	36.7	13	43.3
Femur	6	20.0	3	10.0
X² =1.881			p=0.597	p>0.05
Eksternal Fiksator Çivilerinin Çeşidi				
Schanz Çivisi	27	90.0	28	93.3
Kirschner Teli	3	10.0	2	6.7
kesin ki-kare testi			p=0.500	p>0.05
Eksternal Fiksator Çivilerinin Çapı				
2 mm	3	10.0	2	6.7
3 mm	11	36.7	10	33.3
4 mm	2	6.7	3	10.0
5 mm	14	46.7	15	50.0
X² =0.482			p=0.923	p>0.05
Eksternal Fiksatordeki Çivi sayısı				
4 çivi	7	23.3	7	23.3
5 çivi	10	33.3	13	43.3
6 çivi	9	30.0	9	30.0
7 çivi	1	3.3	-	-
10 çivi	1	3.3	1	3.3
11 çivi	2	6.7	-	-
X² =3.391			p=0.640	p>0.05
Eksternal Fiksatorün Kalış Süresi				
35 – 49 Gün	6	20.0	5	16.7
50 – 64 Gün	7	23.3	5	16.7
65 – 74 Gün	1	3.3	5	16.7
75 – 84 Gün	9	30.0	5	16.7
85 ve üzeri	7	23.3	10	33.3
X² =4.256			p=0.372	p>0.05
Toplam	30	100.0	30	100.0

Deney grubu hastalarının hastanede kalış süresi en az 4, en fazla 10, ortalama 6.76 ± 2.06 gün, kontrol grubu hastalarının ise en az 3, en çok 8, ortalama 5.86 ± 1.77 gün idi. Hastanede kalma süreleri açısından her iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmadı (Fisher kesin ki-kare testi, $p=0.605$, $p>0.05$).

Eksternal fiksatorün kalış süresi deney grubunda en az 45, en fazla 96 ortalama 68.16 ± 16.96 , kontrol grubunda ise en az 36, en fazla

97 ortalama 71.96 ± 18.87 gündür. Eksternal fiksatorün kalma süreleri açısından gruplar arasında fark bulunmadı ($X^2 = 4.256$, $p = 0.372$, $p > 0.05$).

Araştırmacı deney grubu hastalarına en az iki, en fazla 9, ortalama 4.70 ± 2.03 kez çivi bölgesi bakımı verdi.

Tablo 3: Hastalarda Komplikasyon Gelişme Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Komplikasyon Gelişme Durumu				
Gelişti	8	26.7	19	63.3
Gelişmedi	22	73.3	11	36.7
Fisher kesin ki-kare testi, p=0.004 p<0.05*				
Toplam	30	100.0	30	100.0

Hastalarda Komplikasyon Gelişme Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı Tablo 3’de görülmektedir. Deney grubunun 8’inde (%26.7) kontrol grubunun ise 19’unda (%63.3) komplikasyon gelişti. Yapılan Fisher kesin ki-kare testi sonucunda iki grup arasında komplikasyon gelişmesi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Tablo 3). Bu farkın araştırmacı tarafından hastalara verilen bakım ve eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaların tümünde komplikasyon görülme oranı %45.0 olarak bulundu. Yılmaz’ın (2005), çalışmasında eksternal fiksator uygulanan 24 hastada komplikasyon gelişme oranı ise %25 olarak belirlenmiştir (Yılmaz 2005). Sonuçlarımız Yılmaz’ın sonuçlarından yüksek bulundu.

Deney grubu hastalarının 1’inde çivi gevşemesi, 6’sında eklem sertliği, 1’inde çivi dibi enfeksiyonu ile birlikte çivi gevşemesi saptandı. Kontrol grubu hastalarının 6’sında çivi dibi enfeksiyonu, 1’inde çivi gevşemesi, 9’unda eklem sertliği, 1’inde damar-sinir yaralanması 2’sinde ağrı ve şişlik saptandı. Hastaların tümünde çivi dibi enfeksiyonu görülme oranı %11.6, eklem sertliği görülme oranı %25, toplam komplikasyon görülme oranı %45.0 olarak bulundu.

Çivi dibi enfeksiyonu görülme oranları Grant ve ark. (2005), çalışmalarında %24.1, Öçgüder ve ark. (2005), çalışmalarında %28.4, Altay ve ark. (2005), çalışmalarında %37.5, Yılmaz’ın (2005), çalışmasında %8.3, W-Dahl ve Toksvig-Larsen’in (2004) çalışmalarında %26, Özdemir ve ark. (2002), çalışmalarında %40, Arazi ve ark. (1995), çalışmalarında %21, Kesemenli ve ark. (2000), çalışmalarında %11.3, Arazi ve Kutlu’nun (2000), çalışmalarında %20, Hay’ın (1997). çalışmasında %10.9 olarak saptanmıştır (Arazi ve ark. 1995, Hay 1997, Kesemenli ve ark. 2000, Arazi ve Kutlu 2000, Özdemir ve ark. 2002, W-Dahl ve Toksvig-Larsen 2004, Grant ve ark. 2005, Öçgüder ve ark. 2005, Altay ve ark. 2005, Yılmaz 2005).

Literatürde eksternal fiksator uygulamalarında en önemli ve sık görülen komplikasyonun çivi dibi enfeksiyonu olduğu ve bazı çalışmalarda eksternal fiksator çivi bölgelerinde enfeksiyon oranlarının %86.5 kadar yüksek değerlerde olduğu bildirilmektedir (Henry 1996, Sims 1999, Marsh 2004, W-Dahl ve ark. 2003, W-Dahl ve Toksvig-Larsen 2004).

Eksternal fiksator uygulamalarında çivi gevşemesi komplikasyonu nadir görülen bir komplikasyondur (Çakmak ve Kocaoğlu 1995, İnan 1999, Kocaoğlu 1999, Çakmak ve Bilen 2002). Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarında toplam %6.6 oranında çivi gevşemesi saptandı. Bu oran Anderson ve ark. çalışmasında (1998) %8.3, Ahlberg ve Josefsson'un çalışmasında (1999) %11, Yılmaz'ın çalışmasında (2005) %8.3, olarak bulunmuştur (Anderson ve ark. 1998, Ahlberg ve Josefsson 1999, Yılmaz 2005). Bulgularımız çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Literatürde çivi gevşemesinin, ya çivinin yerleştirilmesi sırasında oluşan aşırı kemik hasarı, ya da daha sonraki dönemde eksternal fiksator aşırı yüklenme ile kemik çivi birleşim yerinde oluşan sıkışma sonucu meydana geldiği belirtilmektedir (İnan 1999). Çivilerin cilde yapışması istenmeyen bir durumdur. Henry çalışmasında (1996) çivilerin cilde yapışmasını ve böylelikle çivi gevşemesini önlemek için çivi dibi bölgesine masaj tekniğini uygulamıştır (Henry 1996). Mevcut çalışmada da deney grubu hastalarına taburculuk eğitimi sırasında çivi dibi enfeksiyonu ve çivi gevşemesini önlemeye yönelik olarak masaj tekniği öğretildi. Ancak çivi gevşemesi kontrol grubunda 1 hastada görülmesine karşın deney grubunda 2 hastada meydana geldi. Bu sonuç doğrultusunda masajın çivi gevşemesi üzerine etkisi konusunda yorum yapmak mümkün değildir. Ancak masajın çivi dibi enfeksiyonu üzerine etkisi olduğu düşünülebilir. Masaj tekniğini evde kullanan deney grubu hastalarında çivi dibi enfeksiyonu oranı %3.3 iken masaj tekniğini kullanmayan kontrol grubu hastalarında bu oran %20 olarak saptanmıştır.

Eksternal fiksator uygulamalarında eklem sertliği komplikasyonu genellikle uygunsuz çerçeve kurulması ve yetersiz fizyoterapi sonucu görülmektedir (İnan 1999, Sims ve Saleh 2000, Çakmak ve Bilen 2002, Akyüz ve Uzun 2006). Yapılan çalışmalar eklem sertliğinin gelişmemesi için erken dönemden başlanarak fizyoterapinin önemini vurgulamışlardır (Kapukaya ve ark. 1997, Kapukaya ve ark. 1999, Kesemenli ve ark. 2000, Özdemir ve ark. 2002, Holmes ve Brown 2005, Akyüz 2006). Akyüz'ün çalışmasında (2006) %15.9 oranında eklem sertliği gözlenmiştir (Akyüz 2006). Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre deney grubunda %20, kontrol grubunda %30 oranında eklem sertliği saptandı. Deney grubu hastalarına verilen taburculuk eğitimi ve eğitim kitapçığında eklem sertliğini önlemeye yönelik egzersizler yer almaktadır. Ancak deney ve kontrol grubu hastalarında eklem sertliği oranlarının birbirlerine yakınlığı göz önünde bulundurulduğunda eklem sertliğinin nedeninin

yetersiz fizyoterapiye bağı olduğunu söylemek mümkün değildir. Yine de kontrol grubu hastalarında görülen ağrı ve şişlik komplikasyonlarının deney grubu hastalarında gözlenmemesi taburculuk eğitimi sırasında öğretilen egzersizlerin deney grubu tarafından uygulanmasının bir sonucu olabilir.

Deney grubu hastalarında en erken 33., en geç 68. ortalama 43.00 ± 13.11 günde komplikasyon gelişirken, kontrol grubunda ise en erken 2. günde en geç 80.günde ortalama 35.36 ± 17.73 . günde komplikasyon gelişti. Deney grubu hastalarının 6'sında 31-40 gün arasında, 2'sinde 51 ve üzeri günde komplikasyon geliştiği, kontrol grubu hastalarının ise 1'inde 0-10 gün arasında, 1'inde 11-20 gün arasında, 8'inde 21-30 gün arasında, 4'ünde 31-40 gün arasında, 1'inde 41-50 gün arasında, 4'ünde 51 ve üzeri günde komplikasyon geliştiği belirlendi. Yapılan Ki-kare testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($X^2 = 9.095$, $p = 0.105$, $p > 0.05$). En kısa sürede görülen komplikasyon kontrol grubunda damar yaralanması, en uzun sürede görülen komplikasyon ise yine kontrol grubunda çivi dibi enfeksiyonudur. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir (İnan 1999, Kocaoğlu 1999, Çakmak ve Kocaoğlu 1995, Eren ve Eralp 1999, Çakmak ve Bilen 2002).

Deney grubu hastalarından 13'üne 5-7 kez, 13'üne 8-10 kez, 4'üne 11 ve üzeri kez haftalık ev ziyareti yapıldı. Deney grubuna en az 5, en çok 12, ortalama 8.16 ± 2.11 kez haftalık ev ziyareti yapıldığı saptandı. Kontrol grubu hastalarından 10'una 5-7 kez, 10'una 8-10 kez, 10'una 11 ve üzeri kez haftalık ev ziyareti yapıldı. Kontrol grubuna en az 5, en çok 12 ortalama 8.76 ± 2.34 kez ev ziyareti yapıldığı saptandı. Yapılan Ki-kare testi sonucunda ev ziyaretleri açısından gruplar arasında fark olmadığı belirlendi ($X^2 = 3.354$, $p = 0.187$, $p > 0.05$). Araştırmacı tarafından yapılan haftalık ev ziyaretleri ile kontrol grubu hastalarında komplikasyon gelişme durumları izlendi. Deney grubunda ise hem komplikasyon gelişme durumları hem de araştırmacı tarafından eğitimi verilen eksternal fiksator çivi bölgesi bakımlarını uygulayıp uygulamadıkları izlendi. Grant ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hastalara taburcu olurken eksternal fiksator çivi bölgesi bakımlarına ilişkin eğitim verilmiştir (Grant ve ark. 2005). Hastaların evde kendi başlarına bakımı uygulamayacakları durumlarda bir halk sağlığı hemşiresinin kendilerine ev ziyareti gerçekleştirip yardımcı olabileceği söylenmiştir. Ancak hastaların hepsi eksternal fiksator çivi bölgesi bakımlarını kendileri uygulamış ve rutin poliklinik kontrollerini yaptırmışlardır. Bu çalışmadan farklı olarak hastaların kendi kendilerine uyguladıkları eksternal fiksator çivi bölgesi bakımları ev ziyaretleri ile izlenmemiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş grupları ($X^2 = 6.497$, $p = 0.165$, $p > 0.05$), eğitim düzeyleri ($X^2 = 3.110$, $p = 0.211$, $p > 0.05$), kırık tipi (Fisher kesin ki-kare testi, $p = 0.228$, $p > 0.05$), çivi sayısı ($Z = -1.477$, $p = 0.140$, $p > 0.05$), çivi çeşidi (Fisher kesin ki-kare testi, $p = 0.596$, $p > 0.05$),

çivi çapı ($X^2 = 3.052$, $p=0.384$, $p>0.05$), eksternal fiksatorün yeri ($X^2 = 2.352$, $p=0.503$, $p>0.05$) ve eksternal fiksatorün kalış süresi ($Z = -0.781$, $p=0.435$, $p>0.05$) ile komplikasyon gelişmesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Buna karşın cinsiyet (Fisher kesin ki-kare testi, $p=0.046$, $p<0.05$) ile komplikasyon gelişme arasında ve eksternal fiksatorün kalış süresi ile görülen komplikasyon çeşidi arasında (Kruskal Wallis Test, $p=0.006$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Kadın hastalarda komplikasyon görülme oranının daha fazla olduğu belirlendi.

Taburculuk eğitiminin verildiği Deney grubunda 8 hastada (%26.7) komplikasyon gelişirken, taburculuk eğitiminin verilmediği kontrol grubunda 19 hastada (%63.3) komplikasyon gelişti. Deney ve kontrol grubu hastalarında taburculuk eğitimi ile komplikasyon gelişme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Fisher kesin ki-kare testi, $p=0.004$, $p<0.05$).

Günümüzde teknolojik açıdan önemli gelişmeler gösteren eksternal fiksator düzenekleri sayesinde bu tedavilerin kullanımı da artmıştır. Ancak bu gelişmelere rağmen hala eksternal fiksator uygulamalarına ilişkin komplikasyonlar meydana gelmektedir. Bu komplikasyonlardan en önemlisi çivi dibi enfeksiyonlarıdır.

Eksternal fiksatorle ilişkin komplikasyonların en aza indirilmesi için kullanılan cerrahi tekniğin yanında eksternal fiksatorlü hastaların bakımının yalnızca hastane ortamında değil evde de uygulanması için hasta ve ailesine bakımın öğretilmesi gerektiği belirtilmektedir (Holmes ve Brown 2005). Yapılan çalışmalarda eksternal fiksatorlü hastaların bakımlarının hastanede uygulandığı ancak hastaların bu bakımı evde sürdürmedikleri belirlenmiştir (Lee-Smith ve ark. 2001, Santy ve Temple 2004, Holmes ve Brown 2005, Santy ve Newton 2006). Amerikan Ulusal Ortopedi Hemşireleri Birliği (NAON) hasta ve ailelerine kendi kendine bakımı öğretmenin ve bu bakım tekniğinin evde kullanılmasının öneminin büyük olduğunu ve desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir. NAON 1995-2004 yılları arasında eksternal fiksator çivi bölgesi bakımı ile çivi dibi enfeksiyonu oranı arasındaki ilişkiyi inceleyen sadece yedi çalışma olduğunu belirtmiştir (Ward 1998, Holmes ve Brown 2005). Ancak eksternal fiksator çivi bölgesinin hasta tarafından kendi kendine bakımını inceleyen ve hastaların evde bakımlarına ilişkin çalışmaya rastlanmadı.

Deney grubu hastalarına hastanede kaldıkları süre boyunca araştırmacı tarafından çivi bölgesi bakımı uygulandı. Hastalara taburculuklarından iki gün önce, evdeki eksternal fiksator bakımlarına ilişkin taburculuk eğitimi ve evde bakımlarında rehberlik etmesi için eğitim kitapçığı verildi. Taburculuk eğitimi ve eğitim kitapçığı verilen deney grubunda 8 hastada (%26.7) komplikasyon gelişirken, taburculuk eğitimi ve eğitim kitapçığı verilmeyen, hastanenin rutin bakımının

uygulandığı kontrol grubunda ise 19 hastada (%63.3) komplikasyon gelişti. Her iki grup arasında taburculuk eğitimi ve eğitim kitapçığı verme ile komplikasyon gelişme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Verilen eğitimin komplikasyon gelişmesini azalttığı söylenebilir. Eke'nin çalışmasında (2004), kalp kapağı replasmanı yapılan hastaların taburculuğu aşamasında evde bakıma ilişkin hastalara yeterli bilgi verilmediği, hastaların evde bakımlarıyla ilgili pek çok konuda bilgi eksiklikleri olduğu ifade edilmiştir (Eke 2004). Aytur'un (2001) çalışmasında da, abdominal cerrahi sonrası taburculuk eğitimi yapılan hastaların, yapılmayanlara göre evde bakımları sırasında daha az sorun yaşadıkları belirlenmiştir (Aytur 2001). Lithner ve arkadaşlarının (2000) hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında bilgi gereksinimlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada hastaların %96'sının taburculuk aşamasında komplikasyonların önlenmesine yönelik bilgi almak istedikleri belirlenmiştir (Lithner ve Zilling 2000).

Chen ve arkadaşlarının çalışmasında (1999) taburculuk sonrası 4 hafta boyunca hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ve bakım gereksinimlerini karşılama konularında bilgi eksikliklerinden kaynaklanan problemleri olduğu saptanmıştır (Chen ve ark. 1999).

Bu çalışmada hastalara yapılan haftalık ev ziyaretleri sırasında taburculuk eğitimi verilen deney grubu hastalarında günlük yaşam aktivitelerine ilişkin herhangi bir sorunla karşılaşılmadı. Literatürün de önerdiği gibi hastalar taburculuklarından sonra on gün içinde banyo gereksinimlerini karşıladılar (Lee-Smith ve ark. 2001, W-Dahl ve ark. 2003, W-Dahl ve Toksvig-Larsen 2004, Holmes ve Brown 2005).

Literatürde de hastalara verilen taburculuk eğitimi ile hastaların kendi bakımları konusunda yeterli duruma gelebildiği, ameliyatın getirdiği değişikliğe daha kolay uyum sağlayabildiği, iyileşme sürecini daha kolay geçirebildiği, tedavi sonrası komplikasyon gelişme riskinin ve hastaneye tekrar yatışların azaldığı ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesinin arttığı belirtilmektedir (Lithner ve Zilling 2000, Yılmaz 2000, Aytur 2001, Coşkun ve Akbayrak 2001).

Hastalara verilen taburculuk eğitimi ile çivi dibi enfeksiyonu gelişme durumlarına ilişkin verilerin dağılımı incelendiğinde, taburculuk eğitimi verilen deney grubu hastalarının %3.3'ünde (%3.3), taburculuk eğitimi verilmeyen kontrol grubu hastalarının ise %20.0'inde (%20.0) çivi dibi enfeksiyonu gelişti. Hastalarda taburculuk eğitimi ile çivi dibi enfeksiyonu gelişme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu durum örneklem grubunun küçük olmasından kaynaklanabilir.

SONUÇ

Eksternal fiksatorlü hastaların uzun süreli bakım ve izlemlerinin komplikasyonlara etkisinin incelenmesi amacıyla planlanan bu

araştırmanın sonucunda; eksternal fiksatorlü hastalarda uzun süreli bakım ve izlemin komplikasyonları azalttığı belirlendi.

ÖNERİLER

Eksternal fiksatorlü hastalara hastanede hemşireler tarafından günlük eksternal fiksator çivi bölgesi bakımı verilmesi, bu bakımları evde hastaların sürdürmeleri ve hastalara taburculuk eğitimi verilmesi, bununla birlikte benzer çalışmaların daha geniş hasta gruplarında yapılması önerildi.

KAYNAKLAR

1. Ahlberg HG, Josefsson PO. (1999). Pin-tract complications in external fixation of fractures of the distal radius. *Acta Orthop Scand*, 70: 2, 116-118
2. Akyüz M (2006). Uzun kemik nonunionlarında İlizarov eksternal fiksator tedavisi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, İzmir: Sağlık Bakanlığı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
3. Altay T, Karapınar L, Kaya A ve ark. (2005). Proksimal humerusun iki parçalı kırıklarının eksternal fiksatorle tedavisi. *Ulusal Travma Dergisi*, 153-156
4. Anderson JT, Lucas GL, Buhr BR. (1998). Complication of treating distal radius fractures with external fixation. *Iowa Orthop J*, 24: 53-59
5. Arazi M, Kutlu A, Tarakçıoğlu N ve ark. (1995). Stabil olmayan pelvis kırıklarının tedavisinde Selçuk tipi pelvis eksternal fiksator uygulamaları: Klinik ve biyomekanik çalışma. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 29: 4, 299-305
6. Arazi M, Kutlu M. (2000). Pelvis yaralanmalarının tedavisinde eksternal fiksasyonun yeri: Endikasyonlar ve güncel eğilimler. *Artroplastik Artroskopik Cerrahi*, 11: 1, 104-110
7. Aytur T (2001). Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
8. Chen ZT, Lin YC, Dai YT. (1999). The problems of family caregiving among discharged patients in first month. *Nurs Res*, 7, 423-434
9. Coşkun H, Akbayrak N.(2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5: 2, 63-68
10. Çakmak M, Bilen E, (2002). Tedavi Yöntemleri. (içinde) Alturfan AK (ed). *Ortopedik Travmatoloji*. Tayf Ofset, Nobel tıp kitabevleri, 17-21.
11. Çakmak M, Kocaoğlu M (1995) Eksternal Fiksatorler. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği*, Damla Matbaacılık, İstanbul.
12. Çelik S, Kanan N. (2005). Eksternal fiksasyon uygulanan hastalarda temizleyici ajanların infeksiyonu önlemedeki etkinliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13: 55, 37-42
13. Eke P (2004). Hastaların kalp kapağı replasmanı sonrası bakımlarına ilişkin bilgileri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
14. Eren A, Eralp L, (1999). İlizarov Sisteminin Dünyada ve Türkiye'deki Gelişimi. (içinde) Çakmak M, Kocaoğlu M (ed). *İlizarov Cerrahisi ve Prensipleri*. İstanbul: Doruk Grafik, 1-4.
15. Grant S, Kerr D, Wallis M ve ark. (2005). Comparison of povidone-iodine solution and soft white paraffin ointment in the management of skeletal pin-sites: A pilot study. *J Orthop Nurs*, 9, 218-225

16. Hay SM (1997). Fracture of the tibial diaphysis treated by external fixation and the axial alignment grid: A single surgeon's experience. *Injury*, 28: 7, 437-443
17. Henry C. (1996). Pin sites: Do we need to clean them?. *Practice Nursing*, 7: 4, 12-17
18. Holmes SB, Brown SJ. (2005). Skeletal pin site care: National Association of Orthopaedic Nurses Guidelines for Orthopaedic Nursing. *J Orthop Nurs*, 24: 2, 99-107
19. İnan M, (1999). Komplikasyonlar ve Zorluklar. (içinde) Çakmak M, Kocaoğlu M (ed). İliizarov Cerrahisi ve Prensipieri. İstanbul:Doruk Grafik; 237-252.
20. Kapukaya A, Subaşı M, Yıldırım K ve ark. (1999). Pelvis kırıklarında acil tedavi ve eksternal fiksator uygulamalarımız. *Artroplastik Artroskopik Cerrahi*, 10, 49-54
21. Kapukaya A, Kesemenli C, Arslan H ve ark. (1997). Çocuk kapalı femur kırıklarının eksternal fiksatorle tedavisi. XV. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, Ankara: THK Matbaası, 203-206.
22. Kesemenli CC, Subaşı M, Kırkgöz T ve ark. (2000) Çocuk kapalı femur kırıklarında eksternal fiksator ve pelvipedal alçı tedavisi sonuçlarının karşılaştırılması. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 34, 40-44
23. Kocaoğlu M, (1999). Travmatolojide İliizarov Uygulamaları. (içinde) Çakmak M, Kocaoğlu M (ed).İliizarov Cerrahisi ve Prensipieri. İstanbul:Doruk Grafik;183-208.
24. Lee-Smith J, Santy J, Davis P ve ark. (2001). Pin site management: Toward a consensus. *J Orthop Nurs*, 5, 37-42
25. Lithner M, Zilling T. (2000). Pre- and post-operative information needs. *Patient Educ Couns*, 40, 29-37
26. Marsh JL. (2004). Weekly pin-site care was as effective as daily care in patients with external fixation. *J Bone Joint Surg Am*, 86: 8, 1835
27. Öçgüder A, Özer H, Solak Ş ve ark. (2005). Tibia açık kırıklarının İliizarov sirküler eksternal fiksatorüyle tedavisinin fonksiyonel sonuçları. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 39: 2, 156-162
28. Özdemir H, Ürgüden M, Dabak KT ve ark. (2002). İntertrokanterik femur kırıklarının modüler aksiyel fiksator ile tedavisi. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 36, 375-383
29. Santy J, Newton L. (2006). A survey of current practice in skeletal pin site management. *J Orthop Nurs*, 10, 98-205
30. Santy J, Temple J. (2004). A critical review of two research papers on skeletal pin site care. *J Orthop Nurs*, 8: 3, 132-135
31. Sims M, Saleh M. (2000). External fixation – the incidence of pin site infection: A prospective audit. *J Orthop Nurs*, 4: 2, 59-63.
32. Sims M (1999) External Fixators. London: Royal College of Nursing Society of Orthopaedic Nursing Publication.,
33. Ward P. (1998). Care of skeletal pins: A literature review. *Nurs Stand*, 12: 39, 34-38
34. W-Dahl A, Toksvig-Larsen S, Linstrand A. (2003). No difference between daily and weekly pin site care: A randomised study of 50 patients with external fixation. *Acta Orthop*, 74: 6, 704-708
35. W-Dahl A, Toksvig-Larsen S. (2004). Pin site care in external fixation sodium chloride or chlorhexidine solution as a cleansing agent. *Arch Orthop Trauma Surg*, 124: 8, 555-558
36. Yılmaz C (2005). Yüksek cerrahi riski bulunan intertrokanterik femur kırıklı hastalarda eksternal fiksator uygulaması ve sonuçlarımız. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, İstanbul: Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
37. Yılmaz M (2000). Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

**“BYRD’IN HEMŞİRELER İÇİN ETİK DUYARLILIK TESTİ”NİN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

*THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE BYRD’S NURSING’ ETHICAL
SENSITIVITY TEST*

Yard. Doç. Fatma ORGUN Prof. Dr. Leyla KHORSHID

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Araştırma, Byrd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi’nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini ölçmek amacıyla yapılmıştır.

İzmir metropolünde yer alan beş hastanede (N=1873) görev alan hemşireler arasından tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 310 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

Byrd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi, 2006 yılında, Amerika’da, Byrd tarafından hemşirelerin etik duyarlılığını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Byrd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi, 10 maddelik likert tipi (1-3) bir ölçektir. En düşük toplam puan 10 ve en yüksek toplam puan 30’dur.

Byrd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi’nin Cronbach Alpha katsayısının .77 olduğu ve test-tekrar test korelasyonunun .96 olduğu ve güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. Byrd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi’nin Örtük Özellikler Kuramında yer alan test bilgi fonksiyonunda, ölçeğin test bilgi düzeyinin yüksek olduğu, bu doğrultuda da yetenek düzeyinin yüksek olduğu ve ölçeğin marjinal güvenilirlik katsayısı .79 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, Byrd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi’nin Türkiye’de hemşirelerin etik duyarlılıklarını incelemede geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilceği sonucuna varılmıştır. Türk toplumu için güvenilirlik ve geçerliği sınıanan “Byrd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi’nin hemşirelerin etik duyarlılığının araştırılmasında kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etik Duyarlılık, Geçerlik, Güvenirlik

ABSTRACT

The research has been made to test the validity and reliability of the Byrd’s Nursing’ Ethical Sensitivity Test (Byrd’s NEST) in Turkish form.

Among the nurses functioning in five hospitals located in Izmir metropolis (N=1873), a total of 310 nurses who were selected through stratified sampling method and who accepted to participate, were included in the scope of research.

Byrd's Nursing' Ethical Sensitivity Test is a tool developed by Byrd in USA in 2006 to measure the ethical sensitivity of the nurses. It is a likert type (1-3) of scale with 10 items. The lowest total score is 10 points and the highest is 30.

Byrd's Nursing' Ethical Sensitivity Test was determined that the Cronbach's Alpha coefficient was .77, its test-retest correlation was .96 and its reliability was also considerably high. In the test information function of the Byrd's Nursing' Ethical Sensitivity Test included in the "Latent Trait Theory", it was observed that scale had a higher test-information level and thus had a higher talent level and scale's marginal reliability coefficient was found as .79.

Consequently, it was concluded that Byrd's Nursing' Ethical Sensitivity Test (Byrd's NEST) can be reliably and validly used to examine ethical sensitivity of nurses in Turkey. Byrd's Nursing' Ethical Sensitivity Test (Byrd's NEST) which its reliability and validity was tested in Turkish population, can be recommended for use during investigating the ethical sensitivity of nurses.

Key Words: *Ethics Sensitivity, Validity, Reliability*

GİRİŞ

Hızlı toplumsal değişmelerin ve dolayısıyla toplumsal çalkantıların yaşandığı günümüzde insanlar, her alanda belirli ve genel "değer ilkeler"ine daha çok gereksinim duymaktadırlar (Kahraman, 2003). Bireyin ahlaki değer, yargı ve kararları ve bunlara yönelen eylemleri onun yaşama hazırlanışı, yönelimi, toplumsal ilişkileri ile diğer bir deyişle tüm yaşamı ile ilgilidir (Babadağ, 2001).

Günümüzde hemşirelik sürekli değişen, çok fazla öz eleştiri yapan ve kendini sürekli olarak gözden geçiren bir meslektir (Yeo, 2004), birey ve ailelere hizmet vermeyi amaç edinen toplumsal bir kurumdur. Toplumsal sorunlar ve yapıları sürekli değiştiği için hemşireliğin işlev ve rolleri de değişmektedir. İşlev ve rollerin değişmesine karşın, hemşirelik hizmetleri toplumun temel gereksinimlerine yanıt verme ilkesini sürekli olarak korumaktadır (Aytekin, 2000). Hemşirelik uygulamalarının temelini insan onuru, eşitlik, adalet, özgecilik (altruizm), gerçekçilik, özgürlük, dürüstlük, estetik değerleri oluşturmakta; etik ilkeler, kuram ve kurallar, etik karar verme yöntemlerini belirlemektedirler (Babadağ, 1997). Ayrıca; iş memnuniyetinin, motivasyon ve sorumluluğun, bilinçlilik veya bilinçsizliğin bu değerleri etkilediği belirtilmektedir (Horton&Tscudin&Forget, 2007).

Teknolojik ilerlemelerin neredeyse günlük olarak değiştiği bugünün sağlık hizmeti sistemindeki hemşireler çoğu zaman çözümlenmekte zorlandıkları etik ikilemlerle yüz yüze gelirler. Toplumun değerlerindeki ve kültürel normlarındaki temel değişikliklerin yanı sıra sağlık hizmeti araştırmalarındaki hızlı gelişmeler sağlık hizmeti sisteminin karmaşık etik konuları çözümlenme yeteneğinden daha hızlı ilerlemektedir (Aiken&Catalano, 1994).

Etik ikilem bakım/tedavi sunumu sırasında, hastanın değerleri ve beklentileri ile hemşire/hekimin değerlerinin ve kendisinden beklenenlerin çatışması ile oluşur. Hasta ile sürekli olarak iletişim halinde olan hemşirenin olası bir etik sorunu çabuk fark edebileceği öngörülmektedir (Tosun, 2005). Bilim ve teknolojideki ilerlemelerin birtakım değer sorunlarının ortaya çıkışına neden olması sağlık alanında etiğin önemini giderek arttırmaktadır (Karaöz, 2000). Bilimsel ve teknolojik ilerlemeler, ekonomik gerçekler, çoğulcu dünya görüşleri ve global iletişim nedeniyle, hemşirelerin içinde yaşadıkları toplumda, kendi bireysel yaşamlarında ve işlerinde önemli etik konuları göz ardı etmeleri kaçınılmazdır (Butts&Rich, 2008).

Etik ikilem ile karşılaşan hemşirelerin; bireysel değer ve inançlarına açıklık kazandırılması ve felsefesini geliştirmesi, yasalar ve profesyonel etik kodlar konusunda bilgi sahibi olması, etik ilkeleri sahiplenme gibi önemli stratejiler geliştirmesi, etik ikilemlerin yaşanması durumunda en doğru kararı verebilmesinde rehber olabilecek önemli faktörlerdir (Kanan, 1999).

Günümüzde, etik açıdan duyarlı ve ahlaki açıdan onaylanabilir bakım sunabilen hemşirelere çok büyük bir ihtiyaç olduğu görülmektedir. Etik ikilemlerle karşılaşan hemşirelerin karar alma sürecinin irdelenmesi, gelişmiş hasta bakımı ve olumlu hasta tepkileri sağlayan hemşirelik uygulamalarının ne olduğunun anlaşılması açısından önem taşımaktadır. Etik açıdan problemlerle karşılaşmalarında, hemşirelerin davranış biçimlerini nasıl seçtiklerinin anlaşılmasının, toplum sağlığının yükseltilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Dinç, 1994). Hemşirelerin etik karar alma sürecine ilişkin anlayış geliştirebilmenin bir yolu hemşirelerin etik duyarlılığını analiz eden bir psikometrik araç oluşturmaktır. Etik ikilemlerle karşılaşıldığında hemşirelerin etik duyarlılığını ölçebilecek araçlar henüz oluşturulmamıştır.

Profesyonel hemşirelik uygulamalarında, hasta bakımında etik duyarlılığın artırılması için hemşirelerin etik duyarlılığının anlaşılmasına gereksinim vardır, sonuç olarak hasta bakımının kalitesini arttırmak amacıyla böyle bir çalışmanın yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmüştür. Ayrıca, Ülkemizde etik ve sağlık hakları çerçevesinde varolan yakınmalar ve bu alanda yapılan çalışmalardaki sınırlılıklar dikkate alındığında sağlık hizmetinin bireye ve topluma doğrudan sunucularından biri olan hemşirelerin konuya bakış açılarını belirlemek yadsınamaz bir gereksinimdir.

Bu araştırma; "Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi"nin geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi amacı ile planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Byrd (2006) tarafından geliştirilen “Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi”nin geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacı ile metodolojik araştırma türüne uygun olarak yapılmıştır.

Araştırma, 01.11.2007-31.08.2008 tarihleri arasında yürütülmüştür. İzmir metropolünde bulunan bir üniversite, iki devlet (bir ikinci basamak ve bir üçüncü basamak), bir özel ve bir belediye hastanesinde çalışan (N:1873) ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler üzerinde uygulanmıştır.

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı, hatta ideal olan on katı olması gerektiği bilgisine dayanılarak 10 maddelik ve üçer seçenekli Byrd’ın Hemşireler için Etik Duyarlılık Testi (BHEDT)’nin madde sayısı X seçenek sayısı=30 olarak hesaplanmış ve en az 300 kişilik örneklem büyüklüğüne ulaşılması hedeflenmiştir (Baykul, 2000; Ebrinç, 2000; Erefe, 2002; Hayran& Özdemir, 1996; Küçükküçlü, 2004, Sümbüloğlu&Sümbüloğlu, 2002). Araştırma kapsamına alınan hastanelerde görev alan hemşireler arasından tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 310 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır:

1. Sosyodemografik Özellikler Veri Formu: Hemşirelerin özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacı ile araştırmacılar tarafından düzenlenen bireysel bilgi formu yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir düzeyi, hemşirelikteki eğitim seviyesi, hemşire olarak çalışma yılı, hangi klinikte çalıştığı, klinikteki görevi, hemşirelik alanındaki uzmanlığı, hemşirelik/tıp etiği ile ilgili herhangi bir eğitime katılma durumu ve etik ve etik duyarlılık kavramlarını bilme durumu değişkenlerine yönelik toplam 11 soru içermektedir.

2. Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT): Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi, 2006 yılında, Amerika’da, Byrd tarafından hemşirelerin etik duyarlılığını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır.

Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi, 10 maddelik likert tipi (1-3) bir ölçektir. Ölçek, hemşirelik uygulamalarındaki var olan etik ikilemleri kapsayan 10 senaryodan oluşmaktadır. Hemşirelikteki etik ikilemlere ait senaryoların her biri katılımcıların seçebileceği 3 tane çoktan seçmeli cevabı içermektedir. Her cevap etik duyarlılığın derecesini düşük, orta ve yüksek olarak puanlamaktadır. Ölçümcü güvenilirliğinin (bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum) kabul edilen güvenilirlik katsayısı .76 olarak bulunmuştur. Etik duyarlılığın düşük olduğunu

gösteren yanıtta 1 puan, etik duyarlılığın orta olduğunu gösteren yanıtta 2 puan ve etik duyarlılığın yüksek olduğunu gösteren yanıtta 3 puan verilmektedir (Tablo 1). En düşük toplam puan 10 ve en yüksek toplam puan 30'dur. Ayrıca ölçekte her senaryo için puanlama farklı yapılmaktadır ve bununla ilgili puanlama tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1: Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nin (BHEDT) Bireysel Madde Puanı ve Toplam Puanı

Etik Duyarlılık Derecesi	Madde Puanı	Toplam Puan
Düşük	1	10-16
Orta	2	17-23
Yüksek	3	24-30

Tablo 2: Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testinin Puanlaması

Etik Duyarlılığın Derecesi	Yüksek (3)	Orta (2)	Düşük (1)
1. 52 yaşında kanser tanısı alan bir bayan	C	A	B
2. 40 yaşında konuşulan dili bilmeyen göçmen bir erkek	A	B	C
3. 23 yaşında iş başvurusunda AIDS testi istenen erkek	C	B	A
4. İleri derecede demansı olan 95 yaşında bir kadın	C	B	A
5. Pediatrik yoğun bakım ünitesinde ajite olan 10 aylık bir kız çocuğu	B	C	A
6. CPR'a ihtiyacı olan orta yaşlı bir adam	B	C	A
7. Karın ağrısı yakınması ile acil servise başvuran 19 yaşındaki bir adam	C	A	B
8. Enjeksiyon gereksinimi olan 25 yaşında şizofreni tanısı olan bir kadın	B	A	C
9. Sağlık departmanında ağrısı olan bir çocuk	A	C	B
10. Düşük yapmaya uğraşan 16 yaşında bir kız	B	C	A

3. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) (Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ)

ADA, Kim Lutzen tarafından oluşturulmuş olup, Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde 1994 yılında (İsveç- Stokholm), öncelikle psikiyatri kliniğinde daha sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerde etik karar verme sürecinde gösterilen etik duyarlılığı belirlemek amacıyla kullanılmıştır. ADA ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini Tosun (2005) yapmıştır. Yapılan çalışmada ADA'nın Cronbach Alfa değeri .82 olarak bulunmuştur (Tosun, 2005).

ADA toplam 30 madde ve 6 alt boyuttan (Otonomi (10,12,15,16, 21,24,27. maddeler), Yarar Sağlama (2,5,8,25. maddeler), Bütüncü Yaklaşım (1,6,18,29,30. maddeler), Çatışma (9,11,14. maddeler), Uygulama (4,17,20,28. maddeler), Oryantasyon (7,13,19,22. maddeler) oluşan likert türünde bir ölçüm aracıdır. Alt boyutlarda yer almayan 3., 23., ve 26. maddeler Lutzen'in yaptığı faktör analizi sonucunda herhangi bir alt boyutun kapsamında yer almamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: ADA'nın Alt Boyut ve Toplam Potansiyel Puan Dağılımı

Alt Boyutlar	Minimum	Maximum
Otonomi	7	49
Yarar Sağlama	4	28
Bütüncü Yaklaşım	5	35
Çatışma	3	21
Uygulama	4	28
Oryantasyon	4	28
TOPLAM	30	210

Likert türünde bir kağıt kalem ölçeği olan ADA'da ifadelerin 1 puan (tamamen katılıyorum) ile 7 puan (hiç katılmıyorum) arasında derecelendirilmesi istenmiştir. 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir. ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210'dur. Düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise düşük duyarlılığı göstermektedir. ADA'nın alt boyut ve toplam potansiyel puan dağılımı Tablo 3'de görülmektedir (Tosun, 2005).

Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırmaya alınan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırma için sözlü izin alınmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Hemşirelere "Sosyodemografik Özellikler Soru Formu", "Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT)" ve "Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)" uygulanmıştır. Veriler, araştırmacının kendisi tarafından hemşirelerle yüzyüze görüşme yoluyla elde edilmiştir.

İlk uygulamadan altı hafta sonra 32 hemşireye test-tekrar test uygulaması yapılmıştır (Baykul, 2000; Ebrinç, 2000; Gözüm&Aksayan, 2002; Küçükçüklü, 2004).

Araştırma Kapsamına Alınan Hemşireleri Tanıtıcı Bilgiler

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin; %51.6'sının (n=160) 25-34 yaş grubunda, %57.1'inin (n=177) evli, %51.3'ünün (n=159) lisans mezunu ve %63.5'inin (n=197) gelirlerinin giderlerine denk olduğu bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin; %33.9'unun (n=105) 0-5 yıldır çalıştığı, %50.6'sının (n=157) dahili birimlerde çalıştığı, %72.6'sının (n=225) servis hemşiresi olarak çalıştığı, %89.4'ünün (n=277) herhangi bir dalda özel eğitim almadığı ve %53.2'sinin (n=165) hemşirelik / tıp etiği ile ilgili herhangi bir eğitim, kurs ya da panele katılmadıkları saptanmıştır.

Tablo 4: Hemşirelerin Etik ve Etik Duyarlılık Kavramlarını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

Etik ve Etik Duyarlılık Kavramlarını Bilme		SAYI (N)	YÜZDE (%)
Etik Tanımını	Doğru bilen	25	8.1
	Kısmen doğru bilen	174	56.1
	Yanlış bilen	31	10.0
	Yanıtsız	80	25.8
Etik Duyarlılığın Tanımını	Doğru bilen	50	16.2
	Kısmen doğru bilen	104	33.5
	Yanlış bilen	28	9.0
	Yanıtsız	128	41.3
TOPLAM		310	100.0

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin etik ve etik duyarlılık kavramlarını bilme durumlarına göre dağılımları tablo 4’de verilmiştir. Tablo 4 incelendiğinde; hemşirelerin %56.1’inin (n=174) “etik” ve %33.5’inin (n=104) de “etik duyarlılık” kavramlarını kısmen doğru tanımlayabildiği saptanmıştır (Tablo 4).

Verilerin Analizi ve Değerlendirilme Teknikleri

- Verilerin değerlendirilmesi, SPSS for Windows 13.0, Parscale for Windows 4.1 ve Multilog for Windows 7.0 programları kullanılarak yapılmıştır.
- *Ölçeğin Türkçe’ye uyarlamasında izlenen adımlar;*
- Ölçeğin dil geçerliğini test etmek için çeviri/tekrar çeviri ve ön test yöntemleri kullanılmıştır (Aksayan&Gözüm, 2002; Küçüküçlü, 2004).
- İçerik/kapsam geçerliğini test etmek için uzman görüşlerinin alınması yöntemine başvurulmuştur (Erefe, 2002).
- Dış ölçüt geçerliğinin sağlanmasında benzer ölçek olarak “Ahlaki Duyarlılık Anketi” kullanılmıştır. “Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi” puanları ile “Ahlaki Duyarlılık Anketi” puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısıyla belirlenmiştir.
- Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini test etmek amacıyla yapılan test tekrar test güvenilirliği için Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışması aşamasında iç tutarlılık analizi Cronbach Alpha Çözümlemesi teknikleriyle ve madde-toplam puan korelasyon tekniği ile incelenmiştir (Baykul, 2000; Erefe, 2002; Gözüm&Aksayan, 2002; Karasar, 1995).
- Ölçeğin örtük özellikler kuramına göre güvenilirlik analizleri (Madde ve test bilgi fonksiyonlarının analizi, madde güçlük parametresi) Parscale for Windows 4.1 programı kullanılarak yapılmıştır (Muraki&Bock, 1996).
- Ölçeğin örtük özellikler kuramına göre marginal güvenilirlik katsayısı Multilog for Windows 7.0 programı kullanılarak yapılmıştır (Thissen, 1992).

Araştırma Etiği

- Anketin Türkçe'ye çevrilip Türkiye'de uygulanması için ölçeğin sahibi olan Lisa Maria Byrd'den ve Dış ölçüt geçerliği için kullanılan "Ahlaki Duyarlılık Anketi"nin Türkçe uyarlamasını yapmış olan Hale Tosun'dan yazılı izin alınmıştır.
- Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan,
- Araştırmanın uygulanabilmesi için araştırma kapsamına alınan hastanelerden ve ön uygulamanın yapıldığı hastaneden yazılı izin alınmıştır.
- Araştırmaya dahil edilmek istenen hemşirelere araştırma ile ilgili sözlü bilgi verilmiş ve bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmak isteyen hemşirelerden sözlü onam alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bir ölçeğin farklı kültür ve dillerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik inceleme çalışmalarına "ölçek uyarlaması" denilmektedir (Aksayan&Gözüm, 2002). Ölçek uyarlamaları, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamakla geçireceği süreyi kısaltmaktadır. Ayrıca alanındaki kuramsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı zamanı arttırarak, araştırmacıya iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlamaktadır (Aksayan&Gözüm, 2002).

Duyarlı ölçmeler yapılabilmesi için nitelikli ölçme araçları kullanılmalıdır. Eğitim ve psikoloji alanlarında nitelikli ölçme aracı elde etmek amacıyla çeşitli kuramlar geliştirilmiş ve kullanılmıştır (Doğan&Tezbaşaran, 2003). Bunlardan en yaygın olanları klasik test kuramı (KTK) ve örtük özellikler kuramı (ÖÖK) / Madde – tepki kuramı (MTK)'dir (Çelen, 2008; Doğan&Tezbaşaran, 2003; Gelbal, 1994; Kan, 2006; Kaptan, 1994; Kelecioğlu, 2001; Yurdugül, 2008).

A. Klasik Test Kuramına Göre Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Ölçme aracının amaca hizmet etmesi, onun ölçmek istediği özelliği doğrulukla ölçmesiyle yakından ilişkilidir. Doğru ve güvenilir bir ölçüm yapamayan ya da doğru ölçüm yapıp, kullanılma amacına hizmet etmeyen bir ölçme aracının kullanılması uygun değildir. Bu durum ölçme araçlarının güvenirliliğinin ve geçerliğinin birlikte ele alınmasını gerekli kılar (Erkuş, 2003).

1. Geçerlik

Dil Geçerliği: Araştırmanın ilk aşamasında Türkçe'ye uyarlama çalışmaları için ölçeği geliştiren Byrd ile iletişim kurularak izin alınmış, dil geçerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Dil, bir

toplumun edinilmiş bir kültürel ögesidir ve aynı zamanda o toplumun tanımının bir parçasıdır (Eser, 2004). Test ve envanterlerin başka kültürlere çevrilmesi, farklı kültürlerdeki insanların başarı, tutum, kişilik ve diğer psikolojik özelliklerinin karşılaştırılması için yaygın bir yöntem olarak görülmektedir. Ancak bir ölçek veya envanterin bir dilden başka bir dile çevrilmesinin, çevrilen dildeki ölçekle asıl dildeki ölçeğin eşit olacağına garantisiz olmadığı vurgulanmaktadır (Deniz, 2007; Eser, 2004). Ölçek İngilizceyi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan 10 kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin, Türkçe çevirilerinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan son hali ana dili Türkçe olan ve bu konu hakkında ayrıntılı bilgi verilen, bağımsız dil bilimciler tarafından çeviri ve geri çevirisi yapılmıştır. Her iki metin karşılaştırılarak ifadelerde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Böylece ölçeğin son şekli oluşturularak dil geçerliği sağlanmıştır.

Ölçek maddelerinin Türkçe'ye çevirisi yapılırken hedef dildeki en uygun cümle yapısının, deyimlerin kullanılması, kültüre tamamen yabancı maddelerin değiştirilmesi gerekmektedir. Bu işlem sadece birebir çeviri değil, aynı zamanda uyarılmanın yapıldığını gösterir (Vural&Temel, 2007).

Yapılan bu çalışmada 2. senaryoda yer alan "Hasta İngilizce konuşmayı bilmiyor" ifadesi "Hasta Türkçe konuşmayı bilmiyor" şeklinde değiştirilerek kullanılmıştır. Bu da ölçeğin Türkçe uyarılması yapılırken birebir çevirinin yanında uyarılma çalışmalarının da yapıldığını göstermektedir.

İçerik (Kapsam) Geçerliliği: İçerik/kapsam geçerliliğini test etmede kullanılan mantıksal yollardan biri, uzman görüşüne başvurmaktır (Büyüköztürk, 2006; Tezbaşaran, 1997). Uzmandan beklenen, testin taslak formunda yer alan maddelerin kapsam geçerliliği bakımından değerlendirmesidir (Gözüm&Aksayan, 2002). Byrd'ın Hemşireler için Etik Duyarlılık Testi'nin oluşturulan Türkçe formu içerik geçerliliği açısından hemşire öğretim üyelerinden oluşan 10 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için, öncelikle uzmanlara çalışmanın amacı, ilgili değişkenleri, örnek grup özellikleri gibi araştırmaya ilişkin açıklamalar yapılmış ve Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Content Validity Index (CVI) kullanılarak (Erefe, 2002) araştırmacı tarafından geliştirilen bir dereceleme ölçütü konu ile ilgili on hemşire öğretim üyesine verilmiştir. Uzmanlar ölçek maddelerini ayırdedicilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk açısından incelemişlerdir.

Uzmanlardan alınan bulgular incelendiğinde; senaryolarda hiçbir madde 3 puanın altına düşmemiştir. Uzmanlar arasında görüş birliğine varılan ölçeğin ön uygulaması alanda çalışan ve araştırma kapsamına alınan kurumlar dışında başka bir kurumda çalışan 30 hemşireye uygulanmıştır. Ön uygulaması yapılan ölçeğin son şekli oluşturulmuş ve belirlenen örneklem grubuna uygulanmıştır.

Ölçüt Dayanıklı Geçerlik: Ölçüt dayanıklı geçerlikte genellikle önceden geçerli olduğu bilinen bir ölçek bulunur. Bu ölçütlere "dış ölçüt" denilmektedir (Tezbaşaran, 1997). Dış ölçütle geçerlik saptamada genellikle izlenen yol, her iki ölçeği aynı örneklem grubuna uyguladıktan sonra elde edilen iki puan dizisi arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır (Tezbaşaran, 1997). Bu çalışmada da, dış ölçüt geçerliği için "Ahlaki Duyarlılık Anketi" kullanılmıştır.

Tablo 5: Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT) Puanları İle Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanları Arasındaki Korelasyon

ADA		
	r	p
BHYEDT	-.402	.000**

Tablo 5'de araştırmaya alınan hemşirelerin Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT) puanları ile Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) puanları arasındaki korelasyonu görülmektedir. Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT) puanları ile Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p=0.000$). Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testinde yüksek puan yüksek etik duyarlılığı gösterirken, Ahlaki Duyarlılık Anketinde ise düşük puan yüksek etik duyarlılığı göstermektedir. Bu da iki ölçeğin puanları arasında yapılan korelasyonun ters yönde olmasının nedenini açıklamaktadır.

2. Güvenirlik

Ölçeğin taşınması gereken özelliklerden birisi olan güvenirlilik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (Ercan&Kan, 2004). Bir başka ifade ile; bir ölçeğin farklı zamanlarda, aynı kişilerde uygulandığında aynı sonuçları vermesi demektir (Ebrinç, 2000).

Bu bölümde "Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi"nin maddelerine verilen yanıtların sonuçları, iç tutarlık ve zamana göre değişmezlik analizlerine yönelik bulgular ve bulgulara ilişkin yorumlar yer almaktadır.

Tablo 6'da araştırmaya alınan hemşirelerin "Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi"nde yer alan 10 senaryoya verdikleri yanıtların madde puan ortalamaları ve standart sapma değerleri görülmektedir. Hemşirelerin, Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nde yer alan 10 senaryoya verdikleri yanıtların puan ortalamaları $1,8548 \pm ,86737$ ile $2,5161 \pm ,76624$ (min-max=1-3) arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puan ortalaması $22,0323 \pm 4,5033$ (min-max=10-30) olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6: Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testinin Madde Puan Ortalamaları

Madde No	T	Ss
Senaryo 1	2,4742	,65679
Senaryo 2	2,0258	,61742
Senaryo 3	2,2000	,96810
Senaryo 4	2,1065	,94078
Senaryo 5	2,5161	,76624
Senaryo 6	1,8548	,86737
Senaryo 7	2,1839	,77275
Senaryo 8	2,1387	,87585
Senaryo 9	2,2194	,68993
Senaryo 10	2,3129	,60912
TOPLAM	22,0323	4,5033

N=310

Tablo 7: Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testinin Madde Toplam Puan Korelasyonları

Madde No	Düzeltilmiş Madde Test Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Alpha Değeri
Senaryo 1	,450	,753
Senaryo 2	,550	,743
Senaryo 3	,393	,762
Senaryo 4	,474	,749
Senaryo 5	,401	,758
Senaryo 6	,439	,753
Senaryo 7	,393	,759
Senaryo 8	,385	,761
Senaryo 9	,503	,746
Senaryo 10	,496	,749
TOPLAM		,772

Tablo 7'de araştırmaya alınan hemşirelerin "Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi"nin madde toplam puan korelasyonları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ölçeğin madde toplam puan korelasyonları ,385 ile ,550 arasında değişmektedir. "Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi"nin genelinde Cronbach Alpha katsayısı ,772 olarak bulunmuştur. Byrd (2006)'ın çalışmasında ise, ölçeğin ölçümcü güvenilirliği hesaplanmış ve ,76 olarak bulunmuştur. Her iki çalışma sonuçlarının güvenilirlik katsayılarının benzer olduğu söylenebilir.

Güvenirlik, bir ölçme aracının hatalardan arınık olarak ölçme yapabilme yeterliğidir. Bu anlamda güvenilirlik katsayısı, ölçmelerdeki hatayı değil, hatasızlığı belirtir (Erkuş, 2003). Güvenirlik en iyi şekilde 0 dan 1'e kadar değişen (r) korelasyon katsayısı ile ifade edilir (Ebrinç, 2000; Erkuş, 2003). Güvenirlik katsayısı, bir testin aynı kişilere uygulandığında aynı sonuçları verme olasılığını belirtir. 1 rakamı tam uygun bir ilişkiyi gösterirken; 0 rakamı tesadüfi bir ilişkiyi gösterir. Literatürde 0.7 den daha küçük bir korelasyon katsayısı gösteren derecelendirme ölçeklerinin kullanılması önerilmemektedir (Ebrinç, 2000).

Bryd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nin cronbach alpha katsayısının .772 bulunmuş olması ölçeğin güvenilir ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 8: Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nin Test- Tekrar Test Korelasyonları

	Uygulama 2	
	r	p
Uygulama 1	.955	.000**

Tablo 8'de araştırmaya alınan hemşirelerin “Bryd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi”nin zamana karşı değişmezliğini ölçmek için yapılan test-tekrar test korelasyonları görülmektedir. Ölçeğin test-tekrar test korelasyonu .955 olarak bulunması ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (p=0.000).

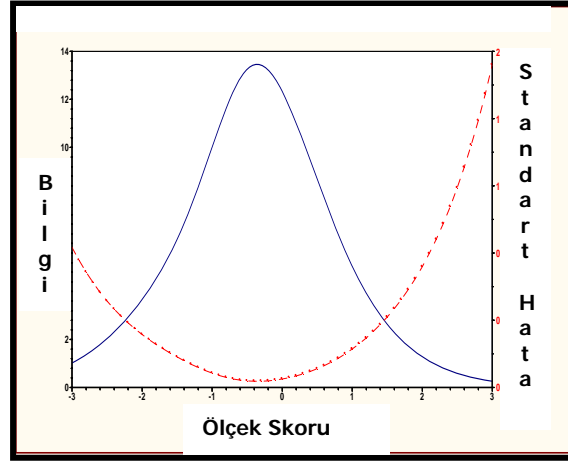
Bu yöntemde iki uygulama arasındaki aralığa dikkat çekmek gerekmektedir. Aralık kısa olduğu zaman birey ilk uygulamada hatırlayabildiği bazı bilgileri ikinci uygulamada kullanabilir. Bu nedenle, önerilen süreler genellikle iki-üç ile dört-altı hafta arasında değişmektedir (Baykul, 2000; Gözüm&Aksayan, 2002; Karasar, 1995). Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu saptamak için hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir. Bu sınır ölçekler için en az ,70'dir (Baydur&Eser, 2006; Gözüm&Aksayan, 2002).

Bu değerler dikkate alındığında, elde edilen korelasyon katsayısının .955 olması, ölçekten alınan puanların zamanla değişmediğini göstermektedir. Ölçeğin 6 hafta arayla uygulanmış olmasının sonucun güvenilirliğini arttırdığı söylenebilir.

B. Örtük Özellikler Kuramına Göre Güvenirlik Analizleri

Bu bölümde “Bryd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi”nin örtük özellikler kuramına göre güvenilirliğinin kestirilmesinde farklı tutum düzeyleri için yapılmış olan ölçmelerin doğruluğu hakkında bilgi veren madde bilgi fonksiyonlarından ve madde bilgi fonksiyonlarının toplamından oluşan test bilgi fonksiyonlarından yararlanılmıştır.

Örtük özellikler kuramı, bir bireyin gözlenebilen test performansı ile testteki performansının altında yatan gözlenemeyen özelliği veya yeteneği arasındaki ilişkiyi belirtir (Çetin, 2005). Burada; bireyin performansı, yetenek (Θ :Theta) faktörüyle belirlenmektedir ve bireyin performansı ile yetenek (Θ) arasındaki ilişki madde karakteristik fonksiyonu (MKF) adı verilen fonksiyonla ifade edilmektedir (Atılğan& Kan&Doğan, 2007).



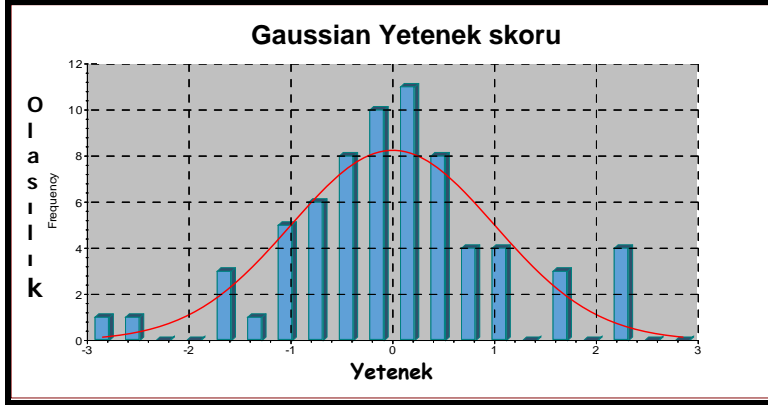
____ (Düz Çizgi): Test Bilgi Fonksiyonu
 (Noktalı Çizgi): Standart Hata

Grafik 1: Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nin Test Bilgi Fonksiyonu

Grafik 1'de Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nin Örtük Özellikler Kuramında yer alan test bilgi fonksiyonuna göre dağılım eğrisi görülmektedir. Grafik 1 incelendiğinde, ölçeğin test bilgi düzeyinin yüksek olduğu ve bu doğrultuda da yetenek düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Bilgi düzeyi ile yetenek doğru orantılı, standart hata ise ters orantılıdır.

Madde bilgi fonksiyonu, maddenin ölçtüğü yetenek düzeyi, bireylerin yetenek düzeyine eşit ya da yakınsa madde hakkında daha fazla bilgi verir. Madde bilgi fonksiyonlarının toplamı ise test bilgi fonksiyonunu vermektedir (Nartgün, 2002). Test bilgi fonksiyonunda bilgi düzeyi ile yetenek doğru orantılı, standart hata ise ters orantılıdır (Çetin, 2005; Nartgün, 2002). Bilgi fonksiyonunun değeri ne derece yüksek ise güvenilirliğin o derece arttığı kabul edilmektedir (Atılğan, Kan ve Doğan, 2007). Bu çalışmada da; test bilgi fonksiyonundan elde edilen bilgi düzeyi yüksek olduğu için yetenek düzeyinin de yüksek olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin etik duyarlılık yetenek düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nin test puanlarının Gaussian Histogramı'ndaki dağılım eğrisi incelendiğinde (Grafik 2); hemşirelerin elde ettikleri etik duyarlılık yetenek frekanslarının (teta- θ) histogramda normal dağılıma yakın bir dağılım gösterdiği görülmektedir.



Grafik 2: Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi Test Puanlarının Dağılımı

Örtük özellikler kuramında test bilgi fonksiyonunun bütün yetenek düzeylerinde tek biçimli (uniform) bir dağılım vermesi durumunda, her bir yetenek düzeyi için elde edilen test bilgi fonksiyonlarının ortalamasının alınması suretiyle tek bir güvenilirlik katsayısının (marginal güvenilirlik) elde edilmesi de mümkün görünmektedir (Nartgün, 2002).

Yapılan bu çalışmada da; test bilgi fonksiyonunun bütün yetenek düzeylerinde normale yakın bir dağılım gösterdiği Grafik 2'de görülmektedir. Dolayısıyla, bu çalışma verisi için marginal güvenilirlik katsayısı hesaplanabilmektedir.

Marjinal güvenilirlik katsayısı Multilog for Windows 7.0 programı kullanılarak hesaplanmış ve 0.79 olarak bulunmuştur. Bu katsayı farklı tutum düzeylerinin her biri için kestirilen güvenilirlik katsayılarının aritmetik ortalaması olarak kabul edilmektedir (Thissen, 1992). Bu açıdan, elde edilen marjinal güvenilirlik katsayısı ölçeğin bütünü için kestirilen bir güvenilirlik katsayısı olarak kabul edilebilir. Belirlenen katsayının yüksek olmasının ölçeğin güvenilir ölçme sonuçları verdiğinin bir göstergesi olabileceğini düşündürmektedir.

Test puanlarının analizinden sonra test maddelerinin örtük özellikler teorisine göre Model-veri uyumunun belirlenmesine yönelik olarak bir ve iki parametrelili kısmi puan modeline göre parametreleri kestirilmiştir.

Bir parametrelili kısmi puan modeline göre, Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nin tüm maddeleri ve toplamında model veri uyumu sağlanmıştır (Tablo 9). Maddelerin uyumlu olması bu ölçeğin kullanılabilir olduğunu göstermektedir.

İki parametrelili kısmi puan modeline göre ise, Byrd'in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nin 4. 7. 8. maddelerinin ve toplamının model veri uyumu vermediği görülmüştür. Bu nedenle bir parametrelili kısmi puan modeli bu çalışma verisi için daha iyi model veri uyumu sağlamaktadır.

Tablo 9: Bir Parametrelili Kısmi Puan Modeli

Madde	Eğim	Güçlük (konum) Parametresi	Standart Hata	Chi-Square	p
Senaryo 1	1	.983	.198	1.48709	0.480
Senaryo 2	1	.094	.193	0.15861	0.978
Senaryo 3	1	.419	.237	0.71353	0.870
Senaryo 4	1	.323	.226	0.39300	0.938
Senaryo 5	1	.604	.194	6.05474	0.107
Senaryo 6	1	.336	.182	3.26863	0.352
Senaryo 7	1	.375	.229	0.56791	0.902
Senaryo 8	1	.252	.229	1.84702	0.609
Senaryo 9	1	.497	.187	0.86744	0.835
Senaryo 10	1	.763	.213	4.08631	0.127
TOPLAM				19.44428	0.884

Madde ayırt edicilik parametreleri serbestçe ölçeklendiğinde model veri uyumunun sağlanamadığı, diğer taraftan sadece madde güçlük parametresinin kestirildiği bir parametrelili kısmi puan modelinin daha iyi model veri uyumu verdiği gözlenmiştir. Madde ayırt ediciliği parametresi örneklemden gelen sabit ve sistematik hata kaynaklarını yansıttığından model veri uyumu düşmektedir. Sadece bir parametre kestirildiğinde ise, deneklerin doğrudan yeteneklerinin bir fonksiyonu olarak madde güçlükleri elde edilmekte ve model veri uyumu artmaktadır.

Sonuç olarak; Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi'nin Türkçe formunun örtük özellikler kuramına göre parametreleri kestirilmek istendiğinde bir parametrelili kısmi puan modelinin kullanılmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Çünkü bu ölçeğin verilerinin iki parametrelili kısmi puan modelinde model-veri uyumunun sağlanamadığı saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, Byrd tarafından (2006) geliştirilen "Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT)"nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada klasik test kuramı ve örtük özellikler kuramına göre madde ve ölçek özellikleri arasındaki ilişkiler test edilmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT)'nin,
 - Madde puanlarının ortalamasının 22,0323±4,5033 olduğu,
 - Cronbach's alpha katsayısının .772 olduğu,
 - Test - tekrar test korelasyonunun ,955 olduğu ve güvenilirliğinin çok yüksek olduğu saptanmıştır.

- Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT)" puanları ile "Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)" puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (p=0.000).
- Bryd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi"nin örtük özellikler kuramına göre güvenilirliğinin kestirilmesinde;
 - Ölçeğin test bilgi düzeyinin yüksek olduğu ve bu doğrultuda da yetenek düzeyinin yüksek olduğu,
 - Etik duyarlılık yetenek frekanslarının (teta- θ) histogramda normal dağılıma yakın bir dağılım gösterdiği,
 - Marjinal güvenilirlik katsayısının .79 olarak bulunduğu saptanmıştır.
- Bu çalışma verisi için bir parametrelı kısmi puan modelinin model veri uyumunu sağladığı, iki parametrelı modele göre ise, Byrd'ın HEDT'nin 4. 7. 8. maddelerinin ve toplamının model veri uyumunu vermediği saptanmıştır.
- Sonuç olarak, Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT)"nin Türkiye'de hemşirelerin etik duyarlılıklarını incelemede geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilceği sonucuna varılmıştır.

"Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi (BHEDT)"nin geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre;

 - "Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi"nin hemşirelere yönelik etik duyarlılık araştırmalarında kullanılması
 - Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi"nin farklı bölgelerdeki hemşireler üzerinde denenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aiken TD, Catalano JT (1994). Legal, Ethical, and Political Issues in Nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company, 20-37.
2. Aksayan S, Gözüm S (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 4(1): 9-14.
3. Atılğan H, Kan A, Doğan N (2007). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ed. Hakan Atılğan. 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık, 335-340.
4. Aytekin T (2000). Hasta Hakları ve Hemşirelik. I. Uluslar arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Kongre Kitabı. 29 Ekim-Kasım 2000, Antalya, 129-131.
5. Babadağ K (1997). Hemşirelik Eğitiminde Bakım Kavramı ve Etik. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı). 10-12 Eylül 1997, Kıbrıs, 74-76.

6. Babadağ K (2001). Hemşirelik Eğitiminde Etik. I. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu. 19-22 Eylül 2001, Kapodokya, 27-36.
7. Baydur H, Eser E (2006). Uygulama: Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Psikometrik Çözümlemesi. Sağlıkta Birikim. 1 (2): 99-123.
8. Baykul Y (2000). Geçerlik, Güvenirlik, Eğitimde ve Psikolojide Ölçme, Klasik Test Teorisi ve Uygulaması. Ankara: ÖSYM Yayınları, 97,141-233.
9. Butts JB, Rich KL (2008). Nursing Ethics: Across the Curriculum and Into Practice. Second Edition. London: Jones and Bartlett Publishers, 1-12.
10. Büyüköztürk Ş (2006). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum. 6. Baskı. Ankara: PegemA Yayıncılık, 167-182.
11. Byrd LM (2006). Development of an Instrument to Identify the Virtues of Expert Nursing Practice: "Byrd's Nurses Ethical Sensitivity Test". The University of Southern Mississippi. Erişim Tarihi: 10 Haziran 2007. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3225213>.
12. Çelen Ü (2008). Klasik Test Kuramı ve Madde Tepki Kuramı Yöntemleriyle Geliştirilen İki Testin Geçerlik ve Güvenirliğinin Karşılaştırılması. İlköğretim Online. 7(3): 758-768. Erişim Tarihi: 20 Temmuz 2008 <http://ilkogretim-online.org.tr>.
13. Çetin B (2005). Geleneksel Yöntemle ve Eleme Yöntemi ile Puanlanan Çoktan Seçmeli Testlerin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
14. Deniz KZ (2007). Psikolojik Ölçme Aracı Uyarlama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 40 (1): 1-16.
15. Dinç L (1994). Hemşirelerin Etik Problemler Karşısındaki Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1 (1): 33-43.
16. Doğan N, Tezbaşaran AA (2003). Klasik Test Kuramı ve Örtük Özellikler Kuramının Örneklemeler Bağlamında Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 25: 58-67.
17. Ebrinç S (2000). Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri ve Klinik Çalışmalarda Kullanımı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10(2): 109-116.
18. Ercan İ, Kan İ (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (3): 211-216.
19. Erefe. İ (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Erefe İ (Ed.), Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset, 169-188.
20. Erkuş A (2003). Psikometri Üzerine Yazılar. 1. Basım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 36.
21. Eser E (2004). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültürel Uyarlaması. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir.
22. Gelbal S (1994). pMadde Güçlük İndeksi İle Rasch Modelinin b Parametresi ve Bunlara Dayalı Yetenek Ölçüleri Üzerine Bir Karşılaştırma. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 10: 85-94.
23. Gözüm S, Aksayan S (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürler Arası Karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 4(2): 9-20.
24. Hayran M, Özdemir O (1996). Bilgisayar, İstatistik ve Tıp. 2. Baskı. Ankara: MEDAR-Hekimler Yayın Birliği, 244-245.

25. Horton K, Tschudin V, Forget A (2007). The Value of Nursing: A Literature Review. *Nursing Ethics*, 14 (6): 717-740.
26. Kahraman N (2003). İlköğretim Müfettişlerinin Mesleki Etik İlkeleri Ve Bu Etik İlkelere Uyuma Düzeyleri. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı (Eğitim Yönetimi Ve Teftişi Programı) Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara,1-21.
27. Kan A (2006). Klasik Test Teorisine ve Örtük Özellikler Teorisine Göre Kestirilen Madde Parametrelerinin Karşılaştırılması Üzerine Ampirik Bir Çalışma. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2): 227-235.
28. Kanan N (1999). Ameliyathanede Etik Sorunlar. II. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu, 16-17 Eylül 1999, İzmir, 37-43.
29. Kaptan F (1994). Rasch Modeli Madde Parametrelerini Kullanarak En Yüksek Olabilirlik Yöntemleriyle Yeteneğin Kestirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10: 95-97.
30. Karaöz S (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4 (1), 1-8.
31. Karasar N (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 7. Basım. Ankara: Sim Matbaası, 147-153.
32. Kelecioğlu H (2001). Örtük Özellikler Teorisindeki b ve a Parametreleri ile Klasik Test Teorisindeki p ve r İstatistikleri Arasındaki İlişki. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20: 104-110.
33. Küçükgüçlü Ö (2004). Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, İzmir.
34. Muraki E, Bock RD (1996). PARSCALE (V 4.1) Parameter Scaling of Rating Data. Scientific Software International, Inc Chiago.
35. Nartgün Z (2002). Aynı Tutumu Ölçmeye Yönelik Likert Tipi Ölçek ile Metrik Ölçeğin Madde ve Ölçek Özelliklerinin Klasik Test Kuramı ve Örtük Özellikler Kuramına Göre İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara.
36. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (2002). Biyoistatistik. 10. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları, 251-255.
37. Tezbaşaran AA (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu 2. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 45-51.
38. Thissen D (1992). MULTILOG: Multiple Category Item Analysis and Test Scoring Using Item Response Theory (V 7.03). Scientific Software International, Inc, Chiago.
39. Tosun H (2005). Sağlık Bakımı Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İnkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul.
40. Vural BK, Temel AB (2007). Evliliğe Yönelik İnançlar ve Tutumlar: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türk Toplumuna İçin Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23 (2): 31-50.
41. Yeo M (2004). Integration of Nursing Theory and Nursing Ethics. In: Edit. Read PG, Shearer NC, Nicoll LH. *Perspectives on Nursing Theory. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins*,359-360.
42. Yurdugül H (2008). Ölçme Kuramında Temel Yaklaşımlar. Erişim Tarihi: 28 Temmuz 2008. http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Olcme_Kuramlar.pdf.

KLİMakterİK DONEMDEKİ KADINLARIN MENOPOZAL YAKINMALARI VE BAŞETME YÖNTEMLERİ

THE MENOPAUSAL COMPLAINING AND COPING SOLUTIONS IN THE CLIMACTERIC WOMEN

Duygu ALTUNBAY*

Yard. Doç. Mine YURDAKUL**

*10.Tanker Üs Komutanlığı İşçi Sağlığı Dispanseri

**MEÜ. Sağlık Yüksekokulu

5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresinde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur19-22 Nisan 2007, Ankara

ÖZET

Bu araştırma klimakterium dönemindeki kadınların menopozal yakınmalarını ve baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Mersin ili Merkez 3 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 40-60 yaş arası 361 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu kullanılmıştır. Veriler SPSS for Windows 10.0 paket programında yüzdeler, ortalama ve pearson ki-kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Kadınların %29.4'ü 45-49 yaş arasında, %83.1'i evli ve %56.5'i ilköğretim mezunudur. Ortalama menopoz yaşı 46 olarak saptanmıştır. Kadınlarda düzenli egzersiz yapma oranı %21.6'dır. Kadınların %54.3'ü menopoz hakkında hiç bilgi almamıştır.Kadınların %52.6'sı perimenopozal dönemde, %47.4'ü postmenopozal dönemdedir. Perimenopozal dönemdeki kadınların %75.3'ünün eklem kas ağrılarında, %63.2'sinin sinirlilik-gerginlikten yakındığı; postmenopozal dönemdeki kadınların ise %84.2'sinin eklem-kas ağrılarında, %71'inin cinsel ilgide azalmadan yakındığı görülmüştür. Yakınmalarla baş etme durumları incelendiğinde; eklem-kas ağrıları, sıcak basması-gece terlemeleri, iştah değişikliği, sık-ağrılı idrar yapma ve adet düzensizliği yakınması olan kadınların genellikle uygun baş etme yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte cinsel ilgide azalma, içe kapanma-ağlama, uykusuzluk-yorgunluk, çarpıntı ve ciltte kuruma yakınması olan kadınların genellikle bu sorunları gidermeye yönelik herhangi bir şey yapmadıkları, başağrısı olanlarda reçetesiz ilaç kullanımının yaygın olduğu saptanmıştır. Ayrıca tüm yakınmalarda sağlık personelinin yardım alma oranının düşük olduğu dikkati çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: klimakterium, menopozal yakınma, baş etme yöntemleri, hemşirelik, ebellek

ABSTRACT

This research was conducted as a descriptive study to evaluate the menopausal complaining and methods of coping of women in the climacteric period. The research sample included 361 women between 40-60 years of age who lived in district covered by Number 3 Public Health Clinic of Mersin Province. A questionnaire prepared by the investigator was used for data collection. Data were analyzed using percentage and Pearson Chi-square test with SPSS for Windows 10.0 packet programme. In the sample 29.4 % of the women were 45-49 years old, 83.1 % were married and 56.5 % were primary school graduates. The mean age for menopause was 46 years. The percentage of women who exercised regularly was 21.6 %. Over half of the women (54.3) had received no information about menopause. In the sample 52.6 % of the women were in the perimenopausal period and 47.4 % were postmenopausal. In the perimenopausal period 75.3% of the women complained of joint and muscle pain and 63.2 % of nervousness-tension, however in the postmenopausal period 84.2 % of the women had joint and muscle pain and 71% complained of a decrease in sexual interest. In the examination of coping with complaints, the women were found to use appropriate methods for coping with joint and muscle pain, hot flashes and night sweats, changes in appetite-gain weight, frequent-painful urination and irregular menstrual periods. The majority of the women with complaints of decrease in sexual interest, withdrawal-crying, sleeplessness-tiredness, palpitations and dry skin did nothing to relieve these problems and in those with complaints of headaches there was widespread use of non-prescription medication use. In addition it was noteworthy that the percentage of those requesting assistance from health care personnel for all of these complaints was low.

Key Words: Climacteric, menopausal complaining, coping solutions, nursing, midwifery

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, kronik hastalıklara yönelik tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve sosyal yapıdaki değişimler yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunmuştur. Ülkemizde kadınlar için doğumda beklenen yaşam süresi 2005 yılında 72,7 yıl, 2013 yılında 74.8 yıl iken 2030 yılında 76 yıl olacağı tahmin edilmektedir (DPT 2006, TÜİK 2007). Bu veriler, kadınların yaşamlarının yaklaşık üçte birini klimakterik dönemde geçirdiklerini ve 21.yy'da kadınlar için bu dönem ve yaşlılık dönemi sorunlarının daha da önem kazanacağını göstermektedir (Carey ve Rayborn 2006, Taşçı ve Saruhan 2006).

Klimakterium kadın yaşamının üreme dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan bir geçiş dönemidir. Klimakterik dönem sadece kadını etkileyen bazı fizyolojik değişikliklerin olduğu bir dönem değil aynı zamanda yakınmalar ve hastalık süreci ile aile ve toplumu da önemli ölçüde etkileyen sorunlu bir dönemdir (Taşkın 2005, Hotun 1998). Bu dönemde östrojenin çekilmesine bağlı olarak kadının vücudunda endokrin ve somatik değişiklikler olmakta ve bu değişimler hemen her sistemi ilgilendiren yakınmalara neden olmaktadır. Bu yakınmalar perimenopozal dönemde görülen siklus bozuklukları, vazomotor şikayetler, kas-iskelet

sistemi şikayetleri, ürogenital, emosyonel değişiklikler ve saç, deri, tırnak yapısında değişiklikler olarak sıralanabilir. Postmenopozal dönemde ise osteoporoz, kalp hastalıkları, meme ve genital sistem kanserleri kadın sağlığını tehdit etmektedir (Turfanda ve Topuz 2004, Hurt 1998, Speroff and Fritz 2007, Şirin 1995, Özkan 2008). Menopoz döneminde yaşanan sorunların şiddeti sosyokültürel faktörlerin yanı sıra, kadının menopoz ve yaşlanmaya karşı tutumu, eş ve çocukların desteği ve geçmiş yaşam deneyimlerinden etkilenebilmektedir (Karanisaoğlu 2000, Bayraktar ve Uçanok 2002, Huffman and Myers 1999). Bu bilgiler ışığında görülmektedir ki, kadın hayatının önemli bir kısmını kapsayan klimakterium dönemi birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Pek çok kadın bu sorunların önemini bilmemekte veya bu dönemin sıkıntıları ile etkili bir şekilde baş edememektedir. Günümüzdeki gelişmeler menopozal kadının yakınma ve olası risklerle baş etmesinde sadece medikal yaklaşımın yeterli olmadığını, multidisipliner sağlık bakımı yaklaşımının gerekli olduğunu göstermektedir (KSGM 2008). Klimakterik dönemde kadının tıbbi tedavi yanında, sistematik ve kapsamlı bir sağlık bakımı ve danışmanlığa gereksinimi vardır. Gelişmiş ülkelerde, kadınların klimakterik dönem ve bu döneme ait bakım, tedavi ve danışmanlık hizmetini yürüten menopoz merkezleri faaliyet göstermektedir. Ülkemizde de 1990'lı yılların başlarında menopoz klinikleri açılmıştır. Bu kliniklerin çalışmaları daha çok medikal yaklaşım çerçevesinde, menopoz şikayetleri ile başvuran kadınlara tanı ve tedavi uygulamakla sınırlıdır (Akan 1999, Ertüngealp ve Seyisoğlu 2000). Ebe ve hemşireler kadının bu dönemi nasıl algıladığını, onu etkileyen sosyo-kültürel özelliklerini, aile yaşantısını, cinselliğe ilişkin düşüncelerini, klimakterik döneme ilişkin bilgisini, fiziksel ve emosyonel değişikliklerini değerlendirerek, verecekleri sağlık hizmeti ile olası risklere karşı kadın sağlığını koruyup geliştirebilirler. Kadınların bu dönemdeki sağlık sorunlarını ve baş etme yöntemlerinin saptanması bakımın planlanması ve yönlendirilmesinde etkili olacaktır.

AMAÇ

Bu araştırma klimakterium dönemindeki kadınların menopozal yakınmalarını ve baş etme yöntemlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Evren ve Örneklem Seçimi; Araştırmanın evrenini Mersin İli Merkez 3 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 40-60 yaş arası 5556 kadın oluşturmuştur. Örneklem evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan formüle göre belirlenen 361 kadından oluşmuştur. Her mahalleden kaç kadın seçileceği ise tabakalı örneklem yöntemi ile saptanmıştır.

Verilerin Toplanması; Araştırma 01/03/2004–31/05/2004 tarihleri arasında ulaşılabilen ve araştırmayı kabul eden kadınlarla yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Anket formunda kadınların sosyo-demografik özelliklerinin, menopozla ilgili duygu ve düşüncelerinin, menopozal dönem şikayetlerinin ve baş etme yöntemlerinin araştırıldığı sorular yer almaktadır. Anket formu araştırma bölgesi dışında kalan bir bölgede 10 kadına ön uygulama yapılarak gerekli düzenlemelerden sonra kullanılmıştır. Menopozal dönemdeki yakınmaları saptamak amacıyla Türk kadınına özgü olarak geliştirilen Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL) kullanılmıştır. Hotun ve Coşkun tarafından 1996 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan MYTL 15 maddeden oluşmaktadır. Veriler, il sağlık müdürlüğünden yazılı izin alındıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla ev ziyaretlerinde yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veriler SPSS for Windows 10.0 paket programında yüzdelerle dağılım ve Pearson ki-kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan kadınların %29.4'ü 45-49 yaş grubunda, %83.1'i evli ve %87.5'i ev hanımıdır. Kadınların büyük çoğunluğunun (%87,8) sosyal güvencesinin bulunduğu ve %64'ünün dört ve daha fazla gebelik geçirdiği saptanmıştır. Kadınların %56.5'inin ilkökul mezunu iken, eşlerin %39'u ilkökul mezunu, %39'u lise ve üzeri eğitim almıştır. Araştırmada ortalama menopoz yaşı 46 olarak bulunmuştur. Türkiye geneli için menopoz yaşını tam olarak belirten bir veri bulunamamakla birlikte, Ergöl (1999) çalışmasında menopoz yaşını 46.26, Şanlıoğlu (2001) 48, Reis (1996) 45.3, Uptan (1999) ise 45.8 olarak saptamıştır. Bu sonuçlar bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Klimakterik dönem kadın hayatının önemli bölümünü kapsamaktadır. Bu dönemde kadının genel sağlık durumu, gerek menopozal semptomlar gerekse artmış olan kronik hastalıklar nedeniyle etkilenmektedir. Çalışmamızdaki kadınların %63,4'ünün kronik bir hastalığının olduğu, en çok görülen ilk beş hastalığın kas-iskelet hastalıkları, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diabet, ve kalp hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 51,8'inin kronik hastalık nedeniyle ilaç kullandığı saptanmıştır. Bu durumun çalışma grubumuzdaki kadınların menopozal yakınmalarını arttırabileceği ve yaşam kalitelerini etkilediği düşünülebilir.

Klimakterik kadının olumlu sağlık davranışlarının olması, gerek bu dönemin sorunları ile etkin bir şekilde baş etmesi gerekse sağlığın korunması ve geliştirilmesi için önemlidir (Kadayıfçı 2006). Anderson ve Posner (2002) 45-54 yaş arasındaki Avustralyalı kadınlarda düzenli egzersiz yapma oranını %61.1 olarak saptamıştır. Çıtıl ve ark (2007) 18

yaş ve üstü kadınlarda egzersiz yapma oranını % 15 olarak bulmuştur. Çalışmamızda ise, olumlu sağlık davranışlarından olan düzenli egzersiz yapma oranı %21.6 olarak saptanmıştır. Görüldüğü gibi düzenli egzersiz yapma oranı oldukça düşüktür. Bunun nedeninin kadınların egzersiz yapmaya gereken önemi vermemelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Klimakterik dönemde sağlığın korunması ve olası sağlık problemlerinin erken tanı ve tedavisi için kadınların düzenli sağlık kontrollerini yaptırmaları gerekmektedir. Biri ve ark (2005) yaptıkları çalışmada postmenopozal kadınların %33'ünün düzenli olarak sağlık kontrolüne gittiklerini saptamışlardır. Tabloda gösterilmemekle birlikte çalışmamızdaki kadınların sadece %19.7'si kontrol amaçlı sağlık kuruluşuna gitmektedir.

Tablo1: Kadınların Klimakterik Döneme İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Klimakterik Özellikler	Sayı	%
Klimakterik Dönem		
Premenopoz	171	47.4
Menopoz	19	5.2
Postmenopoz	171	47.4
Menopoz Hakkında Bilgi Alma		
Bilgi almamış	196	54.3
Doktor	138	38.2
Televizyon/gazete	19	5.3
Ebe/hemşire	4	1.1
Komşu/akraba	4	1.1
HRT		
Alan	21	5.8
Almayan	340	94.2
Menopoza Bakış		
Doğal bir yaşam olayıdır	187	51.8
Sıkıntı ve stresli bir dönemdir	92	25.5
Fikrim yok	82	22.7
Eşin Yaklaşımı*	n=300	
Doğal karşılayan	152	50.7
İlgilenmeyen	69	23.0
Bilmeyen	79	26.3
Toplam	361	100.0

Tablo 1'de araştırmaya alınan kadınların klimakterik döneme ilişkin bazı özellikleri gösterilmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %47,4'ünün premenopozal dönemde olduğu, %5,2'sinin en az bir yıldır menopozda ve %47,4'ünün postmenopozal dönemde olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların yarısından fazlasının klimakterik dönem hakkında bilgi almadıkları (%54.3), bilgi alan kadınların ise (%38.2) bu bilgiyi çoğunlukla doktordan aldıkları saptanmıştır. Kadınların sadece %1.1'i ebe/hemşireden bilgi almıştır.

Bezircioğlu ve ark. (2004) kadınların %56.8'inin menopoza hakkında bilgi almadığını, alanların %38.9'unun doktordan bilgi aldığını saptamışlardır. Ergöl (1999) araştırmasında kadınların %55.3'ünün menopoza yönelik bilgi almadıklarını ve bilgi alanların ise çoğunlukla bilgiyi (%42.2) doktordan aldıklarını saptamıştır. Dişçigil ve ark (2008) Muğla ve Aydın yöresinde yaptıkları araştırmada eğitim düzeyi yüksek olan kadınların %40'ının doktordan bilgi aldıklarını saptamıştır. Sonuçlarımız Bezircioğlu ve ark. (2004) ve Ergöl (1999), Dişçigil ve ark (2008) 'nın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ebe hemşireden bilgi alma düzeyi ise oldukça düşük bulunmuştur. Kadın sağlığının korunup geliştirilmesinde çok önemli görevleri olan ebe ve hemşirelerin bu görevlerini yeterince yerine getiremedikleri görülmektedir.

Sağlık eğitiminde kitle iletişim araçlarının önemli bir rolü vardır. Pan ve ark (2002) Tayvanlı kadınlarla yaptıkları araştırmada kadınların menopoza hakkında bilgiyi %43 oranında gazete ve magazin yayınlarından, %22 oranında arkadaşlarından, %8 aile üyelerinden aldıklarını saptamıştır. Grisso ve ark (1999) Amerikalı zenci ve beyaz klimakterik kadınlarla yaptığı araştırmasında beyaz kadınların menopoza hakkında bilgi almak için %70 oranında gazete ve televizyonu tercih ettiklerini, zenci kadınların ise %86 oranında aile üyelerini birincil kaynak olarak kullandıklarını saptamıştır. Dişçigil ve ark (2008)'nin çalışmasında kadınların menopoza hakkında en çok medyayı daha sonra sağlık personeli ve arkadaşlarını bilgi kaynağı olarak kullandıkları görülmektedir. Çalışmamızda kitle iletişim araçları veya arkadaşlarından bilgi alanların oranı literatüre göre düşük bulunmuştur. Toplum olarak okuma alışkanlığının yetersiz olmasının kadınların yazılı kaynakları kullanmamalarına yol açabileceği düşünölmektedir.

HRT menopozal yakınmaların hafifletilmesi ve kadının yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir yöntemdir (Eskin 2007, Dunitz 2002). Bu çalışmada HRT alma oranı %5.8 olarak saptanmıştır. Saka ve ark (2005) yaptıkları çalışmada HRT kullanma oranını %6.4, Bezircioğlu ve ark (2004) %4.8, Çıtıl ve ark (2007) %5.2, olarak saptamıştır. Bu sonuçlar bulgumuzla uyumludur. Yapılan bir çalışmada ise Tayvanlı kadınların %19.8 ve Avustralyalı kadınların ise %41.5 oranında HRT aldığı saptanmıştır (Fu ve Anderson 2003). Yapılan diğer farklı çalışmalarda Çinli kadınlarda %1.3'ü (Yang ve ark 2008), Malezyalı kadınlarda %24.4'ü (Dhillon ve ark 2008), Şilili kadınlarda %6'sı, (Jara ve ark 2009) , Fransız kadınların ise %41'i (Ageron ve ark. 2005) HRT tedavisi almaktadır. Ülkemizde HRT kullanma oranının dünyadaki pek çok ülkedeki kullanım oranına göre düşük olduğu görölmektedir.

Menopozun anlamı ve menopoz deneyimleri bireyin kültürel normlarına, sosyal etkilerine ve kişisel bilgilerine göre değişmektedir (Sharon 2002). Bauld ve Brown (2009) çalışmalarında Avustralyalı 45-55 yaş arası kadınlarda kötü menopozal semptomların fiziksel sağlığı ve

menopoza karşı tutumu olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki kadınların %51.8'i menopoza doğal bir yaşam olayı olarak ifade ederken, %25.5'i sıkıntı ve stresli bir dönem olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %22.7'sinin ise bu konuda fikrinin olmadığı saptanmıştır. Işık (2000) çalışmasında kadınların %70'i menopoza adetten kesilme olarak, %21.1'i ise sıkıntı ve hastalıkların başladığı bir dönem olarak tanımlamıştır. Güngör ve Oğuzöncül (2003) Elazığ'da yaptıkları araştırmalarında kadınların %70.4'ünün menopoza doğal bir süreç, %20.5'inin ise hastalık olarak kabul ettiklerini saptamışlardır. Bu sonuçlar bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Klimakterik dönemde kadının menopoza karşı tutumu kadar eşinin bu konuya yaklaşımı da önemlidir. Araştırma kapsamına alınan kadınlara eşlerinin menopoza karşı olan yaklaşımları sorulduğunda; %50.7'si eşinin menopoza doğal karşıladığını, % 23'ü eşinin ilgilenmediğini, %26.3'ü ise eşinin yaklaşımını bilmediğini ifade etmiştir. Eşlerin yaklaşık olarak yarısının klimakterik dönemdeki kadının sorunlarına karşı duyarısız oldukları görülmektedir.

Tablo 2: Kadınların Menopozal Yakınmalarının Dağılımı n=361

Menopozal Yakınmalar	Sayı	%
Eklem -kas ağrıları	287	79.5
Sinirlilik-gerginlik	225	62.3
Cinsel ilgide azalma*	187	62.3
Baş ağrısı-baş dönmesi	223	61.8
Adet düzensizliği	96	56.1
Uykusuzluk- yorgunluk	198	54.8
Sıcak basması-gece terlemesi	190	52.6
İştah değişikliği-kilo artışı	189	52.4
Çarpıntı	159	44.0
Kabızlık-hemoroid	136	37.7
İçer kapanma-ağlama	128	35.5
Sık sık ve ağrılı idrar yapma	114	31.6
Ciltte kuruma-pullanma	88	24.4
Cinsel ilişki sırasında ağrı*	59	19.7
Tüylene değişiklik	36	10.0

*Evli kadınlar yanıtlamıştır (n=300)

Tablo 2'de araştırma kapsamına alınan kadınların menopozal yakınmaları incelenmiştir. Kadınların %79,5'inin eklem-kas ağrısından, %62,3'ünün sinirlilik-gerginlikten, %62,3'ünün cinsel ilgide azalmadan, %61.8'inin baş ağrısı-baş dönmesinden yakındıkları belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %56.1'inin adet düzensizliği, %54.8'inin uykusuzluk-yorgunluk, %52.6'sının sıcak basması-gece terlemesi, %52.4'ünün iştah değişikliği-kilo artışı ve %44 oranında çarpıntı yakınmalarının olduğu belirlenmiştir. Düşük oranda ifade edilen yakınmaların ise cinsel ilişki sırasında ağrı (%19,7) ve tüylene değişiklik (%10) olduğu saptanmıştır.

Herhangi bir menopozal yakınması olmayan kadın bulunmamaktadır. Seçkin ve ark (1998) Ankara’da 41-70 yaş arasındaki kadınlarda yaptıkları araştırmada %82.3 kas-eklem-kemik ağrıları, %73.9 sıcak basması, %68.2 sinirlilik, %43.8 uykusuzluk, %33.1 başağrısı, %31.2 idrar problemleri ve %20.7 disparoni saptamışlardır. Saka ve ark (2005) ise menopoz dönemindeki kadınlarda en sık ifade edilen yakınmaları sıcak basması (%65.1) sinirlilik (%63.3), çarpıntı (%55.3), uykusuzluk-yorgunluk (%50) olarak belirlemiştir. Bu sonuçlar bulgularımızla benzerlik göstermekle birlikte eklem-kas ağrıları, sinirlilik, cinsel ilgide azalma ve sıcak basması yakınmalarının yüksek oranda olduğu görülmüştür.

Klimakterik evrede görülen yakınmalar menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemlerde değişkenlik gösterebilmektedir. Yapılan bu çalışmada sıcak basması-gece terlemeleri postmenopozal dönemde perimenopozal döneme göre yüksek bulunmuştur. Juang ve ark (2005) Tayvanlı kadınlarla yaptıkları araştırmada postmenopozal dönemde sıcak basması-gece terlemeleri yakınmasının perimenopoz dönemine göre anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışmamızda eklem-kas ağrıları postmenopozal dönemde perimenopozal döneme göre daha yüksek oranda (%84.2) saptanmış ve gruplar arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (p<0.05). Biri ve ark (2005) postmenopozal dönemdeki kadınlarda eklem-kas ağrılarının premenopozal dönemdeki kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Olofsson ve Collins (2000) İsveçli kadınlarda vazomotor semptomların ve eklem-kas ağrılarının postmenopozal dönemle ilişkili olduğunu saptamışlardır. Tortumluoğlu (2003), Soares (2008) ve Tangen (2008) araştırmalarında benzer sonuca ulaşmıştır. Sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Tablo 3: Menopozal Yakınmaları Olan Kadınların Uyguladıkları Baş Etme Yöntemlerinin Dağılımı

Menopozal Yakınmalar	Baş Etme Yöntemleri*	Sayı	%
Eklem-Kas Ağrıları (n=287)	Diyette süt ve yoğurt tüketmek	179	62.3
	Ağrı kesici kullanmak	165	57.4
	Herhangi bir şey yapmamak	123	42.8
	Sağlık personelinin yardım almak	98	34.1
	Egzersiz yapmak	81	28.2
Sinirlilik-Gerginlik (n=225)	Öfkeyi yakınlarına yöneltmek	144	64.0
	Ağlamak	120	53.3
	Herhangi bir şey yapmamak	54	24.0
	Yürüyüşe çıkmak	47	20.8
	Sigara içmek	39	17.3
	Sağlık personelinin yardım almak	31	13.7
Baş ağrısı- Baş dönmesi (n=223)	Fazla yemek	18	8.0
	Reçetesiz ağrı kesici kullanmak	124	55.6
	Herhangi bir şey yapmamak	63	28.2
	Dinlenmek	53	23.7
	Sağlık personelinin yardım almak	49	21.9
Yorgunluk ve stresten uzak durmak	17	7.6	

Uykusuzluk-Yorgunluk (n=198)	Herhangi bir şey yapmamak	115	58.0
	Gün içinde dinlenmek	45	22.7
	Sağlık personelinden yardım almak	44	22.2
	Uyku öncesi televizyon seyretmek	20	10.1
	Çay veya kahve içmeyi azaltmak	6	3.0
	Uyku saatlerini düzenlemek	5	2.5
Sıcak Basması- Gece terlemesi (n:190)	Rahatlama hareketleri	187	98.4
	Sağlık personelinden yardım almak	29	15.2
	Uygun beslenmek	20	10.5
	Het Herhangi bir şey yapmamak	3	1.5
İştah Değişikliği- Kilo Artışı (n=189)	Uygun beslenmeye özen göstermek	176	93.1
	Herhangi bir şey yapmamak	69	36.5
	Egzersiz yapmak	26	13.7
	Sağlık personelinden yardım almak	7	3.7
Cinsel İlgide Azalma (n=187)	Herhangi bir şey yapmamak	108	57.7
	Eşi istediğinde cinsel ilişkiye girmek	100	53.4
	Eş ile daha çok vakit geçirmek	36	19.2
	Sağlık personelinden yardım almak	4	2.1
Çarpıntı (n=159)	Herhangi bir şey yapmamak	106	66.6
	Dinlenmek	32	20.2
	Çay, kahve, sigarayı azaltmak	26	16.3
	Sağlık personelinden yardım almak	4	2.5
Kabızlık-Hemoroid (n=136)	Bitkisel ürünler kullanmak	55	40.4
	Uygun beslenmek, bol su içmek	47	34.5
	Herhangi bir şey yapmamak	45	33.0
	Sağlık personelinden yardım almak	34	25.0
	Egzersiz yapmak	8	5.8
İçe kapanma-Ağlama (n=128)	Biriyle konuşmak	59	46.0
	Herhangi bir şey yapmamak	44	34.3
	Elişi yapmak	43	33.5
	Yürüyüşe çıkmak	34	26.5
	Sigara içmek	17	13.2
	Stresten uzak durmak	12	9.3
Sık ve Ağrılı İdrar Yapma (n=114)	Sağlık personelinden yardım almak	9	7.0
	Sağlık personelinden yardım almak	48	42.1
	Herhangi bir şey yapmamak	39	34.2
	Daha çok sıvı tüketmek	20	17.5
	Sıvı alımını kısıtlamak	9	7.8
	Sıcak uygulama yapmak	6	5.2
Adet düzensizliği (n=96)	Sağlık personelinden yardım almak	62	64.5
	Herhangi bir şey yapmamak	34	35.5
Ciltte Kuruma-Pullanma (n=88)	Herhangi bir şey yapmamak	50	56.8
	Nemlendirici kullanmak	27	30.6
	Bol su içmek	19	21.5
	Sağlık personelinden yardım almak	2	2.2
Cinsel İlişki Sırasında Ağrı (n=59)	Cinsel ilişkiye girmekten kaçınmak	36	61.0
	Herhangi bir şey yapmamak	26	44.0
	Eş ile paylaşmak	25	42.3
	Sağlık personelinden yardım almak	7	11.8
Tüülenmede Değişiklik (n=36)	Herhangi bir şey yapmamak	29	80.5
	Cilt bakımı yapmak	7	19.5

* Birden fazla seçenek belirtildiği için n katlanmıştır.

Tablo 3'de görüldüğü gibi eklem-kas ağrıları yakınması olan kadınlar %62.3 oranında süt-yoğurt tüketmekte, %57.4 oranında ağrı

kesici kullanmakta, %28.2 oranında ise egzersiz yapmaktadır. Bu sorun için sağlık personeline başvurmak, kalsiyum kullanmak gibi yöntemler %34.1 iken herhangi bir şey yapmama oranı %42.8 olarak saptanmıştır. Klimakterik dönemde osteoporozla bağlı olarak gelişen kas-eklem ağrıları ile baş etmede uygun beslenme, kalsiyum ve D-vitamini desteği, güneşlenme, zorlayıcı fiziksel hareketlerden kaçınma, masaj uygulaması, egzersiz, sıcak uygulamalar, kontrollü kas gevşetici kullanımı, kemik dansitesi ve HRT için sağlık personelinin yardım alma gibi yöntemler uygulanabilir (Kadayıfçı 2006, Yücesoy ve Çakıroğlu 2007). Kaya ve ark (2003) kadınlarda günlük alınan gıdalar ve spor yapma gibi yaşam tarzı değişkenleri ile osteoporoz arasında anlamlı ilişkinin olduğunu saptamıştır. Yapılan çalışmalar kalsiyum ve D vitamini desteğinin, soya ve kırmızı yonca otunun (red clover) yaşam kalitesine olumlu katkısının olduğunu göstermektedir (Başaran ve ark 2006, Cranney ve ark 2007, Geller 2006). Chiravatkul ve ark.(2000) Taylandlı kadınların menopozal yakınmaları için alternatif yöntemleri daha çok kullandıklarını, kas-eklem ağrıları için sıcak buhar banyoları, masaj, soya sütü gibi yöntemleri uyguladıklarını saptamıştır. Çalışmamızda eklem kas ağrısı yakınması ile baş etmek için kadınların genellikle doğru uygulamalar yaptıkları fakat egzersiz yapma ve sağlık personelinin yardım almaya daha fazla önem vermeleri gerektiği söylenebilir. Ergöl'ün 1999 sonuçları da bulgularımızı desteklemektedir.

Sinirlilik-gerginlik yakınması olan kadınların %64'ü öfkelerini yakınlarına kızarak, seslerini yükselterek yansıttıklarını, %53.3'ü ise sinirli olduklarında ağladıklarını belirtmiştir. Herhangi bir şey yapmayanların oranı ise %24 olarak saptanmıştır. Klimakterik dönemde hormon değişimleri ve psikososyal nedenler kadının ruh durumunu etkilediğinden emosyonel iyilik halini arttıran davranışların uygulanması gereklidir. Bu amaçla stres kontrolü, gevşeme ve solunum teknikleri, açık havada yürüyüş ya da egzersiz, uygun iletişim tekniklerinin öğrenilmesi, hobi edinme, duyguları paylaşma, yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanması, vazomotor sıkıntılarla başetme, HRT kullanımı ve psikolojik destek için sağlık personelinin yardım alınması uygun baş etme yöntemleridir. Güney Çinli kadınlar menopozal sıkıntıları ile baş etmek için %29 oranında sağlık bakımı almaktadır (Yang 2008) Basworth (2003) 45-54 yaş arası kadınlarda stres ile sıcak basmaları-gece terlemeleri, uykusuzluk ve duygu dalgalanmaları arasında anlamlı ilişki olduğunu ve stresle baş etme yöntemlerinin (gevşeme, sosyal destek gibi) yakınmaları azalttığını saptamıştır. Juang ve ark (2005) perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda sıcak basması ile anksiyete, depresyon ve uykusuzluk arasında anlamlı ilişki saptamıştır. Anderson ve Posner (2002) 45-55 yaşlar arasındaki kadınlarda HRT kullananların kendilerini daha mutlu ve enerjik hissettiklerini saptamıştır. Chedraui ve ark (2009) HRT veya antidepresan kullanmayan ıspanyol kadınlarda menopozal semptomların şiddeti ile depresif semptomlar ve eş

faktörünün anlamlı ilişkisi olduğunu özellikle depresif ruh halinin perimenopozal dönemde daha şiddetli olduğunu saptamıştır. Chiravakkul ve ark. (2002) çalışmasında kadınların sakinleşmek için dua etme, ibadet, meditasyon ya da geleneksel çin ilaçlarına başvurma gibi yöntemler kullandığını belirtmiştir. İzmir’de yapılan bir çalışmada kadınların psikolojik sıkıntıları için dua okuma davranışında buldukları, stresle başa çıkma düzeylerinin oldukça yetersiz olduğu saptanmıştır (Araz 2007). Erci ve Tortumluoğlu (2003) klimakterik kadınlarda stres yönetimi davranışı ile sinirlilik-gerginlik yakınması arasında anlamlı ilişki saptamıştır. Çalışmamızda sinirlilik-gerginlik yakınması için kadınların etkisiz baş etme yöntemlerini ağırlıklı olarak uyguladıkları, stresle başa çıkma, öfke kontrolü mekanizmalarını yeterince kullanmadıkları düşünülmektedir. Ayrıca bu yakınma ile baş etmede sigara içme yüksek bulunmuştur. Sigaranın sağlık üzerine tüm yaş gruplarında olumsuz etkisi bilinmektedir. Özellikle klimakterik dönemde sigara kullanımı osteoporoz ve kalp sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Kadınların psikolojik rahatlama için sigaraya başvurmaları tamamen olumsuz bir baş etme yöntemidir.

Araştırma grubundaki kadınların başağrısı-başdönmesi yakınması için %55.6 oranında ağrı kesici kullanmayı tercih ettikleri görülmektedir. Ayrıca kadınların %28.2’sinin herhangi bir şey yapmadıkları ve %21.9 oranında ise sağlık personeline yardım aldığı belirlenmiştir. Çok azının (%7.6) yorgunluk ve stres gibi somatik ve emosyonel rahatsızlıklara yol açan faktörlerden kaçındıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar kadınların alternatif yöntemleri yeterince kullanmadıklarını, reçetesiz ilaç kullanmayı daha çok tercih ettiklerini göstermektedir.

Klimakterik dönemde görülen uyku sorunlarını azaltmada, uykusuzluk nedenlerinin araştırılması, sağlık personeline yardım alınması, masaj, sık ılık duş alma, egzersiz yapma, uyku öncesi ılık süt içme, yoğurt yeme, kediotu, çarkıfelek otu (passiflora), papatya çayı, melisa çayı, şerbetçiotu içme gibi yöntemler kullanılabilir. HRT veya soya ürünlerinin sıcak basma şikayetini azaltacağından uyku kalitesini olumlu etkileyebileceği bildirilmektedir (McBane 2008, DiJulio ve ark 2007, Lowdermilk ve Shannon 2004, Krystal 1998, Lota ve ark 2004, Şen ve Sevil 2008). Çalışmaya alınan kadınlarda uykusuzluk-yorgunluk yakınması olanların %58’i bu sorun için herhangi bir uygulama yapmadığını belirtmiştir. Kadınların %22.7’sinin gün içinde uyuduğu, %22.2’si ise sağlık personeline yardım aldığı saptanmıştır. Kadınların uyku kalitesini artırıcı davranışları yeterince uygulamadıkları saptanmıştır. Bulunan sonuçlar çalışmamızdaki kadınların bu sorun ile etkili bir şekilde baş edebilmelerinde bilgi gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir.

Sıcak basması-gece terlemesi yakınması ile baş etmek için kadınların %98.4’ü rahatlama hareketlerinde bulunduğunu belirtmiştir. İnce giysiler giymek, duş almak, ortam değiştirerek kendini serinletme

vb ifadeler rahatlama hareketleri olarak gruplandırılmıştır. Bu yakınma ile baş etmek için sağlık personelinin yardım alanların oranı ise %15.2'dir. Vazomotor yakınmalardan olan sıcak basması-gece terlemeleri ile baş etmede düzenli egzersiz yapılması, uygun beslenme, E vitamini preparatlarının alınması, stres kontrolü, gevşeme-solunum tekniklerinin kullanılması, HRT, fitoestrogen içeren beslenme şekli, bitkisel otlardan yararlanma, uygun giyinme, sık duş alma gibi yöntemler etkili olabilmektedir. Buna karşın aşırı yorgunluk, fazla aktivite, sigara, kafein, yağlı ve baharatlı yiyecekler ve çevresel faktörlerin sıcak basmalarının artmasında uyarıcı rolleri vardır (Blümel ve ark 2004 ,Brockie 2005). Karaçam ve Şeker (2007) gevşeme tekniklerini kullanmayan, yetersiz ve dengesiz beslenen ve çay kahve alışkanlığı olan kadınlarda menopozal sıkıntıların daha fazla yaşandığını belirtmişlerdir. Erzurum'da yapılan bir çalışmada sıcak basması yakınması olan kadınların çoğunlukla bitkisel karışımlardan (maydonoz tohumu, çörek otu, papatya çayı, ısırgan otu gibi) faydalandıkları saptanmıştır Pasinlioğlu ve Tortumluoğlu (2003). Pasinlioğlu ve Tortumluoğlu (2003)'nun çalışmalarında belirttiğine göre Morelli ve Naquin (2002) egzersiz ve soya ürünlerinin vazomotor yakınmaları azaltmada etkili olduğunu saptamıştır. Çalışma grubumuzdaki kadınların sıcak basması-gece terlemesi şikayetleri ile baş etme durumlarının genellikle iyi olduğunu görülmektedir. Kadınların bu sorunu normal yaşlanma sürecinin bir parçası olarak gördükleri ve rahatlama davranışlarını çoğunlukla sıcak basması nöbetleri sırasında kullandıkları, düzenli egzersiz yapma, stresi azaltma gibi diğer baş etme yöntemlerini uygulama konusunda ise yetersizliklerinin olduğu dikkati çekmektedir.

Klimakterik dönemdeki kilo artışı birçok kronik hastalık için risk faktörüdür. Bu nedenle kilo kontrolü kalp sağlığı, diyabetten korunma ve olumlu benlik değeri için gereklidir. Bu amaçla kilo yapan gıdalardan uzak durmak, yeterli sıvı alımı, doymuş yağ tüketiminin azaltılması, düzenli egzersiz yapılması, uygun bir diyet programına uyulması ve düzenli sağlık kontrolü uygulanması gereken davranışlardır (Amore ve ark. 2004, Newton ve ark 2002). Çalışmadaki kadınlarda, iştah değişikliği-kilo artışı olanların %93.1'i uygun beslenmeye özen göstererek ve %13.7'si egzersiz yaparak etkili baş etme yöntemlerini uyguladıkları söylenebilir. Herhangi bir şey yapmayanların oranı %36.5, sağlık personelinin yardım alanların oranı (%3.7) ise çok düşüktür Buna göre kadınların kilo artışı için, uygun beslenmeye egzersizden daha çok önem verdikleri söylenebilir. Pasinlioğlu ve Gözüm (1998) yaptıkları çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından en çok beslenmenin en az ise egzersizin uygulandığını saptamıştır. Klimakterik kadınlarda cinsel ilgide azalma ve ağırlı cinsel ilişki başta gelen problemlerdendir (Palacios 2002). Özkan ve Alataş (2004) postmenopozal kadınlarda cinsel istekte ve cinsel ilişki sıklığında azalma olduğunu, %14.3 oranında ağırlı ilişkiden yakındıklarını saptamışlardır. Bu dönemde cinsel sorunlarla baş etmede düzenli egzersiz, sağlıklı diyet ile ideal kilonun

sağlanması, hastalıklardan korunma, eşlerin bu sorunu paylaşmada birbirleri ile açık iletişimde bulunmaları, HRT'nin vajinal kuruluğu ve libidoyu olumlu etkilemesi nedeniyle sağlık personelinin yardım alınması, sağlık sorunları için tedavi yollarının aranması, fitoöstrojenlerin alımı, hijyenin sağlanması, danışmanlık alınması, düzenli olarak cinsel aktivitenin sürdürülmesi, Kegel egzersizleri, masaj ve aromaterapi gibi yöntemler uygulanmalıdır (Oskay 2004, Dhillon 2005, McCoy 2002, Kömürcü ve Yıldız 2009). Cinsel ilgide azalma yakınması olan kadınların %57.7'sinin herhangi bir şey yapmama ve %53.4'ünün ise eşi istediğinde ilişkiye girme davranışlarında bulunduğu saptanmıştır. Sağlık personelinin yardım alanların oranı ise oldukça düşüktür (%2.1). Çalışmamızda cinsel ilişki sırasında ağrı yakınması olan kadınların %44'ünün ise herhangi bir şey yapmadıkları sadece %11.8'inin sağlık personelinin yardım aldıkları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada 40-75 yaş grubu kadınların cinsel problemleri için yardım alma oranı %24 olarak saptanmıştır (Arslan ve Altınsoy 2005). Bu sonuçlar cinsel sorunların toplumumuzda tabu olarak kabul edilmesi ve sağlık personelinin cinsel problemleri yeterince sorgulamaması ile ilişkilendirilebilir. Genellikle kadınların cinsel problemleri ile etkili baş edemedikleri görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da klimakterik dönemde cinsel problemi olan kadınların bu sorunun çözümüne yönelik herhangi bir uygulama yapmadıkları saptanmıştır (Ergöl 1999 Pasinlioğlu ve Tortumluoğlu 2003). Bu bulgular cinsel sorun yaşayan kadınların yardım almadaki yetersizliklerini göstermektedir.

Çarpıntı yakınması olan kadınların %66.6'sının herhangi bir şey yapmadığı saptanmıştır. Çay, kahve ve sigarayı azaltanların oranı ise düşük (%16) bulunmuştur. Kadınlar çarpıntıları olduğunda dinlendiklerini (%20.2) belirtmiştir. E vitamini çarpıntı şikayetlerini azaltabilmektedir (Şen ve Sevil 2008). Kadınların sadece %2.5'i bu yakınmaları için sağlık personelinin yardım almıştır. Kadınların çarpıntı yakınması ile etkili baş edemedikleri söylenebilir.

Kabızlık-hemoroid yakınması olan kadınların %40.4'ü sinameki, keten tohumu gibi bitkisel ürünlerden yararlandıkları, %34.5 oranında ise sebze, meyve, kuru kayısı, bol su içme uygun beslenme yöntemlerinden yararlandıkları saptanmıştır. Kadınların %33'ü herhangi bir şey yapmadığını, %25'i sağlık personelinin yardım aldığını belirtirken bu sorun için egzersiz yapanların oranı düşük (%5.8) bulunmuştur. Kadınların bu sorunla genellikle etkili baş ettikleri ancak fiziksel aktiviteye yeterince önem vermedikleri söylenebilir. Yapılan bir çalışmada da kadınların kabızlık için çoğunlukla bitkisel ürünler ve uygun beslenme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (Pasinlioğlu ve Tortumluoğlu 2003). Bu sonuç çalışmamız ile uyumludur.

Menopozal dönemde anksiyete ve depresif ruh hali durumunda artma olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Tangen 2008, Soares 2008). Bu sorunla baş etmek için egzersiz, rahatlama teknikleri ile birlikte

sarı kantaron, jinseng, ginko bloba ekstreleri gibi tamamlayıcı tedavilerin etkili olduğu bildirilmektedir. (Şen ve Sevil 2008) Araştırmamızda içe kapanma-ağlama yakınması olan kadınların %46'sı biriyle konuşarak rahatladıklarını belirtmiştir. Kadınların %34.3'ü ise herhangi bir şey yapmama, %13.2'si sigara içme davranışında bulunarak uygun olmayan baş etme yöntemleri uygulamaktadır. Kadınların el işi yapma (%33.5), yürüyüşe çıkma (%26.5), stresten uzak durma (%9.3), sağlık personelinde yardım alma (%7) gibi uygun baş etme yöntemlerini uyguladıkları saptanmıştır. Düşük oranda da olsa sigara içme davranışı burada da etkisiz ve zararlı bir yöntem olarak göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda sık ve ağrılı idrar yapma yakınması olan kadınların %42.1'i sağlık personelinde yardım alarak, %17.5'i daha çok sıvı tüketerek, %5.2'si sıcak uygulama yaparak bu sorunları ile baş etmektedir. Kadınların bu konuda genellikle uygun baş etme yöntemlerini uyguladıkları söylenebilir.

Klimakterik dönemde foliküler yetmezlik sonucu siklus bozuklukları görülmektedir. Bu düzensizlikler yaklaşan menopozun habercisi olabileceği gibi jinekolojik bir hastalığa da işaret edebilir. Çalışmada adet düzensizliği olan kadınların bu sorun için sağlık personelinde yardım alma oranı %64.5 olarak saptanmıştır. Kadınların bu sorun karşısında yüksek oranda sağlık personelinde yardım almaları uygun bir davranış olarak değerlendirilmiştir.

Yaşlanmaya bağlı olarak hormonal ve çevresel nedenlerle klimakterik dönemde cilt sağlığı bozulmaktadır. HRT ,soya ürünleri, keten tohumu, doğal nemlendiriciler ve güneşten korunma yararlı olabilmektedir (Kadayıfçı 2006, Taşçı 2006). Ciltte kuruma pullanma yakınması olan kadınların %56.8'inin bu sorunla baş etmek için herhangi bir şey yapmadığı saptanmıştır. Kadınların cilt bakımları için %30.6'sının nemlendirici kullanma, %21.5'inin ise bol su içme uygulamalarını yaptıkları görülmüştür. Yüzde tüylenme-kol, bacak ve kasık tüylerinde seyrelme yakınması olan kadınların %80.5'inin bu sorunla baş etmek için herhangi bir şey yapmadığı saptanmıştır. Kadınların cilt bakımına yeterince önem vermedikleri, baş etme durumlarının oldukça yetersiz olduğu ve yaşlanmanın bir sonucu olarak dış görünüşlerini önemsemediklerini düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda kadınların yarısından çoğunun (%54.3) menopoz hakkında bilgi almadığı saptanmıştır. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan ebe ve hemşirelerin menopoz, menopozal yakınmalar ve menopozal yakınmalarla etkili baş etme yöntemlerini içeren sağlık eğitimini planlayarak sunmaları,sadece kadınların değil

eşlerinin de menopoz hakkında eğitim almalarını sağlayarak bu dönemi daha iyi anlamalarının ve kadınlara destek olmalarının sağlanması,

Menopozal yakınma yaşayan kadınlarda bu yakınmalarla baş etmek için sağlık personelinde destek alma oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Bunun bir nedeni olarak da özellikle sağlık ocaklarında ağırlıklı olarak ana çocuk sağlığı hizmetlerine odaklanması olduğu düşünülebilir. Bu nedenle birinci basamak sağlık kurumlarında menopoz birimlerinin açılması,

Kadınların menopozal yakınmalarla etkili baş etmede yetersizliklerinin olduğu belirlenmiştir. Araştırma yapılan bölgede ebe ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgilerinin artırılması için hizmet içi eğitim programlarında menopoz ve menopozda sağlık bakımı konularına yer verilmesi,

Araştırma sonucunda kronik hastalığı olan kadın oranı (%63.4) yüksek bulunmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kronik hastalığı olan bireylere ebe ve hemşireler tarafından etkili ve sürekli olarak evde bakım hizmetlerinin sunulması,

Menopozal yakınmalarla baş etmek için sigara kullanma oranı yüksek bulunmuştur. Sigara içmenin sağlığa etkileri ve sigarayı bırakma yollarını içeren okul ve halk eğitim programlarının planlanması ve uygulanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ageron AG, Amamra N, Ringa V.(2005). Estimated numbers of postmenopausal women treated by hormone therapy in France. *Maturitas*: 52(3-4): 296-305
2. Akan N. (1999). Osteoporoz olgusunda hemşirenin bilmesi gerekenler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 38(2): 1-9
3. Amore M, Donato PD, Papalini A, Berti A, Et. al.(2004)Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. *Maturitas*,; 48: 115-124
4. Anderson D, Posner N. (2002). Relationship between psychosocial factors and health behaviours for women experiencing menopause. *International Journal of Nursing Practice*, 8:265-273 WHO Information Fact Sheets. Population Ageing-A Public Health Chalange10 Ekim 2005 de <http://www.who.int/inf-fs/en/fact.135.html> adresinden indirildi.
5. Araz A, Harlak H, Meşe G.(2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı . *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2): 112-122
6. Arslan H, Altınsoy N. (2002).Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi. 21 Ağustos 2005 de www.androloji.org.tr/bulten.asp html adresinden indirildi.
7. Başaran S, Güzel R, Benlidayı İ. Veark (2006). Osteoporoz vitamin D düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Osteoporoz Dünyasından*,12(2): 35-38.
8. Bayraktar R, Uçanok Z(2002).Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, Nisan-Haziran 5(2): 5-12.
9. Bauld R, Brown RF (2009). Stres,psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62(2): 160-165

10. Bezirciođlu İ. Gülseren L. Öñiz A. Ve ark.(2004). Menopoz öñcesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3): 199-207
11. Basworth HB, Bastian LA, Rimer BK ve ark.(2003).Coping styles and personality domains related to menopausal stres. *Women's Health Issues*, 13: 32-38.
12. Biri A, Bakar C, Maral I ve ark.(2005). Women with and without menopause over age of 40 in Turkey: consequences and treatment options. *Maturitas*, 50; 167-176
13. Blümel JE, Castelo BC, Cancelo MJ ve ark.(2004). Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas*, 49:205-210
14. Brockie J. (2005).Alternative approaches to the menopause. *Reviews İn Gynaecological Practice*, 5: 1-7
15. Carey JC, Rayborn WF (2006) Obstetrik ve Jinekoloji IV. Baskı. (Çev ed.H Güner) Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul
16. Chedraui P, Lopez FR,Morales B ve ark (2009). Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. *Climacteric*,1-9.
17. Chirawatkul S, Patanasri K, Koochaiyasit C(2002).Perceptions about menopause and health practises among women in northeast Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 4:113-121
18. Cranney A, Horsley T, O'donnell S ve ark. (2007). Effectiveness and safety of vitamin D in relation to bone health. *Evid.Rep Technol Assess*, Aug.158: 1-235
19. Çıtlı R,Özdemir M, Poyrazoğlu S (2007). Kayseri Melikgazi sağlık grup başkanlığı bölgesindeki osteoporozu yönelik bilgi ve davranışları. *Osteoporoz Dünyasından*,13: 60-66.
20. Devlet Planlama Teşkilatı 9. Kalkınma Planı (2007-2013) Temmuz 2006 02 Mayıs 2009'da www.dpt.gov.tr/portal.aspx html adresinden indirildi.
21. DiJulio KS, Percival DB, Woods NF ve ark. (2007). Hot flash severity in hormone therapy users/nonusers across the the menopausal transition. *Maturitas*, 58(2): 192-200.
22. Dişcigil G,Gemalmaz A,Tekin N,Söylemez,Çetin G, Aydın ve Muğla Yöresinde bir grup kadın menopoza nasıl algılıyor,Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28: 494-499
23. Dhillon HK, Singh HJ, Ghaffor NA(2008).Sexual function in menopausal women in Kalenton, Malaysia. *Maturitas*, 52(3-4): 256-263
24. Dunitz M (2002) Hormone replacement therapy and the menopause. London Taylor&Frecis Group.
25. Ergöl Ş(1999). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin bilgi, uygulama ve tutumları. Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri. Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara
26. Ertüngealp E, Seyisoğlu H(2000).Menopoz ve Osteoporoz. İstanbul: Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayınları
27. Eskin B. (2007) The menopause .Endocrinologic basis and management options. Fifth Edition. Informa UK.
28. Fu SY, Anderson D, Courtney RN(2003).Cross-cultural menopausal experience: comparison of Australian and Taiwanese women. *Nursing and Health Sciences*, 5: 77-84
29. Geller SE (2006). Soy and red clover for midlife and aging. *Climacteric*,9(4): 245-263
30. Grisso JA, Freeman EW, Maurin E(1999).Racial differences in menopause information and the experience of hot flashes. *J. Gen. Intern. Med*, 14: 98-103
31. Güngör L, Ođuzöñcül AF(2003). Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üzeri kadınlarda menopoza girme yaşı ve menopoza bakış açıları. 3. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara 20-23 Nisan 2003: 208

32. Hurt W(1998). Menopoz. Novak Jinekoloji. Çev Ed. Erk A. Nobel Tıp Kitabevleri, 981-1011
33. Huffman SB, Myers JE (1999).Counseling women in midlife: an intergrative approach to menopause. *Journal of Counseling &Development*, Summer 77(3): 258-265.
34. Hotun N(1998).Bir Kilometre Taşı:Menopoz. İstanbul,Çevik Matbaacılık
35. Işık G(2000). Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
36. Juang KD, Wang SJ, Lu SR ve ark.(2005). Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri-and post-but not perimenopausal women. *Maturitas*, 2005; 52: 119-126.
37. Jara D, Fuenzalida A, Figueora R ve ark.(2009). Is the menopause rating scale accurate for diagnosis sexual dysfunction among climacteric women?. *Maturitas*, 62: 321-323.
38. Kadayıfçı O (2006) Klimakterium premenopoz –menopoz-postmenopoz-senium ikinci bahar Nobel Tıp Kitabevleri.
39. Karanisaoglu H(2000).Klimakterik Dönem. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı 2. Baskı, İstanbul: Birmat Matbaacılık, 204-212
40. Kadın ve Sağlık (2008). Kadın Sağlığı Geliştirme Merkezi,Ankara. 03 Mayıs 2009 da <http://www.ksgm.gov.tr/pdf/saglik.pdf> adresinden indirildi.
41. Kaya N, Bölükbaş N, Atıcı İ(2003). Kadınların yaşam tarzı değişkenleri ile osteoporoz arasındaki ilişki. *Aile ve Toplum*, 2(6): 15-21
42. Karaçam Ş, Şeker SE (2007). Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among turkish women. *Maturitas*, 58(1): 75-82
43. Kömürcü N, Yıldız KN. Menopozda cinsel yaşam. 02 Mayıs 2009'da <http://www.androloji.org.tr/images/File/25.Sayı%20pdf/36.pdf> html adresinden indirildi.
44. Krystal A(1998).Sleep in perimenopausal and postmenopausal women. *Sleep Medicine Reviews*, 3(4): 243-253
45. Lotta LA, Nedstrand E, Wyon Y ve ark.(2004). Vasomotor syptoms and quality of life in previously sedentary postmenopausal women randomised to physical activity or estrogen therapy. *Maturitas*, 48(2): 97-105
46. Lowdermilk DL, Shannon EP(2004).*Maternity & Women's Health Care*. 8th Ed. Mosby Company
47. McBane S (2008). Easing vasomotor symptoms: besides HRT, what works? *JAAPA*, 21(4): 26-31.
48. McCoy N (2002).Longitudinal study of menopause and sexuality. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81: 617-622.
49. Newton MN, Buist DS, Keenan NL(2002). Use of alternative therapies for menopause symptoms: results of a population-based study. *Obstetric &Gynecology*, 100(1): 18-25
50. Nüfus ve Kalkınma Planları 2007. 2 Mayıs 2009'da <http://nkg.tuik.gov.tr> adresinden indirildi.
51. Olofsson AS, Collins A(2000).Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in swedish perimenopausal women. *Climacteric*, 3(1): 33-42
52. Özkan A Alataş E (2004). Menopoz döneminde cinsellik. *Türk Fertilité Dergisi*, 12(4): 370-375.
53. Özkan S(2008). Klimakterium ve Menopoz (içinde) Şirin A(Ed).Kadın Sağlığı. Bedray Basım Yayıncılık Ltd.Şti. İstanbul, 234-259

54. Oskay Ü (2004). Klimakterium döneminde cinsellik. *Hemşirelik Dergisi*, 13(52):59-66.
55. Pan HA, Wu MH, Hsu CC ve ark..(2002). The perception of menopause among woman in taiwan. *Maturitas*, 41(4): 269-274.
56. Palacios S, Tobar AC (2002). Menendez C. Sexuality in the climacteric years, *Maturitas*, 2002; 43(1) 69-77
57. Pasinlioğlu T, Gözüm S(1998).Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 60-68
58. Reis N(1996).Erzurum ilindeki kadınların doğal menopoza yaşı ve menopoza yaşını etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans tezi, Erzurum
59. Saka G,Ceylan A, Ertem M ve ark.(2005).Diyarbakır il merkezinde lise üzeri eğitim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoza dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, 32: (2): 77-83.
60. Şanlıoğlu S (2001). Kastamonu merkez sağlık ocağı bölgesinde 45-60 yaş grubu kadınların menopoza ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
61. Seçkin ÇD, Bilge SA, Öztürk, ve ark(1998). The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in turkish women. *Maturitas*
62. Şen E, Sevil Ü (2008). Menopoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler. *İ.Ü.F.N. Hem.Derg*,16(2): 160-165.
63. Sharon AG(2002).The menopause experience: a woman's perspective. *JOGNN*, 31(1): 77-85.
64. Şirin A. (1995) Kadın ve Menopoz 1.Baskı,Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
65. Soares CN (2008). Practical strategies for diagnosis and treating depression in women:menopausal transition.*J Clin Psychiatry*, Dec3; 69(10)
66. Speroff L, Fritz A (2007) Klinik Jinekoloji ve Endokrinoloji. VII Baskı (çev Erk A,Günalp S) Güneş Tıp Kitabevleri.
67. Tangen T, Mykletun A. (2008). Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II), Jun; 29(2): 125-31.
68. Taşçı E, Saruhan A (2006). Yaşlılık ve kadın. *Ege Üniversitesi HYO Dergisi*, 22(2): 187-198
69. Taşkın L. (2005)Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 5. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
70. Turfanda A, Topuz S. (2004) Menopoz. Jinekoloji. Temel ve Klinik Bilimler. Nobel Tıp Kitabevleri.
71. Tortumluoğlu G (2003). Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı eğitimin menopoza yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.
72. Uptan S(1999).Klimakterik dönemdeki kadınların öz-bakım gücünün artırılmasında hemşirenin rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora tezi, İstanbul.
73. Yang D, Haines CJ, Pan P ve ark (2008). Menopausal symptoms in midlife women in Southern China. *Climacteric*, 11(4): 329-336.
74. Yücesoy İ, Çakıroğlu,(2007). Menopoz ve Postmenopoz (içinde) Çiçek M, Mungan MT (ed). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*,Güneş Tıp Kitabevleri, 943-963.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)'NİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN PSİKOMETRİK UYGUNLUĞU

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF A TURKISH VERSION OF THE PERCEIVED STRESS SCALE (PSS)

Yard. Doç. Dr. Ayşegül BİLGE **Yard. Doç. Dr. Filiz ÖĞCE**
Yard. Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ **Yard. Doç. Dr. Nazan TUNA ORAN**

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Çalışma 20-22 Kasım 2008 tarihinde gerçekleştirilen 9. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Son 20 yıldır yapılan çalışmalarda, stres kavramı sağlık alanında araştırılması önem arz eden bir gösterge olarak algılanmaktadır. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), bireyin yaşamında stresli olarak değerlendirdiği durumların ne düzeyde olduğunu ölçmek için kurgulanmıştır. Bu araştırmanın amacı "The Perceived Stress Scale (Algılanan Stres Ölçeği)"nin Türkçe versiyonunun psikometrik uygunluğunu incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma metodolojik olarak planlanmıştır. Algılanan Stres Ölçeği İngilizce-Türkçe ve tekrar İngilizce çeviri çalışmaları tamamlandıktan sonra küçük bir gruba uygulanarak (pilot çalışma) gerekli dil düzeltmeleri yapılmıştır. Bu aşamalardan sonra asıl örneklem grubuna uygulanmıştır. Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için yazardan yazılı onay ve çalışma öncesi Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Etik Komitesinden izin alınmıştır. Örneklem grubunu bir üniversitedeki öğrenci ve çalışanlarından oluşan toplam 162 kişi oluşturmaktadır.

Bulgular: İstatistiksel olarak; Cronbach's alpha, madde korelasyonları, Hotelling's T^2 ve test-tekrar test analizi (Cronbach's alpha = .81, $T^2=40.797$, $P<0.000$ ve test-retest, $r = 0.60$, $P<0.000$) yapılmıştır.

Sonuç: Algılanan Stres Ölçeği'nin araştırmalarda kullanılabilirliği açısından Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte ölçek, sağlık çalışanları tarafından klinikte yatan hastaların algıladıkları stresi belirlemede de kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Stres Ölçeği, psikometrik uygunluk, geçerlik, güvenilirlik.

ABSTRACT

Objective: The construct of "stress" has received an important predictor as research in health area for the past two decades. The perceived stress scale (PSS)

was purposed to measure the degree to which conditions in person's life are evaluated as stressful. The aim of the study was to investigate the psychometric properties of a Turkish language version of the Perceived Stress Scale (PSS).

Materials and Methods: The research was planned as a methodological study. After translation of the Perceived Stress Scale from English into Turkish and than back to English pilot testing was applied in order to adjustment the language meaning. Next, the PSS was used in study samples. Written permission was obtained from the author of the tool to use the tool in the research. Before starting the study permission was obtained from Ethics Committee of Ege University Izmir Atatürk School of Health. A study sample was formed total of 162 person including university student and employees.

Results: Cronbach's alpha, mean inter-item correlations, Hotelling's T^2 and test-retest coefficients showed that this scale was a valid and reliable (Cronbach's alpha = .81, $T^2=40.797$, $P<0.000$ and test-retest, $r = 0.60$, $P<0.000$).

Conclusion: The authors suggest that the PSS is sufficiently valid and reliable for research purposes in the Turkish population. In addition, it could easily be used by health care providers to determine the perceived stress of the patients on wards.

Key Words: Perceived stress scale, psychometric properties, validity, reliability.

GİRİŞ

Modern toplumun bir sorunu olarak ifade edilen stres, insanlık tarihi kadar eski ve evrensel bir durumdur. Çağımızın karmaşık, belirsiz, aşırı rekabete dayalı, çatışmacı ve sınırlayıcı ortamında, kişileri farklı derecede etkileyen, onları çeşitli fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve işlevsel kayıplara sürükleyen bir durum olması nedeniyle stres aynı zamanda günlük yaşam olaylarının da bir parçası olarak kabul edilmektedir.

Günlük hayatta çok sık karşılaşılan bir kavram olmasına karşın, stresin tanımı ve kapsamı hakkında ilgili literatürde net bir çerçeve sunulamamaktadır. Bunun nedeni; stresin daha çok, duygusal bir durumu ifade etmesi nedeni ile anlatımının zor olmasından kaynaklanmaktadır (Balaban, 2000). Modern tıpta stres olgusunun fizyolojik mekanizmasının ortaya çıkışı ile stres kavramın tanımında Cannon, Selye ve Lazarus ile Folkman'ın isimleri öne çıkmıştır (Ekinci & Ekici, 2003). Duygusal tepkilerin hastalıklara yol açabilecek fiziksel değişimlerle ilgisinin olabileceğini iddia eden ve bu savını hayvanlar üzerinde yapmış olduğu deneylerle de kanıtlayan Cannon; stresi, "istenmeyen çevresel etkenlerden dolayı bozulan fizyolojik iç dengeyi yeniden kazanmak için gerekli fizyolojik uyaranlardır" şeklinde tanımlamıştır (Canon 1928, akt: Kunitz, 2002). Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) kavramını açıklayan Selye'ye göre ise stres, "vücut üzerinde herhangi bir talebin zihinsel ve bedensel etkili spesifik olmayan bir sonucudur" (Selye 1956, akt: Rosch, 2002). Stresin en

kapsamlı tanımını ortaya koyan Folkman ile Lazarus da stresi, “kişi-çevre etkileşiminde, kişinin uyumunu tehlikeye sokan ve mevcut kaynakları zorlayan ya da aşan çevre talepleridir” şeklinde tanımlamıştır (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Biyopsikososyal bir varlık olan insan; sürekli fiziksel, psikolojik ve sosyal stresörlere maruz kalmakta ve bunlarla mücadele etmeye çalışmaktadır. Stresle başetme esnasında stresin kısa ve uzun dönemde ortaya çıkan bazı olumsuz etkileri vardır. Herhangi bir stres karşısında organizma, kısa dönemde fiziksel (baş ağrısı, baş dönmesi, mide bulantısı, terleme), duygusal (kaygı, endişe, aşırı hassasiyet), zihinsel (unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu, karar vermede güçlük) ve sosyal (güvensizlik, aşırı suçlayıcı tutum) bazı belirtiler vermektedir (Braham, 1998). Stresin uzun dönem etkilerinde, genetik yatkınlık, cinsiyet ve çevre belirleyicileri rol oynamaktadır. Bununla birlikte bireysel bütünlüğe yönelen tehditlere karşı başarılı bir savunma gerçekleşmediği takdirde organizmada biriken ve yoğunlaşan stres, bedensel (kanser, kalp hastalıkları) ve ruhsal (anksiyete bozuklukları, depresyon) bazı ciddi kronik hastalıkların ortaya çıkma ihtimalini de arttırmaktadır (Rosch, 2002; Dawson, 2004).

Teknolojik ilerleme ile birlikte meydana gelen toplumsal kaynaklı değişimler, insanlığa sağladığı yararlar kadar sağlığı tehdit edecek boyutta stres kaynaklarının gelişmesine de neden olmaktadır. Bir sınavın kötü geçmesi, gürültü nedeniyle uyuyamama, baş ağrısı, eş kaybı, hamilelik, ekonomik kayıplar, emeklilik, başka bir yere taşınma, anne-baba ilişkilerinde sorunların yaşanması, alkol alma alışkanlığı, iş yaşamında sorunların olması, menapoz döneminde olma gibi durumlar stres kaynaklarından sadece bazılarıdır (Tuğrul, 2000). Her bireyin stres kaynaklarına yönelik yorum, düşünce ve inançlarının farklı olması, özetle bireysel stres algısı, aynı stres kaynağına gösterilen tepkilerde de farklılık yaratmaktadır (Yıldırım, 1991).

Stresörün kendisinden çok etkilediği bireyin algısı önemlidir. Diğer bir deyişle stres yaratan bir olay ya da durum ancak birey tarafından tehdit olarak algılandığında, sorun olarak belirir; bu nedenle stresörün kendisinden çok bireyin algıladığı stres daha önemlidir. Bundan dolayı kısa veya uzun dönemde pek çok rahatsızlığa yol açan ancak subjektif bir kavram olan stres olgusunun belirlenmesi ve objektif olarak değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bireylerin algıladıkları stres durumlarının, objektif bir veri haline getirilmesi için ölçeklere gereksinim duyulmaktadır. Bu bağlamda Cohen, Kamarck & Mermelstein tarafından 1983 yılında geliştirilen “Perceived Stress Scale” (Algılanan Stres Ölçeği-ASÖ) pek çok ülkede kanser gibi hastalıkların nedeni ve sonucu olan stresi ölçmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Golden-Kreutz, Browne, Frierson & Andersen, 2004; Golden-Kreutz et al 2005; Nielsen & Gronbaek 2006; Remor, 2006). Aslında söz konusu ölçek

1983 yılında ilk kez Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirirken, sağlıklı popülasyonda yapılmıştır ve orijinali 14 maddelik bir ölçektir. Cohen ve arkadaşları daha sonraki çalışmalarında ölçeği revize ederek 10 maddeden oluşan kısa formunu da oluşturmuştur. Türkiye’de ölçeğin 14 maddelik orijinal formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 1998 yılında Baltaş, Atakuman ve Duman tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 10 maddelik kısa formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını ise 2005 yılında Erci ciddi sağlık sorunu olmayan, sağlık gereksinimi için sağlık ocağına başvuran (n=138) yetişkinlerle, 2009 yılında da Örücü ve Demir sağlıklı bireylerle (n=508 ODTÜ hazırlık öğrencileri) gerçekleştirmiştir.

Görüldüğü gibi günümüzde yaygın olarak benimsenen ASÖ; Japonya, İspanya, İngiltere gibi farklı ülkelerde değişik kez geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış (Cohen & Williamson 1988; Mimura& Griffiths, 2004; Remor, 2006), özellikle meme kanseri ve diğer kanserlerde stres faktörünü değerlendirmek için farklı sayı ve gruplarda çalışılmış (Golden-Kreutz, Browne, Frierson & Andersen, 2004; Golden-Kreutz et al 2005; Nielsen & Gronbaek 2006) önemli bir ölçektir. Bu çalışmada da Algılanan Stres Ölçeği’nin 10 maddelik kısa formunun psikometrik uygunluğu, ölçeği ilk geliştiren Cohen, Kamarck& Mermelstein’nin orijinal örneklem grubuna benzer bir grup ile yeniden incelenerek kanıt değerinin güçlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Perceived Stress Scale (PSS-10) Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ-10)’nin geçerlik güvenilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilmiş metodolojik bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi çalışanları ve öğrencileri oluşturmaktadır. Ege Üniversitesi’nde Nisan-Mayıs 2007 tarihleri arasında 42.693 öğrenci, 3.165 öğretim elemanı ve 3.138 personel bulunmaktadır. Çalışma bu evrenden olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen, homojenitesi sağlanmış olan, 83 öğrenci ve 79 çalışandan oluşan toplam 162 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Örneklem sayısına karar verirken, ölçek madde sayısının 10 katı olmasına dikkat edilmiştir (Tavşancıl 2005). Bu doğrultuda ölçekte 10 madde olduğundan 100 kişiye uygulanması planlanmış, araştırma sonunda ölçek, araştırmaya katılmayı kabul eden 162 kişiye uygulanmıştır.

Örneklem büyüklüğünü sınamak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi uygulanmıştır. Kaiser- Meyer-Olkin (KMO) sonuçlarına göre elde edilen puanlar; 0.90 ve 1.00 arasında ise örneklem büyüklüğü

mükemmel; 0.80 ve 0.89 arası çok iyi; 0.70 ve 0.79 arası iyi; 0.60 ve 0.69 arası ortalama; 0.50 ve 0.59 arasında olduğunda da yetersiz olarak değerlendirilmektedir (Akgül, 1997). Baltaş, Atakuman ve Duman (1998)'nin çalışmasında KMO hesaplaması 0.87 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda örneklem büyüklüğü çok iyi olarak değerlendirilmiş ve sonuçlar ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (KMO= .810, Barlett test=444.436, P<0.00).

Çalışma kapsamına alınma kriterleri içinde Ege Üniversitesi öğrencisi/çalışanı olma koşulu yeterli görülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması 28±11.4 (min-max=19-67) olup, % 57'si kadın, % 43'ü erkek, % 49'u çalışmakta, % 51'i ise öğrencidir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10)'ni geliştiren araştırmacı Sheldon Cohen'den, Türk toplumuna uyarlama çalışması yapabilmek için yazılı izin alınmıştır. Aynı zamanda araştırmanın planlanması aşamasında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır. Araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesine göre olabilmesi için katılımcılardan sözel izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama araçları olarak; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu gibi soruları içeren 11 sorudan oluşan veri toplama formu ve Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen PSS-10 ölçeği kullanılmıştır.

Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10)

Cohen, Kamarck & Mermelstein'in 1983 yılında geliştirdiği Perceived Stress Scale (PSS)'in, 14-10 ve 4 maddelik üç ayrı versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin 10 maddelik formunun Türk toplumuna uygunluğu araştırılmıştır. Ölçek 5'li likert tipinde (0 hiç, 4 çok sık) olup, dört maddesi ters (4.,5.,7.,8. maddeler), altı maddesi düz ifadelidir (1.,2.,3.,6.,9.,10. maddeler). Ölçekten toplam 0-40 arasında puan alınmaktadır. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin de yüksek olması anlamındadır. Ölçeğin orijinal geçerlik ve güvenilirlik çalışması kolej öğrencilerine uygulanmış olup, maddeleri kolay anlaşılabilir düzeydedir (John & Catherine, 2008).

Ölçeğin Türkçe'ye Çevrilmesi

Dil geçerliliğinde; ölçek Türkçe-İngilizce diline hakim birbirinden bağımsız beş kişi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Bu çeviriler doğrultusunda araştırmacılar tarafından tek bir form hazırlanmış

ve bu form profesyonel iki dilbilimci tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir. Konu ile ilgili beş uzman anlaşılabilirliği/uygulanabilirliği açısından ölçeği değerlendirmiştir. Kapsam geçerliliği Kendal uyuşum katsayısı ile değerlendirilmiş, uzmanlar arasında fark olmadığı saptanmıştır. Uyarlanan ölçeğin anlaşılma durumu çalışma öncesi 15 kişi ile test edilmiş ve sonuçlar uyarlanan ölçek sorularının anlaşılabilir olduğunu göstermiştir. Ölçek yüz-yüze görüşme tekniği ile 5-6 dk.'lık bir sürede katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS Windows 16.00 programı kullanılmıştır. Verilerin sayı, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma ve min-max değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin kültürel uyarlamasında veri toplanan örneklem büyüklüğünü sınamak için Kaiser- Meyer-Olkin ve Barlett testi uygulanmıştır. Kapsam geçerliliği Kendal uyuşum katsayısı ile değerlendirilmiştir. Yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ölçeğin faktör yapısını belirlemek için temel bileşenler yöntemi kullanılmış ve varimax dönüştürmesine göre analizler yapılmıştır.

İç tutarlık için madde toplam puan korelasyonu, Cronbach Alpha Katsayısı, Guttman Split-half, Spearman-Brown güvenilirlik katsayıları, madde analizini test etmek için Hotelling's T² - testi yapılmıştır. Madde analizi için korelasyon referans değeri 0.20 alınmıştır (Tavşancıl 2005). Ölçek 15 gün sonra 31 kişiye yeniden uygulanmış, değerlendirme için pearson korelasyon testi yapılmıştır.

BULGULAR

Geçerlik: Ölçeğin kapsam geçerliliği için Kendal uyuşum katsayısına bakılmış ($p > 0.05$, Kendall's $W^a = .158$), uzmanlar arasında fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 1: Algılanan Stres Ölçeğinin Maddelerinin ve Faktörlerin Toplam Varyans Açıklama Oranları

Maddeler	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %
Madde 1	3.55	44.43	44.43	3.56	44.43	44.43
Madde 2	1.50	18.77	63.20	1.50	18.77	63.20
Madde 3	.69	8.64	71.84			
Madde 4				.59	7.33	79.17
Madde 5				.53	6.59	85.77
Madde 7				.46	5.74	91.51
Madde 9				.38	4.79	96.30
Madde 10				.29	3.70	100.00

Temel bileşenler analizi sonucunda ölçeğin maddelerinin iki faktörde toplandığı saptanmıştır. İki faktörlü ölçeğin çözümlenmesinde özdeğerler sırasıyla Faktör 1 için 44.43, Faktör 2 için 18.77 bulunmuştur. İki faktör toplam varyansın % 63.20'sini açıklamaktadır (Tablo 1).

Tablo 2: Algılanan Stres Ölçeği Faktör Analizi

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2
Madde 1	.75	-.31
Madde 2	.77	-.15
Madde 3	.74	-.42
Madde 9	.68	-.29
Madde 10	.77	-.003
Madde 4	.39	.74
Madde 5	.66	.39
Madde 7	.47	.66

Faktör analizi sonucunda iki faktör belirlenmiş olup, maddelerin faktör yükleri 0.03-0.77 arasında bulunmuştur. Madde 5, faktör 1'de görüldüğü halde kavramsal çerçevedeki uygunluğu açısından faktör 2'ye alınmıştır. Faktör 1, 1., 2., 3., 9. ve 10. maddelerden oluşmakta olup, "stres alt ölçeği" olarak adlandırılmıştır. Faktör 2 ise 4., 5. ve 7. maddelerden oluşmakta olup, "baş etme alt ölçeği" olarak adlandırılmıştır (Tablo 2).

Güvenirlilik: Algılanan Stres Ölçeği'nin toplam puan ortalaması 15.7 ± 5.9 olarak saptanmıştır. Alt ölçekler için elde edilen puan ortalamaları ise sırası ile baş etme alt ölçeği için 5.7 ± 2.6 , stres alt ölçeği için 10.1 ± 4.5 'dir.

Tablo 3: Algılanan Stres Ölçeği-10 Maddelerinin Analizi

ALGILAN STRES ÖLÇEĞİ-10				
Maddeler	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Alphası
Madde 1	18.13	17.68	.56	.41
Madde 2	18.23	17.45	.59	.39
Madde 3	17.83	18.02	.55	.41
Madde 4	18.38	20.57	.22	.51
Madde 5	17.99	19.18	.49	.44
Madde 6	17.69	29.16	-.50	.69
Madde 7	18.21	20.02	.35	.48
Madde 8	18.13	29.87	-.54	.70
Madde 9	18.02	18.70	.45	.44
Madde 10	18.20	17.27	.59	.39
Madde sayısı = 10			Alpha .54	

6. ve 8. Madde çıkarıldıktan sonra	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Alphası
Madde 1	13.77	26.32	.59	.78
Madde 2	13.88	25.84	.64	.77
Madde 3	13.48	26.99	.57	.78
Madde 4	14.02	29.24	.31	.82
Madde 5	13.63	27.79	.57	.79
Madde 7	13.85	29.13	.39	.81
Madde 9	13.67	27.14	.52	.79
Madde 10	13.85	25.61	.65	.77
Madde sayısı = 8			Alpha .81	

Ölçeğin madde toplam puan korelasyonu hesaplanmıştır (Tablo 3). Madde toplam puan korelasyon katsayıları maddeden maddeye farklılık göstermektedir. Madde çıkarma kriteri olarak korelasyon değeri 0.20'nin altında olma şartı aranmıştır. En düşük değer -0.54, en yüksek değer 0.59 olarak bulunmuştur. ASÖ-10 Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı ise 0.54 olarak bulunmuştur. Ölçekten madde 6 ve madde 8, madde toplam puan korelasyon değerleri 0.20 değerinin altında olduğundan ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonu 6. ve 8. maddeler çıkarıldıktan sonra yeniden hesaplanmıştır (Tablo 3). Madde toplam puan korelasyonu en düşük değer 0.31 en yüksek değer 0.65 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı ise 0.81 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin madde güvenilirlik analizlerinde ise iç tutarlılık testi yarılama analizleri için Cronbach Alpha Katsayısı 0.70, Guttman Split-half 0.82, Spearman-Brown güvenilirlik katsayıları 0.82 bulunmuştur. Maddelerin örneklem gurubu tarafından doldurulma şeklini değerlendirmek için Hotelling's T²-Testi yapılmış, test sonucunda ölçeğin maddelerinin ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (T²=40.797, p<0.000).

Tablo 4: Birinci ve İkinci Faktörü Oluşturan Maddelerin Dağılımı

1. Faktör (Stres Alt Ölçeği)				
Maddeler	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Alphası
Madde 1	8.07	12.95	.67	.80
Madde 2	8.18	13.12	.65	.80
Madde 3	7.78	13.21	.68	.80
Madde 9	7.97	13.52	.60	.82
Madde 10	8.15	13.29	.61	.82
Madde sayısı = 5			Alpha .84	

2. Faktör (Baş Etme Alt Ölçeği)				
	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Alphası
Madde 4	3.98	3.02	.497	.63
Madde 5	3.59	3.70	.49	.62
Madde 7	3.81	3.36	.55	.56
	Madde sayısı = 3		Alpha .69	

Birinci faktörün (stres alt ölçeği) Cronbach Alpha değeri .84, ikinci faktörün (baş etme alt ölçeği) Cronbach Alpha değeri .69'dur (Tablo 4).

Ayrıca ölçeğin zamana karşı değişmezliğini sınamak için test-tekrar test güvenilirliği hesaplanmış, anlamlılık saptanmıştır ($r=0.60$, $p<0.000$).

Tartışma

Algılanan Stres Ölçeği'nin farklı formları, ülkemizde 1998 yılında Baltaş, Atakuman ve Duman, 2005 yılında Erci ve 2009 yılında Örucü ve Demir tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu çalışma, ölçeği ilk geliştiren Cohen, Kamarck&Mermelstein'nin orijinal örneklem grubuna benzer bir grup ile yeniden incelenerek, kanıt değerinin güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Ölçeğin uyarlanmasında temel konulardan olan dilsel eşdeğerlilik için Algılanan Stres Ölçeği-10'nun İngilizceden Türkçeye çeviri çalışmasından sonra uzman görüşüne sunulmuştur. Yapılan Kendal uyuşum katsayısı ($P>0.05$, Kendall's $W^a=.158$) uzmanlar arasında fark olmadığını göstermektedir. Pilot çalışmanın sonunda katılımcılar, ölçeğin Türkçe versiyonunu anlaşılır ve çabuk tamamlanır olarak nitelendirmişlerdir.

Çalışmamızdaki faktör analizi sonuçlarına göre, ölçeğin iki faktöre ayrılabilmesi; 1.,2., 3., 9. ve 10. maddelerin faktör 1'de ve 4., 5. ve 7. maddelerin de faktör 2' de toplanabileceği görülmüştür. Bu sonuçlar Örucü ve Demir (2009) tarafından yapılan çalışmanın faktör çözümlemesini destekler niteliktedir. Ölçeğin orijinal çalışmasından farklı olarak bu çalışmanın birbiriyle ilgili olsa da iki faktör üzerinden değerlendirilmesine karar verilmiştir. İki faktör toplam varyansının ise % 63.20 olduğu saptanmıştır. Tek boyutlu ölçeklerde varyansın en azından % 30, birden fazla alt boyutu olan ölçeklerde ise daha yüksek olması istenir (Büyüköztürk, 2002). Baltaş, Atakuman ve Duman (1998)'nin çalışmasında ölçeğin 14 maddeli formu üç faktöre ayrılmış, 1. faktörün 1.,2.,3.,7.,8., 11.,14. maddelerden, 2. faktörün 4.,5.,6.,9. ve 10. maddelerden, 3. faktörün ise 12. ve 13. maddelerden oluştuğu, hatta 7. maddenin 2. faktörde de yer alabileceği belirtilmiştir. Hewitt, Flett ve Mosher (1992) yaptığı çalışmalarında ölçeği iki faktöre ayırmış, algılanan stres ve

algılanan baş etme alt ölçekleri olarak adlandırmışlardır. Ölçeğin Japon versiyonunun çalışıldığı araştırmada ise ölçek iki faktörde çözülmüş, olumsuz algılama ve olumlu algılama olarak adlandırılmıştır (Mimura, Griffiths 2004). Bu bağlamda bizim sonuçlarımız iki alt boyutlu ölçek için uygun olup, maddeler incelendiğinde ise önceki literatürleri destekler nitelikte birinci alt ölçek için “stres alt ölçeği”, ikinci alt ölçek için “baş etme alt ölçeği” olarak adlandırılması uygun görülmüştür.

Madde-toplam korelasyonunun yorumlanmasında 0.20 ve daha yüksek olan maddelerin, bireyleri ölçülen özellik bakımından iyi derecede ayırt ettiği (Akgül, 1997; Tavşancıl 2005) göz önüne alındığında, madde-toplam korelasyonlarının maddeden maddeye farklılık gösterdiği saptanmış ve bu bağlamda madde 6 ve madde 8’in ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı 0.54 iken, 6. madde (Yapmak zorunda olduğum işlerimle başa çıkabildim) ve 8. madde (Her şey üstüme geldi) çıkarıldıktan sonra Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler için ise sırasıyla stres alt ölçeği için Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı 0.84, baş etme alt ölçeği için Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı 0.69 olarak saptanmıştır.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayılarının yüksek bulunması iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Araştırmalarda kullanılacak ölçme araçları için öngörülen güvenilirlik düzeyinin 0.60 ile 0.80 olduğu (Özdamar, 2002; Tavşancıl, 2005) dikkate alınır, ölçeğin güvenilirlik düzeyi (Cronbach Alpha değeri =0.81) yeterlidir. Algılanan Stres Ölçeği'nin orijinalinde Cronbach Alpha değeri 0.86, Remor (2006) tarafından yapılan İspanyol uyarlamasında Cronbach Alpha değeri 0.82, Baltaş, Atakuman ve Duman (1998) tarafından yapılan Türkçe uyarlamasında Cronbach Alpha değeri 0.84, Erci (2005) tarafından yapılan uyarlamada, Cronbach Alpha değeri 0.70, Örucü ve Demir (2009) tarafından yapılan çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0.84 olarak bulunmuştur. Çalışmada elde edilen sonuçlar ölçeğin diğer çalışmalarda elde edilen bulgularını desteklemekte ve iç tutarlılığı iyi, güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Algılanan Stres Ölçeği'nin toplam puan ortalaması 15.7±5.9 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilen toplam puan 32'dir. Alt ölçekler için elde edilen puan ortalamaları ise sırası ile baş etme alt ölçeği için 5.7±2.6, stres alt ölçeği için 10.1±4.5'dir. Stres alt ölçeğinden alınabilen toplam puan 20, baş etme alt ölçeğinden alınan toplam puanda 12'dir. Ölçek ve alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği algılanan stresin yüksek olduğunu ve baş etme sorunu yaşadığını göstermektedir.

Ölçek tutarlılığı adına yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı Remor (2006) tarafından yapılan İspanyol uyarlamasında $r=0.77$, Baltaş, Atakuman ve Duman (1998)'in çalışmasında $r=0.79$, Erci (2005)

tarafından yapılan çalışmada $r=0.88$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0.60$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin maddelerinin zamana karşı değişebildiği söylenebilir.

Çalışmanın bir üniversitede yapılmış olması nedeniyle sonuçlar bu grubu yansıtmakta olup, bu durum çalışmayı sınırlandırmıştır. Gelecek çalışmaların farklı örneklem gruplarında yapılması önemli olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçe versiyonu geçerlik ve güvenilirlik analizleri doğrultusunda, algılanan stresi değerlendirdiği söylenebilir. Bu çalışmada diğer bazı çalışmalardan farklı olarak ölçeğin 6. ve 8. maddeler çıkartılmış, böylece güvenilirlik değerleri istendik düzeyde artmıştır. Diğer yandan ölçek hem toplam puan, hem de iki alt ölçek puanları üzerinden de değerlendirilebileceği saptanmıştır. Bu doğrultuda;

- Sağlıklı nüfusta algılanan stresi ölçme çalışmalarında,
- Hemşire ve diğer sağlık elemanları tarafından klinikteki hastaların algıladıkları streslerini değerlendirme amacıyla,
- Kronik hastalık nedenleri arasında yer alan stresin erken fark edilmesi için toplum tarama çalışmalarında ölçeğin güvenilirliğinin her yeni çalışmada sınanarak kullanılması önerilmektedir.
-

KAYNAKLAR

1. Akgül A (1997). Statistical Analysis Techniques in Medical Investigations; SPSS Applications. Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara.
2. Balaban J (2000). Temel eğitimde öğretmenlerin stres kaynakları ve başa çıkma teknikleri. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,7, 1-8.
3. Baltas Z, Atakuman Y, Duman Y (1998). Stres S and Anxiety Research Society 19th International Conference Program Bogaziçi University, Istanbul, Turkey July 10 – 12.
4. Braham BJ (1998). Stres Yönetimi. Ateş Altında Sakin Kalabilmek. (Çev.: Vedat G. Diker). Hayat Yayınları, İstanbul.
5. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983). A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 24(4), 385-396.
6. Cohen S, Williamson GM (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In Sage, Newbury Park, CA.
7. Dawson Ratliff EC (2004). The Relationship of Stress Levels to Wellness Practices Among Community College Presidents. A dissertation presented to the faculty of the Department of Educational Leadership and Policy Analysis East Tennessee State University In partial fulfillment of the requirements for the degree Doctor in Education.

8. Ekinci H, Ekici S (2003). Yöneticiler üzerindeki etkileri açısından stres kaynakları ve bir uygulama. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22(2), 93-111.
9. Erci B (2005). Algılanan stres ölçeğinin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. 3. Uluslar arası – 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 64.
10. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C et al(1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50(5), 992-1003.
11. Golden-Kreutz DM, Browne MW, Frierson GM et al(2004). Assessing Stress in Cancer Patients: A Second-Order Factor Analysis Model for the Perceived Stress Scale. Psychological Assessment 11(3), 216-223.
12. Golden-Kreutz DM, Thornton LM, Wells-Di Gregorio S et al(2005).Traumatic stress, perceived global stress, and life events: prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. Health Psychol., 24(3),288-96.
13. Hewitt PL, Flett GL, Mosher SW (1992). The Perceived Stress Scale: Factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 14, 247-257.
14. John D, Catherine T (2008) MacArthur Research Network on Socioeconomic Status and Health Perceived Stress Scale- 10 <http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/PSS10.html>
15. Kunitz SJ (2002). Holism and the ideo of general susceptibility to disease. International Journal of Epidemiology, 31, 722-729.
16. Mimura C, Griffiths P (2004) a Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test. International of Nursing Studies 41 379-385.
17. Nielsen NR, Gronbaek M (2006). Stress and breast cancer: a systematic update on the current knowledge. Nat Clin Pract Oncol. 3(11),612-20.
18. Özücü MÇ, Demir A(2009) Psychometric evaluation of perceived stress scale for Turkish university students. Stress and Health Volume 25 Issue 1, Pages 103 – 109.
19. Özdamar K.(2002). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 661-673.
20. Remor E (2006). Psychometric properties of a european spanish version of the perceived stress scale (PSS). The Spanish Journal of Psychology, 9(1),86-93.
21. Rosch PJ (2002). Hans Selye and the birth of the stress concept. Chapter 22, A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response (Ed. Everly GS. Jr. & Lating JM.) 2nd Edition, Springer US, 353-364.
22. Tavşancıl E (2005).Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi.2.Baskı, Ankara.
23. Tuğrul C.D (2000). Stres ve depresyon.Psikiyatri Dünyası, 4,12-17.
24. Yıldırım İ (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6, 175-189.

CERRAHİ KLİNİKLERİNDE YATAN HASTALARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK VE YALNIZLIK DÜZEYLERİ

*THE LEVELS OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND LONELINESS OF
THE PATIENTS WHO HOSPITALIZED IN SURGICAL CLINICS*

Yard. Doç. Dr. Emel YILMAZ*

Öğr. Gör. Dr. Sultan ÖZKAN**

* Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

** Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu

Bu araştırma; 04-08 Eylül 2007 tarihlerinde Gaziantep'te yapılan Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma cerrahi kliniklerinde yatan ve ameliyat olan hastaların algılanan sosyal destek ve yalnızlık düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Gereç ve yöntem:** Araştırmanın örneklemini Bandırma'da iki devlet hastanesinde Mayıs- Haziran 2007 tarihleri arasında yatan 335 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren bilgi formu, aile, arkadaş ve özel bir insanın desteği olmak üzere 3 alan ve 12 sorudan oluşan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve 20 soruluk UCLA yalnızlık ölçeğini içeren bir anket formu kullanılarak elde edilmiştir. Araştırma öncesinde ilgili kurumdan yazılı izin ve hastalardan sözel onam alınmıştır. Verilerin analizi, SPSS 11.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler, Student t, ANOVA ve korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 44.74±16.76'dır. Hastaların algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalaması 65.55±17.65, UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalaması 51.79±6.40'dır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması, arkadaş ve özel insan desteği puan ortalamasından yüksektir. Sosyal destek ve yalnızlık düzeyleri arasında çok zayıf pozitif korelasyon ilişkisi olduğu saptanmıştır (r=0.173, p=0.001).

Sonuç: Araştırma sonucunda; hastaların algılanan sosyal destek ve yalnızlık puanları yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu veriler doğrultusunda hastaların yalnızlığını azaltmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal destek, yalnızlık, hastalar, cerrahi klinikleri

ABSTRACT

Objective: This study, as a descriptive research, was planned and applied to determine the levels of perceived social support and loneliness of the patients who hospitalized in surgical clinics.

Methods: The sample of the study consisted of 335 patients, who stayed surgical clinics between May-June, 2007 at Bandırma State Hospitals. Data were collected using a demographic questionnaire, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) consisting three parts of family, friend and special person and of 12-item and the UCLA (University of California Los Angeles) Loneliness Scale of 20-item. Before the study, permission was taken from the hospitals and during the study it was taken from patients. The analyses of the data were obtained by using descriptive statistical, student t test, ANOVA and correlation analysis in SPSS 11.0.

Results: The mean age of patients was 44.74±16.76. The mean MSPSS score was 65.55±17.65, the mean scores of UCLA loneliness scale was 51.79±6.40. According to the findings, the perceived social support level from family was higher than the perceived social support level friend and special person. It was found that there was a positive very weak correlation relationship between the social support and loneliness levels ($r=0.173$, $p=0.001$).

Conclusions: The study indicated that, the levels MSPSS and loneliness of patients were high. According obtained data, nurses should be planned nursing intervention which is aimed to decrease the loneliness of the patients.

Key Words: Social support, loneliness, patients, surgical clinics.

GİRİŞ

Çağımızın getirdiği değişimler, uğraş alanları ve meşguliyetlerin artması ile insanlar bireyselleşmiş ve yalnızlık son yıllarda toplumun en çok korkulan sorunlarından biri olmuştur (Ovayolu ve ark. 2007). Yalnızlık, daha çok kişinin belirli bir çevre içinde ve/veya gelecekte çevresinde kimse olmayacağına ilişkin bir korku ve endişe hali ile birlikte yaşanır. Çevre içinde yalnız kalma korkusu bireyin alışageldiği ya da tanıdığı fizik ve sosyal çevreden uzak kalması veya ayrılması ile ortaya çıkar (Özkürkçügil 1998).

Yaşam süresince bireyler, zaman zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak tedavi ve bakımı gerekli kılan hastalık durumu ile karşı karşıya gelmektedirler (Yardakçı ve Akyolcu 2004). Hastalanma, hastaneye yatma ve ameliyat olma gibi durumlar insanın yaşamında büyük önem taşıyan olaylardır (Kayhan 2003). Bir hastalık nedeniyle hastaneye yatan birey hastaneye yattığı andan başlayarak “hasta rolünü” almaktadır. Hastaneye yattığı zaman günlük yaşantısından, evinden ve kendisi için önemli birçok uyarandan uzaklaşan bireyin, fiziksel-emosyonel rahatsızlığı olan, acı çeken birçok insanla birlikte olması, pek çok aktivitelerinde başkalarına bağımlı ve sınırlı hareket etmesi, üzerinde bilmediği işlemlerin yapılmasına itirazsız uyum sağlamak durumunda olması onu yalnızlığa itmektedir. Diğer taraftan hastanede yatan bireyler hastalıkları nedeniyle gelecekle ilgili planlarının ne olacağı, yaşantılarının ne şekilde etkileneceğini bilememe sonucunda, gelecekte yalnız kalacakları endişesi de yaşayabilirler. Bireyler için zorlu bir deneyim olan yalnızlık yaşantısının hastaneye yatan bireyler için daha ciddi bir problem olabileceği açıktır (Alkan ve Sezgin 1998). Aynı

zamanda, hasta ihtiyaç duyduğu an ailesinin yakınlığını ve desteğini bulamayabileceği, güvenliğini sarsan hastane ortamındadır ve kendini yalnız hissetmektedir (Alkan 1996).

Cerrahi girişim, hastaların büyük bir çoğunluğunun yoğun korku ve stres yaşamasına neden olmaktadır (Yardakçı ve Akyolcu 2004). Yapılan çalışmalarda cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda anksiyete puanları yüksek bulunmuştur (Kayahan ve Sertbaş 2007). Aile ortamından uzaklaşan hastaların izole olma duygusuna bağlı olarak da anksiyete yaşamaları mümkündür (Yardakçı ve Akyolcu 2004). Ciddi organik hastalığı olan ve/veya hastanede yatan kişiler ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaneye yatışın ilk günlerinde, kişilerin endişe ve korku içinde olduğu, daha sonra ise, bireylerin alışmış oldukları çevre ve kişilerden ayrılmaya bağlı olarak yalnızlık hissettikleri saptanmıştır (Özkürkçügil 1998). Bu koşullarda, yakınlarını görme ve onların desteğini alma isteği artan hastanın, bu gereksiniminin karşılanması özellikle ameliyat öncesi dönemde değişik korku ve endişe yaşayan hastalarda daha da önem kazanmaktadır.

Sosyal destek; bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanır. Kriz ve emosyonel gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyeleri ve arkadaşlarından destek alma ihtiyacı duyarlar. Bu formal olmayan yardımcıların oluşturduğu destek ağı bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Çakır ve Palabıyıkoglu 1997). Sosyal desteğin hastalık ve sağlık davranışları üzerinde olumlu etkisini gösteren çok sayıda araştırma bulgusundan söz edilebilir. Örneğin, sosyal desteği fazla olan kişilerin hamilelik ve doğumda daha az komplikasyon yaşadıkları (Collins ve ark. 1993, Elsenbruch ve ark. 2007), kalp krizinden sonra hastaların mortalite oranlarının daha düşük olduğu, daha çabuk iyileştikleri ve daha az oranda psikolojik sıkıntı yaşadıkları gözlenmiştir (Frasure-Smith 2000, Petersen ve ark. 2004, Wellbery 2004). Kalp yetmezliği olan kişilerde daha fazla sosyal desteğe sahip olmanın hastanın tekrar hastaneye yatışını azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir (Luttik ve ark. 2005). Yapılan çalışmalarda yalnızlık yaşayan bireylerin yalnızlık hissettiklerinde kendilerine destek olabilecek, güvenebilecekleri kişilere daha çok ihtiyaç duydukları vurgulanmıştır (Kayhan 2003). Hastaların sosyal destek sistemleri ne kadar kuvvetli ise yalnızlık çekme durumlarının o kadar azaldığı saptanmıştır (Fukui ve ark. 2003).

Buna göre, hastanedeki hastaların yalnızlığının önlenmesinde ve azaltılabilmesinde sağlık ekibinin özellikle hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır. Bireylerin yalnızlıkla baş etmelerini sağlamada hemşirelerin bilinçli, duyarlı ve bütüncül yaklaşımla hareket etmeleri gerekir (Alkan 1996, Kayhan 2003).

Bu nedenle, bu çalışma; cerrahi kliniklerinde yatan ve ameliyat olan hastaların algıladıkları sosyal destek ve yalnızlık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın örneklemini, Mayıs-Haziran 2007 tarihleri arasında Bandırma ilçesindeki iki devlet hastanesinde genel cerrahi kliniklerinde batın ameliyatı olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 335 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren bilgi formu, aile, arkadaş ve özel bir insanın desteği olmak üzere 3 alan ve 12 sorudan oluşan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) ve 20 soruluk UCLA yalnızlık ölçeği (University of California Los Angeles Loneliness Scale) kullanılarak elde edilmiştir. Bilgi formunda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, daha önce hastaneye yatma, ameliyat olma, refakatçisi olma durumu ve hastalığı hakkında bilgi sahibi olup olmadığı vb. bilgiler yer almıştır (22 soru). Anket formları, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak hasta odasında ortalama 15-20 dakikada doldurulmuştur. Araştırma öncesinde ilgili kurumdan yazılı izin ve çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra hastalardan sözel onam alınmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS): Ölçek 1988’de Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup Türkiye’de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Eker ve ark. 2001). Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (Aksüllü ve Doğan 2004).

UCLA Yalnızlık Ölçeği: Russel, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilmiştir. 10’u düz, 10’u ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesinde sosyal ilişkilerle ilgili duygu ya da düşünce belirten bir durum sunulmakta ve bireylerden bu durumu ne sıklıkta yaşadıklarını dörtlü ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Yüksek puan yalnızlığın daha yoğun yaşandığının belirtisi olarak kabul edilmektedir. Kuramsal olarak her madde için puanlar 1 ile 4 arasında değiştiği için, ölçekten alınacak puanlar en düşük 20, en yüksek 80 olmaktadır (Gün 2004). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Demir (1989) tarafından yapılmıştır (Demir 1989).

Elde edilen verilerin analizi, SPSS 11.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, ANOVA ve korelasyon analizleri ile değerlendirilmiş ve $p < 0.05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=335)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
Ort±Ss: 44.74 ±16.76		
45 ve altı	185	55.2
46 ve üstü	150	44.8
Cinsiyet		
Erkek	147	43.9
Kadın	188	56.1
Eğitim durumu		
İlkokul	195	58.2
Ortaokul	47	14.0
Lise ve üzeri	93	27.8
Medeni Durum		
Evli	237	70.7
Bekar	57	17.0
Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor	41	12.3
Meslek		
Emekli	49	14.6
Ev hanımı	147	43.9
İşçi/memur/serbest meslek/öğrenci	139	41.5
Evde yaşayan kişi		
Tek başına	32	9.6
Eş ve çocuklarıyla	303	90.4
Halen yaşanan yer		
İl /ilçe	257	76.7
Köy/kasaba	78	23.3
Çocuk (n=278)*		
Çocuk yok	18	6.5
Çocuk var	260	93.5
Sosyal güvence		
Emekli sandığı	67	20.0
SSK	176	52.5
Bağ kur	61	18.2
Yeşil kart	31	9.3
Gelir durumu		
Gelir giderden az	100	29.9
Gelir gidere eşit veya fazla	235	70.1
Sigara kullanma durumu		
Kullanan	91	27.2
Kullanmayan	244	72.8
Alkol kullanma durumu		
Kullanan	55	16.4
Kullanmayan	280	83.6

* Evli, dul/boşanmış/ayrı yaşayanlar alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %55.2'si 45 yaş ve altında (yaş ortalaması: 44.74 ±16.76), %56.1'i kadın, %58.2'si ilköğretim mezunu, %70.7'si evli, %43.9'u ev hanımı, %90.4'ü evde eş ve çocuklarıyla birlikte, %76.7'si il/ilçede yaşamaktadır. Araştırma grubunun %93.5'inin çocuk sahibi, %52.5'inin sosyal güvencesinin SSK, %70.1'inin gelirinin giderine eşit veya fazla olduğu, %27.2'sinin sigara ve %16.4'ünün alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2: Hastaların Hastalıkları ve Hastanede Yatma Durumları (n=335)

Hastalık ve Hastanede Yatma Durumu	Sayı	Yüzde
Daha önce önemli bir hastalık geçirme durumu		
Evet	111	33.1
Hayır	224	66.9
Kronik hastalık olma durumu		
Evet	105	31.3
Hayır	230	68.7
Daha önce hastaneye yatma durumu		
Evet	253	75.5
Hayır	82	24.5
Hastanede yatılan gün (n=253)*		
Hastanede yatılan gün ort ± ss 12.39±10.59		
9 gün ve altı	128	50.6
10 gün ve üzeri	125	49.4
Hastanede kalınan oda		
Özel oda	33	9.9
2 ve daha fazla kişilik	302	90.1
Refakatçi olma durumu		
Evet	278	83.0
Hayır	57	17.0
Refakatçi yakınlığı (n=278)**		
Eş/anne	140	50.4
Çocukları/kardeşi	138	49.6
Daha önce ameliyat olma durumu		
Evet	146	43.6
Hayır	189	56.4
Hastalık hakkında bilgisi olma durumu		
Evet	117	34.9
Kısmen	146	43.6
Hayır	72	21.5

*Daha önce hastanede yatanlar alınmıştır

**Refakatçisi olanlar alınmıştır

Araştırmaya katılan hastaların %33.1'inin daha önce önemli bir hastalık geçirdiği, %31.3'ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu, %75.5'inin daha önce hastaneye yattığı, %50.6'sının daha önce 9 gün ve altında hastanede yattığı (hastanede yatılan ortalama gün: 12.39±10.59), %90.1'inin iki veya daha fazla kişilik odada kaldığı, %83.0'ının refakatçisinin bulunduğu, %50.4'ünün refakatçisinin eşi/annesi olduğu, %43.6'sının daha önce ameliyat olduğu ve %34.9'unun hastalık hakkında bilgisinin olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Hastaların Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeklerinden Elde Edilen Puanların Ortalamaları, Minimum-Maksimum Değerleri (n=335)

Ölçekler	PUAN	
	Ort ±ss	Min- Mak
Algılanan sosyal destek	65.55±17.65	0-96
Özel insan desteği	19.72±8.45	0-32
Aileden algılanan sosyal destek	25.28±6.71	0-32
Arkadaşlardan algılanan sosyal destek	20.54±7.94	0-32
Yalnızlık	51.79±6.40	30-77

Tablo 4: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sosyal Destek ve Yalnızlık Puan Ortalamaları (n=335)

Değişkenler	N	Sosyal destek ort±ss	Özel insan ort±ss	Aile ort±ss	Arkadaş ort±ss	Yalnızlık ort±ss
Yaş						
45 ve altı	185	66.97±16.59	20.52±8.22	24.99±6.63	21.45±7.30	51.98±6.41
46 ve üstü	150	63.80±18.79	18.74±8.65	25.64±6.82	19.42±8.55	51.56±6.39
t		1.639	1.929	-0.874	2.345	0.609
p		0.102	0.055	0.383	0.020	0.543
Medeni durum						
Evli	237	66.68±16.77	19.97±7.96	26.02±5.70	20.67±7.54	51.83±6.61
Bekar	57	67.54±18.05	21.14±9.47	23.92±7.76	22.47±7.86	51.59±5.33
Dul/boş./ayrı yaşıyor	41	56.26±19.59	16.29±9.04	22.85±9.41	17.12±9.30	51.87±6.63
F		6.746	4.371	5.439	5.678	0.034
p		0.001	0.013	0.005	0.004	0.966
Eğitim düzeyi						
İlkokul	195	63.66±19.28	19.04±8.42	25.31±7.00	19.30±8.56	51.48±6.45
Ortaokul	47	66.93±13.57	18.53±8.79	26.25±5.18	22.14±7.04	51.63±5.23
Lise ve üzeri	93	68.83±15.34	21.76±8.08	24.73±6.79	22.34±6.44	52.52±6.82
F		2.907	3.875	0.807	5.879	0.846
p		0.056	0.022	0.447	0.003	0.430
Evde yaşayan kişi						
Tek başına	32	58.31±23.13	17.53±10.38	21.37±9.94	19.40±9.04	52.81±6.77
Eş ve çocuklarıyla	303	66.32±16.84	19.95±8.21	25.69±6.16	20.67±7.82	51.68±6.36
t		-2.459	-1.547	-3.518	-0.856	0.943
p		0.014	0.123	0.000	0.393	0.346
Halen yaşanan yer						
İl / ilçe	257	65.89±18.19	19.98±8.57	25.00±7.11	20.90±7.83	52.22±6.70
Köy/Kasaba	78	64.46±15.82	18.85±8.03	26.21±5.14	19.38±8.22	50.37±5.06
t		0.626	1.033	-1.404	1.481	2.258
p		0.532	0.302	0.161	0.139	0.025
Gelir durumu						
Gelir giderden az	100	62.09±18.61	18.66±8.96	24.61±7.85	18.82±8.71	52.14±6.65
Gelir gidere eşit veya↑	235	67.03±17.06	20.17±8.20	25.57±6.16	21.28±7.48	51.65±6.30
t		-2.361	-1.507	-1.198	-2.623	0.639
p		0.019	0.133	0.232	0.009	0.523

F: One way ANOVA. t: Student t test

Hastaların algılanan sosyal destek (ASD) ve yalnızlık ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve min-mak. değerleri Tablo 3’de gösterilmiştir. Hastaların ASD Ölçeği puan ortalaması 65.55±17.65, alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları; özel insan desteği (19.72±8.45), aile (25.28±6.71), arkadaşlar (20.54±7.94) ve UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalaması 51.79±6.40 olarak bulunmuştur.

Hastaların tanıtıcı özelliklerinin sosyal destek ve yalnızlık puan ortalamaları ile ilişkisi incelendiğinde; yalnızlık puan ortalaması ile halen yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05). İl/ilçede yaşayan hastaların yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

ASD puan ortalaması ile medeni durum, evde yaşayan kişi ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05). Bekar olanların, evde eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların ve geliri giderine eşit veya yüksek olan hastaların ASD puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).

ASD ölçeği alt ölçeklerinden özel insan desteği puan ortalaması ile medeni durum ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05). Bekar, lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip hastaların özel insan desteği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).

ASD ölçeği alt ölçeklerinden aile desteği puan ortalaması ile medeni durum ve evde yaşayan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05). Evli olanların, evde eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların aile desteği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).

ASD ölçeği alt ölçeklerinden arkadaş desteği puan ortalaması ile yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05). 45 yaş ve altında olanların, bekarların, lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olanların ve gelir gidere eşit veya yüksek olan hastaların arkadaş desteği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).

Tablo 5: Hastaların Hastaneye Yatma ve Refakatçisi Bulunma Durumlarına Göre Sosyal Destek ve Yalnızlık Puan Ortalamaları (n=335)

Değişkenler	N	Sosyal destek ort±ss	Özel insan ort±ss	Aile ort±ss	Arkadaş ort±ss	Yalnızlık ort±ss
Daha önce hastaneye yatma						
Evet	253	66.32±17.64	20.13±8.36	25.56±6.72	20.62±8.25	52.35±6.59
Hayır	82	63.19±17.59	18.46±8.66	24.41±6.68	20.31±6.91	50.07±5.44
t		1.397	1.559	1.349	0.304	2.835
p		0.163	0.120	0.178	0.761	0.005
Daha önce hastanede yatma günü (253)						
9 gün ve altı	128	65.10±19.95	19.82±8.53	24.68±7.68	20.60±8.51	51.79±6.72
10 gün ve üzeri	125	67.56±14.88	20.45±8.20	26.46±5.45	20.64±8.01	52.92±6.44

t		-1.109	-0.604	-2.117	-0.045	-1.365
p		0.269	0.547	0.035	0.964	0.173
Refakatçisi olma durumu						
Evet	278	66.45±16.30	19.77±8.36	25.83±5.99	20.84±7.46	51.59±6.13
Hayır	57	61.19±22.80	19.47±8.95	22.61±9.09	19.10±9.90	52.78±7.57
t		2.059	0.246	3.342	1.510	-1.286
p		0.040	0.806	0.001	0.132	0.199
Refakatçi yakınlığı (n=278)						
Eş/anne	140	67.33±15.46	19.77±8.79	26.46±5.49	21.09±7.50	52.35±5.42
Çocukları/kardeşi	138	65.55±17.13	19.77±7.93	25.18±6.42	20.59±7.43	50.81±6.70
t		0.908	0.003	1.781	0.556	2.104
p		0.364	0.997	0.076	0.578	0.036
Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu						
Evet	117	65.84±17.55	20.11±8.59	25.05±7.35	20.66±7.54	50.89±6.43
Kısmen	146	66.24±16.35	19.97±8.19	25.37±5.71	20.89±7.28	51.57±6.17
Hayır	72	63.69±20.29	18.58±8.76	25.45±7.54	19.65±9.69	53.70±6.49
F		0.526	60.51	0.103	0.610	4.544
p		0.591	0.430	0.902	0.544	0.011
Daha önce ameliyat olma durumu						
Evet	146	67.04±17.13	20.53±8.45	25.93±7.00	20.58±8.48	52.49±6.44
Hayır	189	64.40±18.00	19.10±8.42	24.78±6.46	20.52±7.51	51.25±6.33
t		1.359	1.542	1.539	0.067	1.751
p		0.175	0.124	0.125	0.947	0.081

F: One way ANOVA. t: Student t test

Hastaların hastaneye yatma ve refakatçisi bulunma durumlarının sosyal destek ve yalnızlık puan ortalamaları ile ilişkisi incelendiğinde; yalnızlık puan ortalaması ile daha önce hastanede yatma durumu, refakatçi yakınlığı ve hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Daha önce hastanede yatan, refakatçisi eşi/annesi olan ve hastalığı hakkında bilgisi olmayan hastaların yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

ASD puan ortalaması ile refakatçisi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Refakatçisi olan hastaların ASD puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5).

ASD ölçeği alt ölçeklerinden aile desteği puan ortalaması ile daha önce hastanede yatma günü ve refakatçisi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Daha önce 10 gün ve üzerinde hastanede yatan ve refakatçisi olan hastaların aile desteği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5).

Tablo 6: Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Gruplarının Yalnızlık ile İlişkisi (n=335)

ÖLÇEKLER		Sosyal destek toplam puan	Özel insan desteği	Aileden algılanan sosyal destek	Arkadaşlardan algılanan sosyal destek
Yalnızlık	r*	0.173**	0.128**	0.122**	0.146**

r*= Pearson korelasyon, ** $p<0.01$

ASD ölçeği ve alt gruplarının yalnızlık ile ilişkisi incelendiğinde; pozitif çok zayıf bir korelasyon ilişkisi saptanmıştır (Tablo 6).

TARTIşMA

Birey hastaneye yattığı zaman günlük yaşantısından, ailesinden, akrabalık bağlarından, evinden, kendisi için önemli olan birçok uyarandan uzaklaşır. İhtiyaç duyduğu an ailesinin ve sevdiği kişilerin yakınlığını ve desteğini bulamayabilir. Hastanede yattığı süre içinde yeterli sosyal destek alamayan hastalarda yalnızlık hissi ortaya çıkabilir (Aklan 1996).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; örnekleme oluşturan hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) puan ortalamaları 65.55 ± 17.65 , yalnızlık puan ortalamaları 51.79 ± 6.40 olarak saptanmıştır. Burada hastaların ailelerinden ASD puan ortalamasının arkadaş ve özel insan desteği puan ortalamasından yüksek olduğu görölmektedir (Tablo 3).

Kanserli hastalar ile yapılan çalışmalarda hastaların ASD puan ortalamasının 59.19 ± 17.5 , alt ölçeklerden özel insan 17.73 ± 7.9 , aile 24.34 ± 5.27 ve arkadaş 17.16 ± 8.65 olarak saptanmıştır (Savcı 2006). Jinekolojik kanserli hastalar ile yapılan başka bir çalışmada ASD ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 69.4 ± 13.1 , aile 25.2 ± 4.3 , arkadaşlar 19.9 ± 7.1 ve özel bir insan 24.2 ± 4.6 olarak belirlenmiştir (Ayaz ve ark. 2008). Astım hastaları ile yapılan bir çalışmada ise ASD ve alt ölçeklerden elde edilen puan ortalamaları bizim çalışmamıza yakın bulunmuştur (Altunbaş 2005).

Sevil ve ark. (2006) jinekolojik kanserli hastalarda yalnızlık puan ortalamasını 35.85 ± 9.30 , Kara ve Mirici (2004) kronik obstrüktif akciğer hastalarında 47.30 ± 9.14 olarak bulmuştur. Hemodiyaliz hastalarında yalnızlık puanını Ovayolu ve ark. (2007) 38.6 ± 12.0 , Astı ve ark. (2006) ise 31.78 ± 6.51 olarak saptamıştır. Alkan (1996) ise çalışmasında hastanede yatan hastaların yalnızlık puan oranlarını %77.7'sinin 20-45 puan, 52.2'sinin 46-86 puan arasında olduğunu bildirmiştir.

Literatürde yalnızlığın kanser, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok hastalıkta mortalite ve morbidite üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Hawkley ve Cacioppo 2003). Acil servise başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların yalnızlık puan ortalaması 39.06 ± 12 olarak bulunmuş ve yalnızlık düzeyi yüksek bulunan hastaların acil servise daha sık başvurdukları saptanmıştır (Geller ve ark. 1999). Yapılan başka bir çalışmada; koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalar hem ameliyattan kısa dönem, hem de uzun dönem sonrasında kendilerini yalnız hissettiklerini (%30) ifade etmişlerdir (Herlitz ve ark. 1998). Fiziksel engelliliği olan hastalarda bu fiziksel yetersizliğin yalnızlık düzeylerini etkilediği bulunmuştur (Rokasch ve ark. 2006). Araştırmamızdaki

yalnızlık puan ortalaması literatürden yüksektir. Bu farkın hastaların ameliyat sonrası vücut bütünlüğünde bozulma ve ağrıya bağlı olarak kendilerine sunulan sosyal desteğin farkında olmamaları, ev ve aile ortamından uzak olmalarından dolayı yalnız hissettiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların yalnızlık puan ortalaması ile daha önce hastanede yatma durumu, refakatçi yakınlığı ve hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Daha önce hastanede yatan, refakatçisi eşi/annesi olan ve hastalığı hakkında bilgisi olmayan hastaların yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Alkan (1996) hastaların yattığı kliniklerin, hastaneye yatış sayısının, hastanede yattığı sürenin yalnızlığa etkisinin olmadığını saptamıştır (Alkan 1996). Bu çalışmada da daha önce hastanede yatma durumu hariç diğer bulgularla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Daha önce hastanede yatan hastaların yalnızlık puanlarının yüksek olmasında önceki yaşadıkları deneyimlerin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Alkan 1996, Ovayolu ve ark. 2007). Bu çalışmada eğitim düzeyi ile yalnızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Mısır ve Hollanda'lı romatolojik artritli hastalarla yapılan çalışmada Mısır'lı kadınların yalnızlık düzeyi daha yüksek olarak saptanmıştır (El-Mansoury ve ark. 2008). Bu çalışmada cinsiyet ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Alkan'ın (1996) çalışmasında yaşanan yer ile yalnızlık düzeyi arasında fark saptanmazken bu çalışmada, il/ilçede yaşayan hastaların yalnızlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Bunun kentlerin sosyal ve kültürel yoğunluğuna karşılık, küçük yerleşim bölgelerinde sosyal ilişkilerin daha yoğun ve samimi olarak yaşandığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Fidangül (2003) çalışmasında yanında refakatçisi olan hastaların anksiyete puanlarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada yanında refakatçi olma durumu ile yalnızlık düzeyi arasında fark saptanmamasına rağmen, refakatçisi olmayanların yalnızlık puan ortalamaları daha yüksektir. Refakatçisi eş/anne olan hastaların yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Bu farkın, hastanın yanında refakatçi olmasına rağmen, refakatçilerin sadece bakım işlevi ile ilgilendikleri ve hastanın yalnızlığını azaltmaya yönelik girişim yapmadıklarından kaynaklandığı görüşündeyiz.

Fidangül'ün (2003) çalışmasında ameliyata ilişkin bilgi sahibi olmayan hastaların anksiyete puanları daha yüksektir. Bu çalışmada

hastalığı hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların yaşadıkları bilinmeyen korkusu nedeniyle yalnızlık yaşadıkları kanısındayız.

ASD puan ortalaması ile medeni durum, evde yaşayan kişi ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bekar olanların, evde eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan ve geliri giderine eşit olan hastaların ASD puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4). Bulgular Öner'in (2004) çalışma bulgularıyla benzerdir. Bekar hastalarda ASD puan ortalamasının yüksek olmasının nedeni; evli insanların yanında en azından bir kişi bulunması ve bekarların tek başına yaşadıkları varsayıldığından etraflarında sınırlı sayıda kişi bile olsa, bu sınırlı sayıdaki kişilerden daha fazla sosyal destek görmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

ASD puan ortalaması ile refakatçi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Refakatçisi olan hastaların ASD puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5). Bulgular Öner'in (2004) çalışma bulgularıyla benzerdir. Ailesi ile birlikte yaşayan ve refakatçisi olan hastaların ASD düzeyleri daha yüksektir. Literatürde yoğun bakımda yatan hastalarda yapılan ziyaretlerin hasta üzerinde olumlu etki yaptığı ve aile üyelerinin hastanın temel destek kaynağı olduğu bildirilmiştir (Taşdemir ve Özşaker 2007). Araştırma bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmalarda yüksek gelir düzeyine sahip hastalarda ASD'nin daha yüksek olduğunu belirtilmiştir. Gelir düzeyi arttıkça ASD de yükselmiştir (Öner 2004, Savcı 2006). Bu çalışmada geliri giderine eşit veya fazla olan hastaların ASD puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Yüksek gelir düzeyine sahip kişilerin sosyal ilişkileri alt gelir düzeyindeki kişilerden daha yoğundur. Ayrıca, bu hastaların aile ve sosyal ağ içindeki diğer bireylerle daha yakın ilişkilere sahip olmaları nedeniyle ASD düzeylerinin yüksek olduğu kanısındayız. Bulgular literatür ile uyumludur.

ASD ölçeği alt ölçeklerinden aile desteği puan ortalaması ile medeni durum, evde yaşayan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Evli olanların, evde eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların aileden ASD puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4). Aile desteği puan ortalaması ile daha önce hastanede yatma günü, refakatçi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Daha önce 10 gün ve üzerinde hastanede yatan ve refakatçisi olan hastaların aileden ASD puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5). Koroner bypass ameliyatından altı ay sonra yapılan kontrollerde aile desteği az olan ve yalnız yaşayan kişilerde fiziksel semptomlarda ve depresyon düzeylerinde artış saptanmıştır (Okkonen ve Vanhanen 2006). Koroner bypass ameliyatı geçiren hastalar ile yapılan başka bir çalışmada, aileden alınan sosyal desteğin

hastaya olumlu sağlık davranışları kazandırdığı ve sağlığını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Heitman 2006). Jinekolojik kanserli hastalarda aile desteği puan ortalaması arkadaş desteği ortalamasından yüksek bulunmuştur (Kitiş 2004).

Aladağın (2000) hastaneye yatarak ve ayaktan tedavi gören hastalarla yaptığı çalışmasında; her iki gruptaki hastaların da aileden ASD puan ortalamalarının arkadaşlarından ASD puan ortalamasından daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada da aileden ASD puan ortalaması özel insan ve arkadaş desteği puan ortalamasından yüksektir (Tablo 3). Bulgular literatür ile paraleldir.

ASD ölçeği alt ölçeklerinden arkadaş desteği puan ortalaması ile yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). 45 yaş ve altında olanların, bekarların, lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olanların arkadaş desteği puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4). Bu sonuca, bu yaş grubundaki kişilerin çoğunlukla çalıştıkları, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte sosyal çevrelerinin de genişlemesi ve kişilerin aile, akrabalık ilişkilerine ek olarak okul arkadaşlıkları ve iş çevresinin de katılmasından dolayı ulaşıldığı düşünülebilir.

Bu çalışmada, ASD ölçeği ve alt gruplarının yalnızlık ile ilişkisinde pozitif çok zayıf korelasyon ilişkisi saptanmıştır (Tablo 6). Görme kaybı olan hastalarla ilgili yapılan çalışmada sosyal destek düzeyinin düşük, yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Verstraten ve ark. 2005). Jinekolojik kanserli hastalarla yapılan çalışmada ise yalnızlık düzeyi arttıkça, aile ve sosyal destek düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (Dansuk ve ark. 2002). Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile uygunluk göstermemektedir. Farkın bizim örneklemimizin ameliyat olan hastalardan olduğu ve geçirilen ameliyata bağlı hastaların bu dönemde kendilerini daha fazla yalnız hissettiklerinden kaynaklandığı görüşünderiz.

SONUÇ

Araştırma sonucunda; hastaların algılanan sosyal destek ve yalnızlık puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Yalnızlık düzeyi ile yaşanan yer, daha önce hastaneye yatma durumu, refakatçi yakınlığı ve hastalıkları hakkında bilgisi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bağımsız değişkenler ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). ASD puan ortalaması ile medeni durum, gelir durumu, evde yaşayan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Algılanan sosyal destek ile yalnızlık düzeyi arasında pozitif yönde çok zayıf korelasyon ilişkisi saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hastaların yalnızlığına sebep olan faktörlerin belirlenerek bunlara yönelik önlemlerin alınması,
- Ameliyat olacak hastaya ameliyat öncesi dönemde hastalıkları, ameliyatın riskleri, ameliyat sonrası yaşayabileceği sorunlar, gerekirse ameliyat sonrası tedavi konusunda bilgi verilmesi,
- Hemşirelerin hastalara bütüncül aile/hasta merkezli bakım vermeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aksüllü N, Doğan S (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.
2. Aladağ B (2000). Yatan ve ayakta tedavi gören hastaların sosyal destek ve sosyal karşılaştırma düzeyleri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1-52.
3. Alkan S (1996). Hastanede yatan bireylerde yalnızlık. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 8-88.
4. Alkan S, Sezgin A (1998). Yetişkin hastalarda yalnızlık. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2: 1, 43-52.
5. Altunbaş F (2005). Astım hastalarında hastalığa uyum ile algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma tarzı, iyimserlik ve açıklama biçimi arasındaki ilişkiler. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 21-86.
6. Aştı T, Kara M, İpek G ve ark. (2006). The experiences of loneliness, depression, and social support of Turkish patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 4, 490-497.
7. Ayaz S, Efe ŞY, Korukluoğlu S. (2008). Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 28: 6, 880-885.
8. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M ve ark. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol.*, 65: 6, 1243-1258.
9. Çakır Y, Palabıyıkıoğlu R (1997). Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5: 1,15-24.
10. Dansuk R, Ağargün M, Kars B ve ark. (2002). Jinekolojik kanserli hastaların psikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik*, 12: 2, 142-147.
11. Demir A (1989). UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7: 23, 14-18.
12. Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12: 1, 17-25.

13. El-Mansoury TM, Taal E, Abdel-Nasser AM ve ark. (2008). Loneliness among women with rheumatoid arthritis: a cross-cultural study in the Netherlands and Egypt. *Clin Rheumatol*, 27: 9, 1109-18.
14. Elsenbruch S, Benson S, Rccke M ve ark. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22: 3, 869-877.
15. Fidangül A (2003). Ameliyat ncesi akşamı hastaların anksiyete düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 6-39.
16. Frasure-Smith N, Lespe´rance F, Gravel G ve ark. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101: 1919-1924.
17. Fukui S, Koike M, Ooba A ve ark. (2003). The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 30: 5, 823-30.
18. Geller J, Janson P, McGovern E ve ark. (1999). Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *Journal of Family Practice*; 48: 10, 801-804.
19. Gn F (2006). Kent kltrnde yalnızlık duygusu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 5- 50.
20. Hawkey LC, Cacioppo JT (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior and Immunity*, 17: 1, 98-105.
21. Heitman LK (2006). The influence of social support on cardiovascular health in families. *Family & Community Health*, 29: 2, 131-142.
22. Herlitz J, Wiklund I, Caidahl K ve ark. (1998). The feeling of loneliness prior to coronary artery bypass grafting might be a predictor of short-and long-term postoperative mortality. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 16: 2, 120-125.
23. Kara M, Mirici A (2004). Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36: 4, 331-336.
24. Kayahan M, Sertbaş G (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 113-120.
25. Kayhan C (2003). Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 18-83.
26. Kitiş H (2004). Jinekolojik kanserli hastalarda sosyal destek ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 25-130.
27. Luttik ML, Jaarsma T, Moser D ve ark. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure an overview of the literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20, 3, 162-169.
28. Okkonen E: Vanhanen H (2006). Family support, living alone and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, 35: 4, 234 -244.
29. Ovayolu N, Pehlivan S, Uçan  ve ark. (2007). Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 293-296.

30. Öner A (2004). Bir grup hastada ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1-38.
31. Özkürkçügil AÇ (1998). Cezaevinde yalnızlık ve yalnızlığın depresyonla ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 6: 1, 21-32.
32. Pedersen SS, Van Domburg T, Larsen ML (2004). The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 313-318.
33. Rokasch A, Lechcier-Kimel R, Safarov A (2006). Loneliness of people with physical disabilities. *Social Behavior And Personality*; 34: 6, 681-700.
34. Savcı AB (2006). Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 11-71.
35. Sevil Ü, Ertem G, Kavlak O ve ark. (2006). The loneliness level of patients with gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 16 (Suppl. 1), 472-477.
36. Taşdemir N, Özşaker E (2007). Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 1, 27-31.
37. Verstraten PFJ, Brinkmann WLJH, Stevens NL ve ark. (2005). Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. *International Congress Series*, 1282, 317- 321.
38. Wellbery C (2004). Depression and social support impact myocardial outcomes. *American Family Physician*, 69: 3, 633-634.
39. Yardakçı R, Akyolcu N (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1-2, 7-14.

**LARENKS KANSERLİ TRAKEOSTOMİLİ ERKEK HASTALARIN
BEDEN ALGISI VE RUHSAL DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

*THE ASSESMENT OF THE BODY PERCEPTIONS AND PSYCHOLOGICAL
STATUS OF PATIENTS WITH LARYNX CANCER AND TRACHEOSTOMY*

Tuba HASPOLAT

Prof. Dr. Olcay ÇAM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik

ÖZET

Amaç: Araştırma, larenks kanserli trakeostomili erkek hastaların beden algısı ve ruhsal durumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini, 06.02.2006- 17.04.2006 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Servisine kontrole gelen trakeostomili hastalar, araştırmanın örneklemini ise, görüşmeyi kabul eden 80 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formu ve "Kısa Symptom Envanteri" (Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir) ve beden algılarını ölçmek için "Vücut Algısı Ölçeği" kullanılmıştır. Araçların Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0.71 ve 0.85'tir.

Bulgular: Hastaların tümü erkek olup, % 85'i evlidir. % 91'inin sağlık/sosyal güvencesi vardır. % 79'u sigara kullanmıştır.

Sonuç: Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; 1-)Yaş grubu ile Kişilerarası Duyarlılık, 2-) Medeni durum ile Fobik Anksiyete ve Paranoid Düşünceler 3-) Sigara içme durumu ile Obsesif-kompulsif Bozukluk, Depresyon, Hostilite, Paranoid Düşünceler, Ek Maddeler, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ve Belirti Toplam İndeksi puanları, 4-) Alkol kullanma durumu ile Somatizasyon, 5-) Sosyal güvenceye sahip olma durumu ile Symptom Rahatsızlık İndeksi 6-) Tedavi yöntemi ile Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Vücut algısı ölçeği puanlarıyla ilişkili olan bağımsız değişkenler ise yaş grubu, yerleşim yeri ve sosyal güvenceye sahip olma değişkenlerinin olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Larenks Kanseri, Trakeostomi, Ruhsal Belirtiler, Beden Algısı

ABSTRACT

Objective: The research's aim was to assess of body perceptions and psychological symptoms of patients with larynx cancer and tracheostomy.

Method: The sample of the research consisted of patients of The Ear, Nose, Throat Clinic of Ege University between february 2006- april 2006 with outpatients for coming control that they had tracheostomy and accepted to participate the research (n:80).

Data were collected by using three questionnaire forms that first questionnaire performed by researchers for collecting some socio-demographic characteristics of sample, The Scale of Body Perceptions (SBP) and Brief Symptom

Scale (BSI) which was originally issued by Derogatis et al. In this research sample, The Cronbach Alpha Reliability Coefficient of BSI was 0.71 and SBP was 0.85. In the evaluation of the data, quantitative and percent distributions, analysis of variance, t tests, correlation statistical tests were applied in the research.

Results: All of the patients were male, % 85 of them were married. % 91 of them had social-health security. % 79 of them had smoked.

Conclusion: It was found that there were statistically significant relationships between age groups and interpersonal sensitivity; Marital status and phobic anxiety and paranoid thinkings; Had smoked and obsessive-compulsive disorder, anger-hostility, paranoid thinkings, Serious of Disorders Index, Total Symptom Index. There was a relationship between drinking alcohol and somatization. Similarly, there was a relationship between treatment methods and depression scores.

It was found that there were statistically significant relationships between Total Scores of SBP and age groups, living place, having social- health security.

Key Words: Larynx cancer, Tracheostomy, Psychological Symptoms, Body Perception

GİRİŞ

Kanser tanısıyla yüz yüze gelen hasta inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve uyum dönemlerinden geçer. Kişiden kişiye bu dönemler farklılık gösterir ve çoğu kez iç içe geçmiş durumdadır. Hastalığın kendisi, hastalığın tuttuğu organ, tipi, belirtileri ve bulguları, seyri, tedavi biçimleri, prognoz ve beklenen yaşam süresi, hangi yaş döneminde bu hastalığa yakalandığı, tıbbi hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri, yaşına uygun amaç ve projeleri için hastalığın oluşturduğu tehdit düzeyi (iş, aile, yaş dönemi), çevre destek sistemleri, hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar, hastanın genel fiziksel ve psikolojik potansiyeli, kişilik yapısı ve baş edebilme süreçleri kanser hastalarının uyumunda rol oynayan tıbbi, psikişik ve psikososyal faktörlerdir (Elbi 1991, Baştürk ve ark. 1994, Balım ve ark 1996, Ersoy 1999, Ersoy 2000, Baider ve ark. 2001, Özkan 2001).

Larenks kanserleri tüm kanserlerin %2-3'ünü oluşturmaktadır. Larenks solunum ve yutma gibi yaşamsal fonksiyonların yanında insan sosyal yaşamının vazgeçilmez bir fonksiyonu olan fonasyonda da önemli bir rol oynamaktadır. Larenks kanser cerrahisinden sonra yutma ve solunum fonksiyonları önemli derecede korunurken operasyonun tipine bağlı olarak fonasyonda önemli derecede değişiklikler olmaktadır (Önerci 2001).

İnsanın doğasında var olan konuşma onu diğer canlılardan ayıran en önemli entelektüel özelliktir. Bu nedenle verbal iletişimin kaybına neden olabilen larenks kanseri insan varlığının özünü sosyal açıdan tehdit etmektedir. Larenksin total olarak çıkarılması yıllar boyunca hastalar tarafından kolayca kabullenilememiştir. Ses kaybı dolayısıyla konuşamama sosyal hayatı direkt etkilemektedir; Sözel iletişim kurmada ki güçlük, iş kaybı, aile sürecinde değişiklik ve sosyal iletişimin bozulmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla bu durum

kişinin beden algısını ve ruhsal durumunu olumsuz etkiler (Ersoy 1999, Özkan 2001, Sönmez 2004, Aştı 2005, Kaya ve Aştı 2007). Larenks kanseri teşhisi konmuş, cerrahi operasyon yada radyoterapi veya kombine tedavi görmüş trakeostomili hastaların beden algısı ve ruhsal durumlarının, bu süreçte nasıl etkilendiğini belirleyerek, gereksinime uygun sağlık hizmeti verilebilmesi açısından üzerinde durulmaya değer bir konu olarak değerlendirilmiştir.

Bu araştırmanın amacı, Larenks kanseri teşhisi konmuş, cerrahi operasyon yada radyoterapi veya kombine tedavi görmüş trakeostomili hastaların beden algısı ve ruhsal durumlarını incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Servisinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, 06.02.2006-17.04.2006 tarihleri arasında kontrole gelen larenks kanseri sonrası tedavi olmuş trakeostomili hastalar, araştırmanın örneklemini ise, görüşmeyi kabul eden 80 erkek hasta oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Sosyo-demografik Bilgi Formu: Yazarlar tarafından hazırlanan 22 sorudan oluşan bir form olup, hastanın yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, yaşadığı yerleşim yeri, sosyal güvencesi, gelir durumu, ne kadar süredir kanser hastası olduğu, tedavi yöntemi, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu gibi soruları içermektedir.

Kısa Semptom Envanteri: Deneklerde, çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla kullanılan bir ölçektir. 53 maddeden oluşan, 0- 4 arası puanlanan, Likert tipi bir ölçektir (Şahin,Durak 1994, Savaşır, Şahin1997). Psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 53 madde ile 9 ayrı alt testte değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Bu alt testler ve özellikleri şunlardır:

1. Somatizasyon (S): Bu alt testte yer alan 7 madde (2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37), bedensel işleyişte algılanan bozukluklara bağlı sıkıntıları içermektedir.

2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB): Bu alt test 6 maddeden (5, 15, 26, 27, 32 ve 36) oluşmakta ve bireylerin düşünmekten veya yapmaktan kendini alamadığı, istenmeyen düşünce ve davranışlara bağlı sıkıntıları içermektedir.

3. Kişilerarası Duyarlılık (KD): 4 maddeden (20, 21, 22, 42) oluşan bu alt test ise, kişinin başkaları ile karşılaştırıldığında, kendisi ile yetersizlik ve eksiklik duygularından kaynaklanan sıkıntıları içermektedir.

4. Depresyon (D): Bu alt test 6 maddeden (9, 16, 17, 18, 35 ve 50) oluşmaktadır. Bu maddeler, daha çok yaşam ilgilerinin azalması, güdü ve enerji kaybı, intihar düşünceleri, depresif duygulanım ve depresyonda görülen diğer bazı zihinsel ve somatik belirtilerden oluşan sıkıntıları içerir.

5. Anksiyete Bozukluğu (AB): 6 maddeden (1, 12, 19, 38, 45 ve 49) oluşan bu alt test, tedirginlik, sinirlilik, gerilim gibi yakınmalar ve somatik belirtilere bağlı sıkıntıları içerir.

6. Hostilite (H): Öfke ve düşmanlık olarak da ifade edilen bu alt test 5 maddeden (6, 13, 40, 41 ve 46) oluşmakta ve öfke, saldırganlık ve kızgınlık duygularından kaynaklanan sıkıntıları içermektedir.

7. Fobik Anksiyete (FA): Bu alt test 5 maddeden (8, 28, 31, 43 ve 47) oluşmakta olup, açık yerlerde ve kalabalıkta bulunma ve seyahat etme gibi durumlarda ortaya çıkan sıkıntıları içermektedir.

8. Paranid Düşünceler (PD): 5maddeden (4, 10, 24, 48 ve 51) oluşan bu alt test, kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle, grandiyozite ve otonomi kaybı nedeniyle yaşanan sıkıntıları içermektedir.

9. Psikotisizm (P): Bu alt test 5 maddeden (3, 14, 34, 44 ve 53) oluşmaktadır. Sosyal çevreden uzaklaşma, sizoid yaşam biçimi veya şizofrenik delin ve hallüsinasyonların belirgin olduğu sıkıntıları içermektedir.

10. Ek maddeler (EM): 4 maddeden (11, 25, 39 ve 52) oluşmaktadır. Suçluluk duygularıyla, yemek ve uyku bozuklukları gibi genel sıkıntıları içermektedir.

Kısa semptom envanteri, alt ölçeklere ayrılmaksızın bir bütün halinde uygulanır. Puanlama her madde için 0 ile 4 arasında değişmektedir. Alt ölçek puanları, her alt ölçeği oluşturan maddelere verilen puanların toplamının, madde sayısına bölünmesiyle elde edilir (Savaşır, Şahin1997). Bu çalışmada bu ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.71 olarak hesaplanmıştır.

Vücut Algısı Ölçeği: Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçek 40 maddeden oluşmaktadır ve bütün maddeler 1:Hiç beğenmiyorum ve 5: Çok beğeniyorum aralığında değişen beş dereceli düzeyle puanlanmaktadır.Ölçekten tek puan elde edilmektedir. En düşük puan 40, en yüksek puan 200'dür. Puan artışı, olumlu değerlendirmedeki artış anlamına gelmektedir (Hovardaoğlu 1997). Ölçek kullanımı için izin alınmıştır. Bu çalışmada bu ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.85 olarak hesaplanmıştır.

Öncelikle etik kurul izni alındıktan sonra kurum izni alınmış ve daha sonra, hastalara araştırmanın amacı, niçin yapıldığı ve bütün

bilgilerinin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılarak onayları alındıktan sonra yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Sayı ve yüzde dağılımları belirlenmiştir. Hastaların Kısa Semptom Envanteri ile alt ölçeklerinden ve vücut algısı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımları, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Kısa semptom envanteri ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi, t testi yapılmıştır. Kısa Semptom Envanteri ile Vücut Algısı Ölçeği puanları arasında korelasyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

1-Larenks Kanserli Trakeostomili Hastalara Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Larenks kanserli trakeostomili hastalara ait tanımlayıcı bilgiler tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

TANITICI ÖZELLİKLER	SAYI	YÜZDE
YAŞ GRUBU		
45- 55 arası	35	43.8
56- 65 arası	34	42.5
66 ve üstü	11	13.8
CİNSİYET		
Kadın	0	0
Erkek	80	100.0
MEDENİ DURUM		
Evli	68	85.0
Bekar	6	7.5
Dul	6	7.5
EĞİTİM DURUMU		
İlkokul Mezunu	29	36.3
Ortaokul Mezunu	34	42.5
Lise veya Üniversite Mezunu	17	21.3
MESLEK		
Öğretmen	11	13.8
Emekli	38	47.5
Çiftçi	15	18.8
Serbest Meslek	11	13.8
Ev Hanımı	5	6.3
YERLEŞİM YERİ		
Köy	18	22.5
Kasaba	10	12.5
İlçe	20	25.0
İl	32	40.0
SOSYAL GÜVENCE		

Var	73	91.3
Yok	7	8.8
GELİR DURUMU		
Gelir giderden az	43	53.8
Gelir gidere denk	31	38.8
Gelir giderden fazla	6	7.5
KANSER SÜRESİ		
0 -6 ay	13	16.3
6 -12 ay	18	22.5
1 -5 yıl	40	50.0
6 yıl ve üzeri	9	11.3
TEDAVİ YÖNTEMİ		
Cerrahi işlem	27	33.8
Radyoterapi	16	20.1
Cerrahi+Radyoterapi	37	46.3
SİGARA İÇEN		
Evet	63	78.8
Hayır	17	21.3
ALKOL İÇEN		
Evet	22	27.5
Hayır	58	72.5
TOPLAM	80	100.0

Tablo 1’de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Örneklemde % 43.8 ‘i 45 – 55 yaş arası, % 42.5’i 56- 65 yaş arası ve %13.8 ‘i 66 ve üzeri yaşta olduğu saptanmıştır. Hastaların tamamı erkeklerden oluşmaktadır. Medeni durumları, % 85.0 ‘i evli, % 7.5’u bekar ve % 7.5 ‘u dul dur. Eğitim durumları ise, % 36.3 ‘ü ilkokul mezunu, % 42.5 ‘i ortaokul mezunu, % 21.3 ‘ü lise veya üniversite mezunudur. Hastaların meslekleri incelendiğinde, % 13.8 ‘i öğretmen, % 47.5 ‘i emekli, %18.8 ‘i çiftçi,% 13.8’i serbest meslek sahibi, %6.3 ‘ü ise ev hanımı olduğu saptanmıştır. Yerleşim yerleri ise % 22.5 ‘u köy, % 12.5 ‘u kasaba, % 25.0 ‘i ilçe ve % 40.0’i da ildir. Hastaların % 91.3 ‘ünde sosyal güvenceleri olduğu % 8.8 ‘inin ise sosyal güvencelerinin olmadığı görülmüştür. Hastaların % 53.8 ‘inde gelirin giderden az olduğu, % 38.8 ‘inde gelirin gidere eşit olduğu, % 7.5’ününün da gelirin giderden fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların kanser hastalığı sürelerinin % 16.3 ‘ü 0-6 ay, % 22.5 ‘u 6-12 ay, % 50.0’i 1-5 yıl ve % 11.0 ‘i 6 ve üzeri olduğunu belirlenmiştir. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ise, % 33.8 ‘ine cerrahi işlem, %20.1 ‘ine radyoterapi, % 46.3 ‘üne ise cerrahi işlem ve radyoterapi uygulandığı saptanmıştır. Hastalıklarından önce bu kişilerin % 78.8 ‘inin sigara içtiği % 21.3 ‘ünün ise sigara içmediği belirlenmiştir. Alkol içenlerin sayısı ise, % 27.5, içmeyenlerin ise % 72.5 olarak saptanmıştır.

2-Larenks Kanserli Trakeostomili Hastaların Ruhsal Durum ve Vücut Algısı Ölçekleri Puanlarına Ait Bulgular

Tablo 2: Kısa Semptom Envanteri- Alt Ölçekleri ve Vücut Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kısa Semptom Envanteri ve Vücut Algısı Ölçeği puan Ortalamaları	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Kısa Semptom Envanteri - Alt Ölçekleri (KSE)				
Somatizasyon (SOM)	3.00	2.86	0.00	14.00
Obs. Komp. Belirtiler (OKB)	3.18	4.2.5	0.00	19.00
Kişilerarası Duyarlılık (KD)	3.73	2.96	0.00	11.00
Depresyon(D)	3.09	3.15	0.00	20.00
Anksiyete Bozukluğu (AB)	3.13	2.88	0.00	12.00
Hostilite (HOST)	3.30	3.44	0.00	17.00
Fobik Anksiyete (FA)	1.72	2.07	0.00	8.00
Paranoid Düşünceler (PD)	2.84	2.97	0.00	11.00
Psikotizm (PS)	1.61	2.27	0.00	11.00
Ek Maddeler (EM)	1.96	2.56	0.00	12.00
Belirti Toplam İndeksi (BTİ)	14.46	8.13	1.00	39.00
Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI)	1.75	0.61	1.00	3.36
Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)	154.14	11.07	122.00	191.00

Hastaların kısa semptom envanteri alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek alt ölçek puan ortalamalarının sırasıyla, KD (\bar{x} : 3.73± 2.96), HOST (\bar{x} : 3.30±3.44) ve OKB (\bar{x} : 3.18±4.24) alt ölçekleri olduğu ve ayrıca Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) puan ortalamasının ise \bar{x} :154.14± 11.07 olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

3-Larenks Kanserli Trakeostomili Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile Ruhsal Durumları ve Vücut Algıları Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Hastaların yaşları ile KSE'nin sadece *Kişilerarası Duyarlılık* alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (F:3.171, P=0.048). Bu farkın hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey testinde ise farklılığın grup bir yani (45-55 yaş grubu) ile grup iki (56-65 yaş) arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. 45-55 yaş grubunun puan ortalaması 4.57+3.01 iken, 56-65 yaş grubunun ise, 2.82+2.4 tür.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumları ile KSE ve alt ölçekler arasındaki ilişkilere incelendiğinde; kısa semptom envanterinin *fobik anksiyete ve paranoid düşünceler* adındaki iki alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Fobik ank. İçin F=6.242,P=0.003 paranoid düşünceler için F=3.87, p=0.025). Bu farkın hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey testinde ise farklılığın evli grup ile bekar grup arasındaki farktan (bekar grubun aleyhine olacak şekilde) kaynaklandığı görülmüştür. Evli grubunun puan ortalaması *fobik anksiyete* için, 1.57+1.96 iken, bekar grubunun ise, 4.33+2.25,

paranoid düşünceler alt ölçeğinde evli grubun puan ortalaması 2.68+2.8 iken bekar grubun puan ortalaması 5.83+3.97' dir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları, meslek gruplarına, yerleşim yerleri ve gelir durumları ile KSE ve envanterin alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür. Ancak hastaların sosyal güvenceye sahip olmalarına göre KSE ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; alt ölçeklerde farklılaşma istatistiksel anlamlılık vermemesine karşın, toplam puanda yani Semptom Rahatsızlık İndeksinde-SRI istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu saptanmıştır (T=2.3,P=0.04). Sosyal güvenceye sahip hastalarda semptom sıklığının (puan ortalaması 1.78+0.6 iken, güvencesi olmayanlarda puan ortalaması 1.47+0.3 olarak) fazla olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan tedavi yöntemlerine göre KSE ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde; sadece Depresyon alt ölçeği puan ortalamalarının farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu durumda depresyon düzeyinin radyoterapi uygulanan hastalarda, sadece cerrahi işlem yapılanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sigara içme durumlarına göre, KSE ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde, alt ölçeklerden, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, hostilite, paranoid düşünceler, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve belirti toplam indeksi alt ölçekleri olmak üzere yedi tanesinde puan ortalamalarının sigara içenlerde fazla olacak şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların alkol kullanma durumlarına göre, KSE ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde, sadece somatizasyon alt ölçeğinde alkol kullanan grupta (puan ortalaması 4.27+3.6, kullanmayan grupta 2.5+2.4 olup, t=2.11,P= 0.044) yüksek olmak üzere puanlarda farklılık olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların yaşlarına göre, Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) puan ortalamalarının (56-65 yaş arası grubun puan ortalamaları daha yüksek diğer bir anlatımla vücutlarını daha olumlu algılıyor oldukları üzere) farklılaştığı görülmüştür (F= 3.1, P<0.05).

Ayrıca hastaların medeni durumlarına göre, VAÖ puan ortalamalarının farklılaşmadığı belirlenmiştir (F=0.425, P=0.66).

4-Larenks Kanserli Trakeostomili Hastaların Kısa Semptom Envanteri İle Vücut Algısı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiler

Tablo 3: Kısa Semptom Envanteri ve Alt Ölçekleri İle Vücut Algı Ölçeği Korelasyon Tablosu

	VAÖ. TOPLAM	KSE1.S	KSE2.OKB	KSE3.KD	KSE4.D	KSE5.AB	KSE6.H	KSE7.FA	KSE8.PD	KSE9.P	KSE.EM	KSE.RCI	KSE.BTI	KSE.SRI	
VAÖ. TOPLAM	r	1													
	P														
KSE1.S	r	-.467**	1												
	P	.000													
KSE2.OKB	r	-.269*	.531**	1											
	P	.016	.000												
KSE3.KD	r	-.195	.438**	.474**	1										
	P	.083	.000	.000											
KSE4.D	r	-.242*	.510**	.528**	.400**	1									
	P	.031	.000	.000	.000										
KSE5.AB	r	-.164	.514**	.669**	.390**	.445**	1								
	P	.147	.000	.000	.000	.000									
KSE6.H	r	-.281*	.579**	.383**	.276*	.382**	.528**	1							
	P	0.12	.000	.000	.013	.000	.000								
KSE7.FA	r	-.246*	.579**	.634**	.493**	.476**	.491**	.442**	1						
	P	.028	.000	.000	.000	.000	.000	.000							
KSE8.PD	r	-.052	.462**	.525**	.446**	.413**	.412**	.317**	.507**	1					
	P	-.097	.475**	.581**	.447**	.551**	.000	.004	.000	.000					
KSE9.P	r	-.097	.475**	.581**	.447**	.551**	.562**	.350**	.616**	.570**	1				
	P	.394	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000					
KSE.EM	r	-.342**	.585**	.564**	.379**	.694**	.587**	.449**	.447**	.516**	.644**	1			
	P	.002	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000				
KSE.RCI	r	-.323**	.767**	.817**	.641**	.732**	.765**	.649**	.755**	.696**	.765**	.788**	1		
	P	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000			
KSE.BTI	r	-.415**	.788	.684**	.502**	.676**	.651**	.652**	.659**	.635**	.584**	.746**	.893**	1	
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
KSE.SRI	r	-.006	.499**	.578**	.514**	.475**	.653**	.491**	.488**	.521**	.620**	.509**	.726**	.443**	1
	P	.957	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

Benzer şekilde, hastaların eğitim durumlarına (F=0.525, P > 0.05) ve mesleklerine (F=1.82,P>0.05) göre de, VAÖ puan ortalamalarının farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bunlarla birlikte, gelir düzeyi, hastalık süresi, hastalara uygulanan tedavi yöntemi, sigara ve alkol kullanma durumu gibi değişkenlerle de VAÖ puan ortalamalarının farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yerleşim yerlerine göre, VAÖ puan ortalamalarında farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde, puan ortalamalarında farklılaşma olduğu görülmüştür (F=4.467, P= 0.006). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan, Tukey testinde ise farklılığın yerleşim yeri kasaba olan grupta ortalamaların düşük olmasından veya kasabada yaşayanların vücut algılarının daha olumsuz olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre, VAÖ puan ortalamalarında farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde de, sosyal güvenceye sahip olanların olmayanlara göre, vücutlarını daha olumsuz algıladıkları belirlenmiştir (T= -2.158, P= 0.03).

Tablo 3'de görüldüğü gibi Vücut Algısı Ölçeği ile işaretli Kısa Semptom Envanteri ve Alt Ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyonlar olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Hastaların %43.8'i 45 -55 yaş arası, %42.5'i 56-65 yaş arası, %13.8'i 66 ve üzeri yaşa sahiptirler. Araştırmaya katılan hastaların hepsi erkektir. Baş boyun kanserlerinin sıklıkla 50-60 yaşları arasında, erkeklerde (kadınların üç katı) ve sigara içenlerde oranın daha fazla olduğu literatürde belirtilmiştir (Haydaroğlu 1997, Kaya,Aştı 2007). Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına incelendiğinde; %85.0'inin evli, %7.5 'inin bekar ve %7.5'inin dul olduğu belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumları ise %36.3'ünün ilkokul mezunu, %42.5'inin ortaokul mezunu ve %21.3'ünün lise veya üniversite mezunudur. Hastaların meslek dağılımları ise; %13.8' inin öğretmen, %47.5'inin emekli, %18.8'inin çiftçi, %13.8'inin serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların yerleşim yerlerine göre dağılımı ise, %22.5'inin köy, %12.5 'inin kasaba, %25.0'ının ilçe ve %40.0'ının il olduğu saptanmıştır. Bu hastaların %91.3'ünün sosyal güvenceleri vardır. %8.8'inin ise sosyal güvenceleri yoktur. Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyleri incelendiğinde ise; %13.8'inin gelirin giderden az olduğu, %38.8'inin gelirin gidere denk olduğu ve %7.5'inin gelirin giderden fazla olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastalık sürelerine incelendiğinde; 0-6 ay olanlar %16.3, 6-12 ay olanlar %22.5, 1-5 yıl olanlar %50.0, 6 yıl ve üzeri olanlar %11.3 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların tedavi yöntemleri incelendiğinde; %33.8'inin

cerrahi operasyon, %20.1'inin radyasyon tedavisi ve %46.3'ünde hem cerrahi operasyon hem de radyasyon tedavisi geçirdiği tespit edilmiştir. Hastalardaki sigara içme oranları gözden geçirildiğinde; %78.8'inin hastalanmadan önce sigara içtiği, %21.3'ünün ise içmediği saptanmıştır. Alkol içme durumları incelendiğinde; %27.5'inin hastalıklarından önce alkol kullandıklarını, %72.5'inin ise kullanmadıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

1-Larenks Kanserli Trakeostomili Hastaların Ruhsal Durumlarına Ait Bulguların İncelenmesi

Trakeostomili hastaların kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek alt ölçek ortalamalarının KD (x: 3.73± 2.96), HOST (x: 3.30± 3.44), OKB: (x: 3.18± 4.24) ve D: (x: 3.09± 3.14) olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde SCL-90-R ölçeği kullanılarak yapılan ruhsal durum ile ilgili araştırmalardan Özgür, Karaslan, Çam ve arkadaşlarının Bornova bölgesinde, sağlıklı populasyonda tarama amaçlı yapılan araştırmada (1998), bireylerde GSI'nın 0.51±0.37 ve en yüksek alt ölçek puan ortalamalarının OKB (x:0.64± 0.45), KD (x: 0.60± 0.54) ve SOM (x: 0.60± 0.50) olduğu belirlenmiştir.

Normal populasyon olarak değerlendirilebileceği düşünülerek, madende çalışan erkeklerden oluşan bir örnekleme, Çam ve Kırılı (2008) tarafından yapılan bir araştırmada, kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek alt ölçek puan ortalamalarının OKB (x: 4.73± 3.53), PD (x: 4.72± 4.16) ve SOM (x: 3.58± 4.16) alt ölçekleri olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Çam ve Bezkoktu (2008) tarafından mermer işçileriyle yapılan araştırmada ise en yüksek alt ölçek puan ortalamalarının OKB (x: 6.14± 4.7), PD (x: 5.07± 4.46) ve SOM (x: 5.06± 5) alt ölçekleri olduğu saptanmıştır. Yukarıdaki bilgilere göre, trakeostomili hastaların normal populasyona göre, kişilerarası duyarlılık ve hostilite puanlarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

2-Larenks Kanserli Trakeostomili Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Ruhsal Durumları Ve Vücut Algısı Ölçeği Puanlarıyla İlişkisinin İncelenmesine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların yaşları, kısa semptom envanteri alt ölçekleri ortalamaları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve KSE-Kişilerarası Duyarlılık'ı etkilediği saptanmıştır. Hangi yaş grupları arasında olduğunu incelemek için yapılan Tukey HSD testinde 2'li analize gidildiğinde farklılığın grup 1 ile grup 2 yani (45 -55) yaş ile (56-65) yaş arasında olduğu, (45-55 yaş grubunda daha yüksek olmak üzere) belirlenmiştir (p<0.05) .

Ülkemizde SCL-90-R ölçeği kullanılarak yapılan ruhsal durum ile ilgili araştırmalardan Özgür, Karaslan, Çam ve arkadaşlarının Bornova

Bölgesinde yaptığı araştırmada (1998), alt ölçek puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, sadece SOM ($p<0.01$) ve PD ($p<0.01$) alt ölçek puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir. Çam ve Bezkoktu (2008) tarafından yapılan çalışmada ise, yaş ile somatizasyon puanlarının arttığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumları, kısa semptom envanteri alt ölçekleri ortalamaları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve KSE-Fobik Anksiyete'yi ve KSE-Paranoid Düşünceler'i etkilediği belirlenmiştir.

Özgür, Karaslan, Çam ve ark. (1998), alt ölçek puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişkiyi incelediğinde, anlamlı farklılık gösteren alt ölçek ortalamalarının SOM ($p<0.01$), D ($p<0.01$), ve PD ($p<0.01$) olduğunu belirlemişlerdir. Çam ve Kırılı (2008), maden işçileri ile yapılan çalışmasında işçilerin medeni durumları ile KSE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde ise, sadece Depresyon alt ölçeği ile medeni durum arasında, evlilerde yüksek olmak üzere, anlamlı bir fark bulmuştur. Çam ve Bezkoktu (2008)'nin çalışmasında ise ilişki saptanmamıştır.

Hastaların eğitim durumlarının, mesleklerinin ve yerleşim yerlerinin, kısa semptom envanteri alt ölçekleri ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumları Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri ortalamaları ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiş ve KSE-Semptom Rahatsızlık İndeksi- SRI'ni etkilediği saptanmıştır. Çam ve Kırılı (2008) Soma bölgesinde çalışan maden işçilerinin sosyal güvence durumları ile kısa semptom envanteri puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde ise hiçbir KSE puan ortalaması ile sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların gelir düzeyleri ve hastalık süreleri ise Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan tedavi yöntemlerine göre, KSE ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde; sadece Depresyon alt ölçeği puan ortalamalarının farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu durumda depresyon düzeyinin radyoterapi uygulanan hastalarda, sadece cerrahi işlem yapılanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Uygulanan tedavi yöntemi kanser evresiyle de ilişkili olduğu için depresyon puanlarında farklılaşmaya da neden olmuş olacağı düşünülebilir. Ayrıca depresyon puanlarının kanser hastalarında daha yüksek olduğunun belirtildiği bir çok çalışma

vardır (Altug ve ark.1995, Ateşci ve ark.2003, Baştürk ve ark. 1994, Bottomly 1998, Massie , Holland 1990, Valente, Saunders 1997).

Hastaların sigara içme durumlarına göre, KSE ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde, alt ölçeklerden, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, hostilete, paranoid düşünceler, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve belirti toplam indeksi alt ölçekleri olmak üzere yedi tanesinde puan ortalamalarının sigara içenlerde fazla olacak şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Özgür, Karaslan, Çam ve arkadaşlarının (1998),yaptıkları tarama araştırmasında KSE alt ölçek puan ortalamalarının sigara kullananlarda yüksek puanların sırasına göre, SOM, OKB, H olduğunu bulmuşlardır.

Araştırmaya katılan hastaların alkol içme durumları kısa semptom envanteri alt ölçekleri ortalamaları ile karşılaştırıldığında ise, alkol içen hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş, KSE-Somatizasyonu etkilediği saptanmıştır. Özgür, Karaslan, Çam ve arkadaşlarının çalışmasında (1998), KSE alt ölçek puan ortalamaları ile bireylerin alkol kullanma durumları karşılaştırıldığında H, KD ve SOM alt ölçekleri olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların yaşlarına göre vücut algı ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. 66 yaş ve üstü hastaların vücut algılarının olumsuz olduğu belirlenmiştir, bu sonuç yaşla birlikte duyuşsal, motor ve algısal yetersizlikler vücudun algılanmasında olumsuz yönde değişime neden olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların; medeni durum, eğitim durumu ve mesleklerinin vücut algısı ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur. Hastaların yerleşim yerleri ve vücut algı ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, kasabada yerleşim gösterenler vücutlarını diğerlerine göre daha olumsuz algılamaktadırlar. Araştırmaya katılan hastalarda, sosyal güvenceye sahip olanların olmayanlara göre, vücutlarını daha olumsuz algıladıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyleri, hastalık süresi, uygulanan tedavi yöntemi, sigara ve alkol kullanım durumlarının vücut algısı ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür.

SONUÇLAR

Hastaların yarısına yakını (% 43.8) 45- 55 yaş grubundadır. Hastaların %85 'i evli ve %42.5'i ortaokul mezunudur. Hastaların %47.5'i emekli olup, %91.3'ünün sosyal güvenceleri vardır. Hastaların %40'ı ilde oturmaktadır. Hastaların yarısı (%50.0) 1- 5 yıldır kanser hastasıdır. %22.5'i 6- 12 ay kanser hastası, %16.3'ü 0- 6 ay ve %11.3'ü

6 yıl ve üzeri kanser hastasıdır. Hastaların yarısına yakını (%46.3) cerrahi+radyoterapi tedavi yöntemi uygulanmıştır, hastaların %33.8'ine sadece cerrahi işlem ve hastaların %20.1'ine sadece radyoterapi uygulanmıştır. Hastaların %78.8'i sigara, %27.5'i alkol kullanmıştır.

Hastaların kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamaları KD (x: 3.73± 2.96), HOST (x: 3.30± 3.44), OKB: (x: 3.18± 4.24) ve D: (x: 3.09± 3.14) dir. Hastaların Kısa Semptom Envanteri alt ölçeği puan ortalamaları ile istatistiksel olarak ilişki saptanan sosyo-demografik özellikleri şunlardır:

Hastaların yaş grupları ile kısa semptom envanteri puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde, KSE puan ortalaması ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak, KD puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiş olup, 45-55 yaş aralığındaki grubun kişiler arası duyarlılık puanları daha yukarıdaki yaş gruplarına göre yüksektir.

Hastaların medeni durumları ile KSE puan ortalamaları incelendiğinde FA ve PD alt ölçeği ile medeni durum arasında, bekar grup aleyhine olmak üzere, anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hastaların sosyal güvenceye sahip olmaları ile KSE puan ortalamaları incelendiğinde, SRI alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup sosyal güvencesi olanlarda semptom sıklığı daha fazladır.

Hastaların tedavi yöntemleri ile KSE puan ortalamaları incelendiğinde, D alt ölçeği puanlarında, radyoterapi alanlarda daha yüksek olmak üzere, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hastaların sigara içme durumları ile KSE puan ortalamaları incelendiğinde, OKB, D, H, PD, EM, RCI, BTI alt ölçeklerinin puanlarında, istatistiksel olarak, sigara içen grubun aleyhine olmak üzere, anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Hastaların alkol kullanma durumları ile KSE puan ortalamaları incelendiğinde, SOM, alt ölçeği puanlarının alkol kullananlarda daha yüksek olmak üzere, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur.

Hastaların eğitim durumu, meslek, yerleşim yeri, gelir durumu ve kanser süreleri ile KSE puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların vücut algısı ölçeği puan ortalamalarının yaş, yerleşim yeri ve sosyal güvenceye sahip olup olmama durumuna göre farklılaştığı görülmüştür. Buna göre, 56- 65 yaş aralığında olanlar bu aralığın altında veya üstünde olanlara göre, vücutlarını daha olumlu algıladıkları, yerleşim yeri kasaba olanlar vücutlarını diğer yerleşim yerindekilere göre daha olumsuz algıladıkları, sosyal güvencesi olanlar

olmayanlara göre vücutlarını daha olumsuz olarak algıladıkları belirlenmiştir.

Hastaların vücut algısı ölçeği puan ortalamalarının medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, hastalık süresi, uygulanan tedavi yöntemi, sigara içme ve alkol kullanımına göre değişmediği görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Altuğ B, Kaya N, Ecirli Ş, Dura S, Kucur R (1995) Kanser hastalarında psikiyatrik belirti dağılımı. 4. Anadolu Psikiyatri Günleri. 268-272.
2. Aştı T (2005) Larenjektomili hastanın solunum problemlerine yönelik hemşirelik bakımı. 28. Türk Ulusal Otorinolaringoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi. I.Ulusal KBB Hemşireliği Kongresi, Antalya.
3. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N(2003) Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 14(2); 145-152.
4. Baider L, Peretz T, Hadani PE, Koch U. (2001) Psychological intervention in cancer patients: A randomised study. General Hospital Psychiatry; 272-277.
5. Balım E, Dilbaz N, Bayam G ve ark.(1996) Onkolojik hastalarda depresyon, kaygı, ümitsizlik düzeylerinin değerlendirilmesi. 4.Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, İstanbul, 235-242.
6. Baştürk M, Ünal A, Turan T, Karaslan F. (1994) Kanserli hastalarda mental bozukluklar. Erciyes Tıp Dergisi; 16 (1); 15-20.
7. Bottomly A (1998) Depression in Cancer Patients: a Literature Review. Eur. J. Cancer. 7; 181-191.
8. Çam O, Bezkoktu A (2008) Mermer işçilerinin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının incelenmesi. XV.Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi.28-31 ekim, Kocaeli, Kongre Kitabı; sf: 40.
9. Çam O, Kırılı H (2008) Maden işçilerinin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının incelenmesi. XV.Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi. 28-31 ekim, Kocaeli, Kongre Kitabı; sf: 40.
10. Elbi H. (1991) Kanser psikolojik yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi; 2 (2); 60-64.
11. Ersoy A. (1999) Kanser Hastalarında Depresyon Tanısının İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, s.1-25.
12. Ersoy A (2000) Kanser hastalarında inkar, tedavi ekibiyle ilişki, bilgilendirme, kanser tanısının söylenmesi, alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. 3P Dergisi. 8; 17-26.
13. Haydaroğlu A. (1997) Baş Boyun Kanserleri, İzmir: Ege Üniversitesi Basım Evi, s.8-25-111.
14. Hovardaoglu S. (1993) Vücut Algısı Ölçeği. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1 (2); 26.
15. Kaya N, Aştı T (2007) Larinks kanserli bireylerde hemşirelik bakımı. İst. Ün. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 15(59); 107-115.
16. Massie M, Holland J(1990) Depression and the cancer patients. J Clin. Psychiatry, 51; 12-17.

17. Önerci M.(2001) Sorularla Kulak Burun Boğaz Hastalıkları. Ankara: Güneş Kitabevi, s.383-391.
18. Özgür G, Karaaslan A, Çam O, Gürkan A, Dülgerler Ş, Uysal O. (1998) Bornova Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Toplumda Ruhsal Belirtilerin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu. 1995 HYO-06. İzmir.
19. Özkan S. (2001) Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. 5.Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı, İstanbul, 140-153.
20. Savaşır I, Şahin HN.(1997) Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Özyurt Matbaacılık, No: 9. s.115-123.
21. Sönmez S. (2004) Larenks Kanserli Takip Sonuçlarının Bilgisayarlı Analizi. Uzmanlık Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, s.2-14.
22. Şahin N, Durak A (1994) Kısa Semptom Envanter. Türk gençliği için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 9(31); 44-56.
23. Valente SM, Saunders F(1997) Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. Cancer Nursing. 20; 168-177.

**SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYON KONTROLÜNDE
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ ORGANİZASYONUNUN ETKİSİ**

*THE EFFECT OF THE ORGANIZATION OF THE NURSING SERVICES ON
THE CONTROL OF HE ALTHCARE RELATED INFECTIONS*

Yard. Doç. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Hemşirelerin çalışma koşulları sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlarla, mesleki yaralanmalarla ve personel enfeksiyonları ile yakın ilişkilidir. Hemşirelerin çalışma koşulları uygun olmadığında hasta güvenliği ihlallerinin ve sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların arttığı yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Hemşire sayısı ile hastaların hastanede kalma süresi, idrar yolu enfeksiyonları, ameliyat sonrası enfeksiyonlar, pnömoni ve basınç ülseri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Enfeksiyon riskini yönetmek için standart enfeksiyon kontrol önlemlerinin benimsenmesi anahtar bir uygulamadır. Hemşirelerin gerçekleştirdiği işlemlerde asepsi prensiplerine uyması, bilgilerini sürekli güncellemeleri, çevre temizliğinin hastadan kaynaklanabilecek mikrobiyal rezervuarı azaltmadaki önemini ve bu durumun hasta ve toplum güvenliği açısından rolünü bilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon; enfeksiyon kontrolü; hemşirenin rolü

ABSTRACT

Working conditions of nurses are closely related to occupational injuries, staff infections and health care related infections. It has been proved by the studies that patient safety violation and healthcare related infections are increased in cases of improper nursing working conditions. It has been stated that there is a relationship between the number of nurses and duration of hospitalization, urinary tract infections, postoperative infections, pneumonia and pressure ulcer. Adoption of infection control practices is a key practice to manage infection risk. It is important that the nurses' adhering aseptic principles during the processes performed to update their knowledge, to know the importance of environmental cleaning on decreasing microbiological reservoir from patient and to know the role of the situation in terms of patient and community safety.

Key Words: Infection; Infection Control; Nurse's Role

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar günümüzde sağlık hizmetini veren ve bu hizmetten yararlananların karşı karşıya olduğu

en önemli risklerden biridir (King 2005, Chalmers ve Straub 2006). Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların hem sağlık hizmetlerini veren kişi, hem alan kişi, hem de ülke ekonomisi açısından önemi büyüktür (Gören ve Fen 2005, Chalmers ve Straub 2006). Her yıl milyonlarca insan sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar nedeniyle günlerce hastanede yatmak zorunda kalmakta, on binlerce insan enfeksiyon nedeni ile kaybedilmekte, büyük miktarlarda maddi ve işgücü kaybı olmaktadır (Curran 2001, Good 2005, Gören ve Fen 2005, Chalmers ve Straub 2006). Bu nedenle hastaların ameliyatları ertelenmekte, hastalar geç taburcu olmakta, gereksinimi olan bir başka hastanın bu yatağa, dolayısıyla tedaviye ulaşması engellenmektedir. Yine tüm bunlara bağlı olarak da, daha fazla girişim, daha fazla tanılayıcı ve tedavi edici tetkik yapılması ve hastane personelinin daha fazla emek ve zaman harcaması gerekmektedir (Chalmers ve Straub 2006). Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyona yakalanan bireyler taburcu edilseler bile evde bakıma gereksinim duymakta, günlük aktivitelerine ve işine daha geç dönmektedir. Tüm bunlar etkili ve güvenli bakımın verilmesi gereken hastanelere duyulan güveni de sarsmaktadır (Good 2005, Chalmers ve Straub 2006).

HEMŞİRELER VE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR

Sağlık kuruluşlarında hastalara hizmet vermek, tüm sağlık ekibinin görevidir (Jones 2004, Wiseman 2006). Hastanelerde 24 saat ara vermeden hastayla baş başa kalan bir meslek grubu olan hemşireler sürekli olarak iletişime girilebilecek, ulaşılabilir olan yegane bireylerdir. Bu nedenle, hastanın gereksinimi olabilecek her türlü faaliyette ve koordinasyonu sağlamada büyük bir sorumluluğa sahiptirler (Jones 2004).

Hemşirelerin çalışma koşulları, sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlarla, mesleki yaralanmalarla ve personel enfeksiyonları ile yakın ilişkilidir (Stone ve ark. 2004, Gören ve Fen 2005). Hemşireler hastane işgücünün en büyük bölümünü gerçekleştirirler (Stone ve ark. 2004, Institute of Medicine 2004). Bu nedenle de tüm dünyada hemşire sayısının az olması, gelecekte ortaya çıkacak enfeksiyon salgınları için önemli faktörlerden biridir (Stone ve ark.2004). Hemşire sayısı ile hastaların hastanede kalma süresi (hemşire sayısı az olduğunda hastaların hastanede kalma süresi artmaktadır), idrar yolu enfeksiyonları, ameliyat sonrası enfeksiyonlar, pnömoni ve basınç ülseri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Institute of Medicine 2004). Sağlık Bakım Kalitesi ve Araştırmaları Kurumu (The Agency for Healthcare Quality and Research)'nin desteklediği kanıta dayalı uygulamalar raporunda, hemşirelerin eğitim düzeyi ile hastalarda ortaya çıkan hata insidansında

bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin çalışma koşulları uygun olmadığında, hasta güvenliği ihlallerinin ve sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların arttığı yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Bununla birlikte hemşirelerin sayısal yeterliliğinin sağlanması ya da hemşire başına düşen hasta sayısının azaltılması, enfeksiyonların önlenmesinde tek başına yeterli değildir. Hemşirelerin sayısal olarak yeterli olmasının dışında yeterli bilimsel bilgi ve beceri ile bunları uygulamaya yansıtma yetisine sahip olmaları gerekmektedir (Stone ve ark. 2004, King 2005).

Hemşirelerin meslekleri gereği enfeksiyon hastalıkları ile karşılaşmaları hem kendi sağlıklarını, hem de hastaların sağlığını riske atan bir başka sorundur. Hastanelerde kan ve diğer beden sıvıları ile en fazla karşı karşıya gelenler hemşirelerdir (Kişioğlu ve ark. 2002, Stone ve ark. 2004). Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık Enstitüsü'nün raporuna göre (National Institute for Occupational Safety and Health-2003) hemşirelerin kan ve/veya diğer beden sıvıları ile karşılaşma oranı %44, hekimlerin %29, teknisyenlerin %13 ve diğer görevlilerin %11'dir (Stone ve ark. 2004). Yeni ortaya çıkan enfeksiyonlarda ya da bulaşıcı hastalıkların salgın durumlarında da hemşirelerin sağlığı ve dolayısıyla bakım verdikleri hastaların sağlığı tehlike altına girmektedir. Örneğin; hastane kaynaklı şiddetli akut solunum sendromu (SARS) salgınında vakaların çoğunluğunu hastane çalışanları oluşturmaktaydı ve çoğu ülkede hemşireler en fazla etkilenen meslek grubu olarak belirlenmişti. Toronto salgınında, oksijen maskesi takma, enfekte hastayı aspire etme gibi hasta bakım aktivitelerinin büyük çoğunluğu yoğun bakım hemşireleri tarafından gerçekleştirildiği için hemşireler hastalığın yayılmasında en önemli kaynak olarak gösterildi. Olası bir influenza pandemisi sırasında da sağlık çalışanlarının kritik bir durumda olacağı düşünülmektedir. Geçmişteki bir parainfluenza salgını sırasında ilk sağlık hizmetini sunan çalışanların %25'inin solunum rahatsızlıkları belirtilerini taşıdığı belirtilmektedir. Olası bir salgın durumunda, özellikle sağlık çalışanlarının sayıca yetersiz olduğu kurumlarda, çalışanların yerini alabilecek kişilerin yetersizliği başta acil servisler olmak üzere tüm bölümlerin hastalıkların yayıldığı ortamlar haline gelebileceği dikkate alınmalıdır. Ortaya çıkabilecek krizin gelecekte büyük bir tehdit oluşturabileceği vurgulanmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention 2003, Stone ve ark. 2004).

Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar, giderek risk yönetimi ve hasta güvenliğinin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Enfeksiyon kontrolü hasta bakım kalitesinin önemli bir belirteci olarak kabul edilmektedir. Hemşireler doğrudan ya da dolaylı olarak bir hastada enfeksiyon gelişimini etkilemektedir (Stone ve ark 2004, Storr ve ark. 2005). Hemşirelik girişimlerinin bilimsel bilgi ve beceri ile uygulanmasının hastanelerdeki enfeksiyon oranlarında düşüşe neden olacağı belirtilmektedir. Literatürde sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların

%35-50'sinin üriner kateter, damar yolu kateteri kullanılması ve bakımı, pulmoner fonksiyonların tedavisi, desteği ve bakımı, cerrahi girişime bağlı bakım olmak üzere başlıca bakım aktiviteleri ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Bu aktivitelere bakıldığında hemşirelerin sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların yayılmasındaki önemi ortaya çıkmaktadır (Smith ve Rusnak 1997, Stone ve ark 2004, Storr ve ark. 2005). Çünkü "bakım verme" hemşireliğin en temel görevlerinden biridir. Benzer olarak, Sağlık Bakımını Geliştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement, ABD) de önlenabilir ölümler için altı değişiklik önermiştir. Bu altı değişiklikten üç tanesinin enfeksiyonlar ve hemşirelik aktiviteleri ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Bunlar santral venöz kateter enfeksiyonlarının, cerrahi alan enfeksiyonlarının ve ventilatör ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi olarak sıralanmaktadır (Storr ve ark. 2005).

HEMŞİRELER VE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN İLİŞKİSİ

Hastanelerdeki hemşirelik hizmetinin hasta güvenliği ve bakım kalitesi üzerine doğrudan etkisi nedeniyle hemşirelerin eğitim düzeyi, çalışma saatleri, çalışma koşulları ve hemşire başına düşen hasta sayısının oldukça önemli olduğu yadsınmaz. Yapılan bir çalışmada, kateter ile ilişkili enfeksiyon salgını ile hemşire sayısı arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Salgın öncesi hemşire sayısının daha fazla olduğu ancak salgın esnasında hemşire/hasta oranının daha düşük olduğu saptanmıştır (Fridkin ve ark. 1996). Archibald ve ark. (1997), bir pediyatrik kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde hemşire başına düşen hasta sayısındaki artışın; hastane enfeksiyonlarında artışa yol açtığını saptamışlardır (Archibald ve ark. 1997). Amaravadi ve ark. (2000), Maryland'deki 35 hastanenin yoğun bakım ünitelerinde hemşire/hasta oranının enfeksiyonlar, kardiyak arrest, re-intübasyon ve mortalite üzerindeki etkisini araştırmışlar ve hemşire başına ikiden fazla hasta düşen yoğun bakım ünitelerinde; enfeksiyon oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Amaravadi ve ark. 2000). Needleman ve ark. (2002), Amerika Birleşik Devletleri'nin 11 eyaletindeki 799 hastanede gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda; hemşire sayısı arttığında hastane kaynaklı komplikasyonlarda azalma olduğuna dikkat çekmektedirler (Needleman ve ark. 2002). Farklı çalışmalarda metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) enfeksiyonlarının aşırı iş yükü ve hemşire sayısının az olmasıyla ilişkili olduğu (Vicca 1999) ve hemşirelerin hasta başında geçirdiği süre arttıkça, pnömoni enfeksiyonlarının azaldığı belirtilmiştir (Kovner ve ark.2002). Ayrıca pnömoni, basınç ülserleri, ameliyat sonrası enfeksiyonlar, üriner enfeksiyonlar, gastrointestinal enfeksiyonlar, kan dolaşımı enfeksiyonları ve hastaların hastanede kalış sürelerinin uzamasının, hemşire sayısının az olması ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Fridkin ve ark 1996, Knauf ve ark.

1997, Archibald ve ark. 1997, Kovner ve Gergen 1998, Lichtig ve ark. 2000, Robert ve ark. 2000, Amaravadi ve ark. 2000, Needleman ve ark. 2002, Alonso-Echanove ve ark. 2003, Stegenga ve ark. 2002, Mark ve Stanton 2004, Institute of Medicine 2004). Ancak enfeksiyonların önlenmesinde yalnızca hemşire sayısının yeterli olmasının değil, aynı zamanda hemşirelerin niteliğinin de önemli olduğunun üzerinde durulmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nin 10 eyaletindeki 589 hastanede yapılan bir çalışmada lisans düzeyindeki hemşire (registered nurse) sayısı arttıkça, ameliyat sonrası enfeksiyonların azaldığı saptanmıştır (Kovner ve Gergen 1998). Amerika'daki 570 akut bakım hastanesinde yapılan çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan lisans düzeyindeki hemşirelerin daha fazla çalıştığı hastanelerde, enfeksiyon oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Kovner ve ark. 2002).

SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRELERİN ROLÜ

Kaliteli sağlık bakım hizmetinin verilmesinde enfeksiyon riskinin azaltılması önemli bir konudur. Sağlık kuruluşları ile ilişkili enfeksiyonların görülme sıklığındaki artış tek bir faktöre bağlı olmadığından, bu enfeksiyonların önlenmesi ve kontrol edilmesi için bölgesel, ulusal ve uluslar arası stratejiler sürekli olarak geliştirilmelidir. Bu stratejilerden bazıları aşağıda yer almaktadır (Damani 2003, Chalmers ve Straub 2006):

- Servisler arasında koordinasyonun sağlanması,
- Yüksek kaliteli sürveyans sisteminin geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi için standartların geliştirilmesi,
- Servislerin temizliği için standartların geliştirilmesi,
- Sağlam ve güçlü bir antimikrobiyal direnç stratejisi ve antimikrobiyal reçete politikasının geliştirilmesi,
- Enfeksiyon önleme ve kontrolünün risk yönetim stratejilerinin içine alınması,
- Enfeksiyon önleme ve kontrolünün kurumsal kalite yönetim sisteminin anahtar bir bileşeni olarak görülmesi,
- Multidisipliner eğitim programlarının geliştirilmesi, örneğin; el yıkama kampanyası vb.
- Kaliteli bakımın verilmesinden sorumlu olacak rollerin belirlenmesi, örneğin; İngiltere'de modern başhemşirelerin tanıtılması
- Bakımın verilmesi ile ilgili işlemlerin gözden geçirilmesi, örneğin; izolasyon işlemleri, üniforma yönetimi vb.

Tüm bu gelişmelerle birlikte yapılan eylemlerin, teknolojideki ve çevredeki yeniliklerin, mikrobiyal ve insan davranışlarındaki değişimlere tepkisi yakından ve dikkatli bir şekilde izlenmeli, değerlendirilmelidir (Chalmers ve Straub 2006).

Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde ülkeler farklı stratejiler geliştirmişlerdir. İngiltere bu amaçla üç çözüm ileri sürmüştür (Wiseman 2006). Bunlar;

- Sürveyans: Problemin büyüklüğünü görmek için veri toplanması.
- Dirençli organizmaların ve sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların bulaşmasını önlemek için kanıta dayalı uygulamaların (aseptik teknik, eğitim, el hijyeni, çevre ve aletlerin temizliği) gerçekleştirilmesi.
- Dikkatli antibiyotik kullanımı: Sorunun daha da büyümemesi için kanıta dayalı kılavuzlara uyum sağlanması.

Yukarıda belirtilen üç alanda da multidisipliner çalışılması gerekmektedir. Hemşirelerin tıp ve diğer ekip üyeleri ile birlikte bu çözüm önerilerini uygulamaya aktarmaları önerilmektedir (Wiseman 2006).

Roller beraberinde sorumluluğu, sorumluluk ise bilgi ve beceriyi gerektirir (Storr ve ark. 2005). Hemşirelerin enfeksiyon zincirini, enfeksiyon önleme ve kontrol stratejilerini çok iyi kavraması ve bu stratejilere uyum göstermesi gerekmektedir. Enfeksiyon kaynaklarının neler olduğu, enfeksiyonların nasıl bulaştığı ve potansiyel giriş yollarının bilinmesi önlemlerin alınması ve enfeksiyon zincirinin kırılması yönünden önemlidir (Storr ve ark. 2005, Chalmers ve Straub 2006). Bu nedenle, enfeksiyon kontrol eğitimi, hemşirelik eğitiminde lisans düzeyinde başlamalı, sonrasında sürekli eğitim programları kapsamında düzenli olarak geliştirilip güncellenmelidir. Sürekli eğitimde tüm eğitim programları tarih, konu, katılanların ismi ve değerlendirmeleri ile birlikte kayıt edilmelidir. Program konuları enfeksiyon kontrolü ile ilgili ve güncel olmalıdır. Bu sırada sürveyans verileri de sağlanmalıdır (Smith ve Rusnak 1997).

Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde hasta bakımının planlanması ve uygulanması sırasında girişimin hastada oluşturacağı riskler ve bu riskleri azaltmak için hangi önlemlerin alınacağını vurgulandığı analitik bir yaklaşım benimsenmelidir (Curran 2001, Storr ve ark. 2005).

Enfeksiyon bulaşma yolları hakkındaki bilgi artışına karşın önceki yıllarda enfeksiyon kontrol önlemlerinin enfeksiyon zincirini kırmaya yönelik olduğu görülmektedir. Oysa günümüzde enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolünde kanıta dayalı uygulamalara ve hedef yaklaşımlara öncelik verilmesi gerektiğinin üzerinde durulmaktadır (Chalmers ve

Straub 2006). Bu durum, sağlığı ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için risk yönetimi kavramını da beraberinde getirmiştir. Enfeksiyonlar, oldukça büyük oranlarda istenmeyen durumlara yol açan bir faktör olduğundan, bireysel ve kurumsal düzeyde bu riskin farkına varılması, analiz edilmesi ve önlemlerin alınmasını gerektirir (Gould 2005, Chalmers ve Straub 2006). Sağlık hizmetlerinde çalışanların bu tür risklerin farkına varması ve gereken önlemleri alması, verilen hasta bakımının niteliğini arttıracaktır (Chalmers ve Straub 2006).

BAŞHEMŞİRELERİN ENFEKSİYON KONTROLÜNDE ROLÜ

BařhemŐirelik rolü, nitelikli hasta bakımı sunmak ve zorlu durumların üstesinden gelebilmek için bir liderlik pozisyonu gerektirmektedir BařhemŐireler aynı zamanda sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde klinik ekiplerin kurulmasının sorumluluğunu da üstlenmelidir. Yönetim ve destek hizmetlerinin uygun bir Şekilde sunularak, nitelikli bakımın verilmesini sağlaması için başhemşirelerin, görünebilir, ulaşılabilir ve otoritesini yerinde kullanabilir olması gerekmektedir. Modern bařhemŐireliđin en önemli elementi “inanılır (güvenilir) olma”dır. Klinik alışanları kendisine inanmalıdır. İnanılır olmanın temeli ise uzmanlık ve bilgiye dayanır. Yanı sıra güven ve karşılıklı saygı da oldukça önemlidir (Hill ve Hadfield 2005).

Başhemşirelerin enfeksiyon kontrolüne yönelik başlıca sorumlulukları; enfeksiyon kontrol önlemlerinin geliştirilmesi, sağlık kuruluşlarında evre koŐullarının düzenlenmesi, ünitenin uygun temizliğin sağlanması, temizlik personelinin eğitimi ve denetlenmesidir. (Gören ve Fen 2005, Hill ve Hadfield 2005). Ancak, hastane temizliğinin sağlanması sadece temizlik personelinin görevi değil, herkesin sorumlu olması gereken bir konudur (Jones 2004, Gören ve Fen 2005). Başhemşirelerin daha etkili bir temizlik ekibinin kurulması için nerileri dikkate alması, rolleri ve sorumlulukları belirlemesi ve bu konuda hastalardan da geri bildirim alması gerekmektedir. Bu konu ile ilgili tüm hemşirelere yetki ve destek vermelidir (Hill ve Hadfield 2005).

Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde tüm birimlerde çalışan hemşirelerin rolleri yeniden gözden geçirilmelidir. Bu amaçla İngiltere’de “modern bařhemŐireler- modern matron” kavramı dođmuŐtur. Bu kavramda, enfeksiyon ile savaŐımda sağlık çalışanlarının rolleri, tüm çalışanlar tarafından yeniden belirlenmiş ve benimsenmiŐtir (Hill ve Hadfield 2005).

ENFEKSİYON KONTROL HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde hastane enfeksiyon kontrol komitesinin bir yesi olan enfeksiyon kontrol

hemşiresinin de sorumluluğu büyüktür (Gören ve Fen 2005). Bu roller ağıdaki gibi özetlenebilir.

Sürveyans: Sürveyans, sağlık hizmetlerinin planlanması, iyileştirilmesi ve araştırılması için gerekli sağlık verilerinin sürekli ve sistematik bir şekilde toplanması, analiz edilmesi, yorumlanması ve sonuçların bu bilgiye gereksinim duyanlara zamanında ulaştırılması olarak tanımlanır (Kurnaz Köse ve ark. 2000, Ormond-Walsh ve Burke 2001, Damani 2003, Wiseman 2006).

Haberleşme ve Rapor Etme: İletişim kanallarının etkili ve sık kullanımı, enfeksiyon kontrol programının başarısında önemli bir rol oynar. Enfeksiyon kontrol hemşiresi, kısa zamanda aydınlatıcı, doğru, tam ve kısa bilgiye gereksinimi olan tüm bireylerle karşılıklı anlayış ve işbirliği içinde olmalıdır (Kurnaz Köse ve ark.2000, Ormond-Walsh ve Burke 2001, Damani 2003).

Eğitim: Eğitim, enfeksiyon kontrol programının en etkin faaliyetlerinden birisidir. Enfeksiyon kontrol hemşiresinin, hastanenin diğer eğitim sorumlularıyla iş birliği yaparak hazırlayacağı eğitim programı, oryantasyon ve hizmet içi eğitimi kapsamalıdır. Sağlık çalışanlarının ve hastanın eğitim gereksinimi belirlenmeli, belirlenen gereksinimleri, karşılayacak eğitim programları geliştirmeli ve bu programların sürekliliği sağlanmalıdır (Kurnaz Köse ve ark.2000, Ormond-Walsh ve Burke 2001, Damani 2003).

SONUÇ

Yapılan araştırmalar hastalarda gelişen idrar yolu enfeksiyonu, pnömoni, şok, basınç ülserleri, üst gastrointestinal kanama, hastanede kalma süresinin uzaması, hastanın yaşamının kurtarılmasındaki başarısızlıklar (hastane içi mortalite) ve taburculuktan sonraki 30 gün içindeki mortalite gibi bazı komplikasyonlar ile hemşirelik bakımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir (Knauf ve ark. 1997, Kovner ve Gergen 1998, Lichtig ve ark. 2000, Amaravadi ve ark. 2000, Institute of Medicine 2004, Mark ve Stanton 2004).

Hemşireler enfeksiyon açısından riskli hastaları tanıyarak, enfeksiyonu en aza indirmek için hastalarla ve ekiple uyumlu bir şekilde çalışarak hizmet vermelidir (Damani 2003, Storr ve ark. 2005). Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi için eğitimler verilmeli, kılavuzlar geliştirilmeli ve güncellenmeli, uygulamalar denetlenmelidir. Ancak unutulmamalıdır ki bu kılavuzlar ne kadar mükemmel hazırlanırsa hazırlansın, eğer okunmuyor, kullanılmıyor ve uygulanmıyor ise bir yararı yoktur (Gould 2005).

KAYNAKLAR

1. Alonso-Echanove J, Edwards JR, Richards MJ ve ark.(2003). Effect of nurse staffing and antimicrobial-impregnated central venous catheters on the risk for bloodstream infections in intensive care units. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 24, 916-925
2. Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ ve ark. (2000). ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Med*, 26, 1857-1862
3. Archibald LK, Manning ML, Bell LM ve ark.(1997). Patient density, nurse-to-patient ratio and nosocomial infection risk in a pediatric cardiac intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J*, 16, 1045-1048
4. Centers for Disease Control and Prevention (2003). Update: Severe Acute Respiratory Syndrome --- Toronto, Canada, 2003. *MMWR* 52, 547-550
5. Chalmers C, Straub M. (2006). Standard principles for preventing and controlling infection. *Nurs Stand*, 20, 57-65
6. Curran E. (2001). Reducing the risk of healthcare-acquired infection. *Nurs Stand*, 16, 45- 52
7. Damani NN (2003) Manual of infection control procedures. 2nd edition, London: Greenwich Medical Media Limited., 9-15.
8. Fridkin SK, Pear SM, Williamson TH ve ark. (1996). The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infections. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 17, 150-158
9. Gould DJ. (2005). Infection control: the environment and service organisation. *Nurs Stand*, 20, 57-65
10. Gören D, Fen T. (2005). Hematoloji-onkoloji kliniklerinde enfeksiyondan korunmada fiziksel ve kimyasal yöntemler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25, 706-723
11. Hill D, Hadfield J. (2005). The role of modern matrons in infection control. *Nurs Stand*, 19, 42-44
12. Institute of Medicine (U.S.) (2004) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. Washington DC: National Academies Press, 3-31.
13. Jones E (2004) A Matron's charter: An action plan for cleaner hospitals. Department of Health Publications, London, the Stationery Office.
14. King D. (2005). Development of Core Competencies for infection prevention and control. *Nurs Stand*, 19, 50-54
15. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E ve ark.(2002). Bir üniversite hastanesi sağlık personelinde kesici delici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışlar. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 22, 390-396
16. Knauf RA, Lichtig LK, Rison-McCoy R ve ark. Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing, Length of Stay and Patient Outcomes. Washington, DC: American Nurses Publishing; 1997.
17. Kovner C, Gergen P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *J Nurs Scholarsh*, 30, 315-321
18. Kovner C, Jones C, Zhan C ve ark. (2002). Nurse staffing and post-surgical adverse events: An analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996. *Health Serv Res*, 37, 611-629

19. Kurnaz Köse T, Şimşek N, Akyürek G ve ark. (2000) Özgen Ertan R. Yuvarlak Masa Toplantısı: İnfeksiyon Kontrol Hemşireliği ve Sorunları. Klimik Derg, 13(Özel sayı Hastane İnfeksiyonları) 52-56
20. Lichtig LK, Knauf RA, Risen-McCoy R ve ark. (2000). Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington: American Nurses Association.
21. Mark W, Stanton MA (2004) Hospital nurse staffing and quality of care. Agency for Health care Research and Quality; Research in action. Issue 14 AHRQ Pub. No. 04-0029.
22. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S ve ark. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med, 346, 1715-1722
23. Ormond-Walsh SE, Burke K. (2001). The role of the infection control nurse specialist or advanced nurse practitioner. J Nurs Manag, 9, 209-212
24. Robert J, Fridkin SK, Blumberg HM ve ark. (2000). The influence of the composition of the nursing staff on primary bloodstream infection rates in a surgical intensive care unit. Infect Control Hosp Epidemiol, 21, 12-17
25. Smith PW, Rusnak PG. (1997). Infection prevention and control in the long-term-care facility. Infect Control Hosp Epidemiol, 18, 831-849
26. Stegenga J, Bell E, Matlow A. (2002). The role of nurse understaffing in nosocomial viral gastrointestinal infections on a general pediatrics ward. Infect Control Hosp Epidemiol, 23, 133-136
27. Stone PW, Clarke SP, Cimiotti J ve ark. (2004). Nurses' working conditions: Implications for infectious diseases. Emerg Infect Dis, 10, 1984-1989
28. Storr J, Topley K, Privett S. (2005). The ward nurse's role in infection control. Nurs Stand, 19, 56-64
29. Vicca AF. (1999). Nursing staff workload as a determinant of methicillin-resistant Staphylococcus aureus spread in an adult intensive therapy unit. J Hosp Infect, 43, 109-113
30. Wiseman S. (2006). Prevention and control of healthcare-associated infection. Nurs Stand, 20, 41-45

ÇAĞIMIZIN GÜNCEL HASTALIĞI ALZHEİMER: DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMI

ALZHEIMER is TODAY'S DISEASE: SUPPORTIVE NURSING CARE

Dr. Gülay TAŞDEMİR YİĞİTOĞLU*

Prof. Dr. Fatma ÖZ**

*Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu

**Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri
Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünya ülkelerinde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte Alzheimer hastalığı tanısı almış hasta oranında artış görülmektedir. Türkiye’de de yaşlı nüfus yıllara göre artış göstermektedir. Bu nedenle, ülkemizde de yakın gelecekte Alzheimer hastalığının görülme riskinin giderek artacağı ve en önemli sağlık sorunlarından biri olarak karşımıza çıkacağı düşünülmektedir. Alzheimer hastalığı unutkanlık, kişi, yer, zaman yöneliminde ve algıda azalma gibi bilişsel alanda; bağırma, çılglık atma, yerinde duramama ve sinirlilik gibi davranışsal alanda; kaygı, korku, uyku bozukluğu, ümitsizlik, güçsüzlük, benlik saygısında azalma, kişilik değişiklikleri gibi psikososyal alanda sorunları da içeren bir bozukluktur. Ayrıca, Alzheimerde yanılısma, varsanı, kıskançlık sanrısı, paranoid düşünceler, duygulanım bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar da görülebilir. Alzheimer hastalığının kesin bir tedavisi olmamakla birlikte, tedavi daha çok bellek ve bilişsel belirtilere odaklanarak yapılmaktadır. Hastalarda bu belirtilerin yatışması ve azaltılması için ilaç tedavisi ve destekleyici girişimlerden yararlanılmaktadır. Alzheimer hastalığında bu destekleyici girişimlerin uygulanabilmesi için sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin bu bilgi ve becerileri kazanmış olması beklenmektedir. Makalede gerek klinikte gerekse toplum içinde Alzheimer hastasına bakım verirken hemşirelere ışık tutacak destekleyici yaklaşımlara yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer hastalığı, hemşirelik bakımı, destekleyici girişimler

ABSTRACT

The number of patients with a diagnosis of Alzheimer's disease is increasing in all countries with the aging of the population but especially in developed ones. The elderly population has also been increasing in size in Turkey. It therefore seems that the risk of Alzheimer's disease will increase, making it one of the most important healthcare problems in our country in the near future. Alzheimer's disease leads to behavioral problems such as forgetfulness, decreased person, place and time orientation and perception, shouting, screaming, not being able to stand still and irritability and also psychosocial problems such as

anxiety, fear, sleep disorder, hopelessness, weakness, decreased self-respect and personality changes. There may also be psychiatric disorders such as hallucinations, delusions of jealousy, paranoid thoughts and mood disorders. Treatment mostly focuses on the memory-related and cognitive signs despite the lack of a cure. Drug treatment and supportive interventions are used to suppress and decrease these signs in the patients. Nurses are a part of the healthcare team and are expected to possess the necessary knowledge and skill to be able to use these supportive interventions. This article contains supportive approaches that will guide nurses when caring for Alzheimer's disease patients in the ward and in the community.

Key Words: *Alzheimer's disease, nursing care, supportive interventions*

GİRİŞ

Sağlığı koruma ve sürdürme konusundaki bilinçlenme, teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, tıptaki gelişmeler beklenen yaşam süresinin uzamasına ve toplumda yaşlı nüfus oranının artmasına neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfus, genel nüfus içerisinde önemli oranda artış göstermiştir (Aştı 1997).

Türkiye’de 1950’lerden bu yana ortalama yaşam beklentisinin artması ve doğurganlık hızının düşmesi nedeniyle 60 yaş ve üzeri nüfusta sürekli bir artışın olduğu görülmektedir (TÜİK 2008, TÜİK Haber Bülteni 2008). Yaşlı nüfustaki bu artışın ülkemiz için giderek önemli sorunlar oluşturacağını göstermektedir. Yaşlılarda görülebilecek sorunlar fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik olmak üzere pek çok boyutta olabilmektedir. Yaşlılıkta yetersiz ve dengesiz beslenme, uyku bozuklukları, arterioskleroz, hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, solunum sistemi hastalıkları ve kanser fiziksel alanla ilgili sık karşılaşılan sağlık sorunlarıdır (Alzheimer’s Association 2008). Yaşlılık döneminde bireyin sosyal ortamlardan uzak kalmasından dolayı sosyal etkileşimde bozulma, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, sağlık güvencesi ve bakımı ile ilgili sosyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bireylerin yaşamlarını sürdürmelerinde önemli bir payı olan ekonomik güç, emeklilikle birlikte azalabilmekte ve sosyal yaşam olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Ayrıca, sağlık sorunlarının artmasıyla sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık harcamalarındaki artış ekonomik yükler getirmektedir (Aştı 1997). Yaşlanmayla birlikte psikolojik sorunlar çok sık yaşanabilmektedir. Yaşanan bu psikolojik sorunlar genellikle yaşam şeklinin değişmesi, sosyal etkileşimin azalması ve sık sık yaşamın gözden geçirilerek geçmişin sorgulanması ile ilgilidir. Çalışma yaşamından uzak kalma ve çevresel uyaranların azalmasından dolayı yaşlı bireylerde pişmanlık, anlamsızlık, değersizlik, işe yaramazlık, yalnızlık, ümitsizlik ve güçsüzlük duyguları oluşabilmektedir. Bu duyguların uzun süre devam etmesi durumunda yaşlı bireylerde anksiyete ve anksiyete

bozuklukları, intihar girişimleri, depresyon, psikotik bozukluklar ve organik ruhsal bozukluklar görülebilmektedir (Eker 1998, Öz 2002).

Organik ruhsal bozukluklardan demans, yaşlılarda en sık görülen bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelerde 1990-2020 yılları arasında yaşlı nüfusun artışıyla demans tanısı almış hasta oranının %37 artarak 7.4 milyondan 10.2 milyona yükseleceği düşünülmektedir. Demans türlerinden en sık görüleni Alzheimer hastalığına bağlı demanstır. Demansların % 50-70' ini oluşturan Alzheimer hastalığı 65 yaş üzerinde % 3-11, 85 yaş üzerinde ise % 20-47 gibi yüksek bir prevalansa sahiptir (Paterson ve ark. 2000). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 5.2 milyon Alzheimer hastası bulunmakta ve her yıl 300 bin kişi bu hastalığa yakalanmaktadır (Alzheimer's Association 2008). Türkiye'de ise; Alzheimer hastalığının epidemiyolojik çalışmaları yetersiz olmakla birlikte yaklaşık 250-300 bin hastanın olduğu tahmin edilmektedir (Selekler 2007). Bu durum ülkemiz sağlık politikalarının da bu konuda koruyucu, tedavi ve rehabilite edici önlemler alması açısından oldukça önemlidir.

ALZHEİMER HASTALIĞI

Alzheimer hastalığı ilk kez 1906 yılında Alman nörolog Dr. Alois Alzheimer tarafından tanımlanmıştır (Topçuoğlu 1998). Bu hastalık yaşla ilişkili, geriye dönüşsüz bellek, düşünme ve yargılama bozukluğuna yol açan ilerleyici ve dejeneratif bir beyin hastalığıdır (Yener 2003, Yüksel 2003).

Alzheimer hastalığı yalnızca bilişsel alanla ilgili bir bozukluk olmayıp bağırma, çılglık atma, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz cinsel davranışlar gibi davranışsal alanı da kapsamaktadır. Ayrıca kaygı, fobi, korku, uyku sorunları, ümitsizlik, güçsüzlük, benlik saygısında azalma, kişilik değişiklikleri, yanılama, varsanı, kıskançlık sanrısı, paranoid düşünceler ve duygulanım bozuklukları gibi psikososyal ve psikiyatrik sorunları da içeren bir bozukluktur (Donnelly 2005, International Psychogeriatric Association 2008).

Hastalığın seyri üç evreye ayrılır:

İlk evre

Hastalık, öncelikle belleği, konuşmayı ve yargılamayı etkiler. Bu etkilenmeye bağlı olarak hastada dalgınlık ve unutkanlık başlar. Başlangıçta telefon numaralarını, önemsiz olayları ve çok yakını olmayan kimselerin isimlerini unuttur. Hastada spontan aktivitelerde yetersizlik ve kararsızlık, yer ve zaman oryantasyonunda bozulma, konsantrasyon yeteneğinde azalma görülür. Ayrıca hastada; çevreye, olaylara ve insanlara karşı umursamazlık, algılama bozukluğu, duygusal değişiklikler, dikkatsiz davranışlar ve karar verme güçlüğü vardır (Selekler 2004).

Bu belirtiler çok yavaş başladığı için ne hasta ne de ailesi hastalığın başlangıcını fark edemez. Bu evrenin sonlarına doğru hastada varsanı, kas seyirmeleri, epileptik krizler ve iş kaybına kadar gidebilen performans düşüklüğü görülebilir (Yazgan 2007). Bu nedenle, yaşlı bireylerde bu hastalığa ilişkin ipuçlarının iyi değerlendirilmesi, varsa erken evrede tanılanması hastalığın kontrolü ve yaşam kalitesi açısından da önem taşımaktadır.

Orta Evre

Bu evrede hastalık belirtileri belirginleşir ve tanı genellikle bu evrede konur. Hastada ilerlemiş bellek kaybı, sorulara yanıt verme güçlüğü, hesap yapma ve para kullanımında güçlük, önemli eşyaları kaybetme, basit şeyleri anlamada ve kullanacağı kelimeleri bulmada güçlük, birçok temel aktiviteyi yerine getirememe, okuma-yazma yeteneğinde bozulma, sinirlilik ve huzursuzluk, uyku düzeninde bozulma, uygunsuz konuşma, ayakta duramama ve olaylara karşı umursamazlık vardır. Hastada depresyon, şüphecilik, saldırganlık gibi olumsuz kişilik değişiklikleri, varsanı ve paranoid bulgular görülebilir (Özmen ve ark. 1997).

Son Evre

Hastada tam bir bellek kaybı görülür. Yürüme güçlüğü, ayakta duramama, idrar ve gaita kaçırma, bölgesel felçler nedeni ile hasta yatağa bağımlı hale gelir (Topçuoğlu 1998).

ALZHEİMER HASTALIĞININ TEDAVİSİ

Alzheimer hastalığının tedavisinde genel amaç çoğu zaman bilişsel yetilerdeki bozuklukları durdurmak ya da yavaşlatmaktır. Bu amaçla birincil tedavi, hastalığın bilişsel belirtilerine odaklanmış olup, ilaçla yapılan semptomatik tedavidir. İkincil tedavi ise hastalığın seyri sırasında ortaya çıkan psikososyal, davranışsal ve psikiyatrik sorunların giderilmesini amaç edinen, bakımını destekleyen uygulamalardır (Topçuoğlu 1998, Karaman 2000). İlaçla tedavide bilişsel belirtiler için antikolinergik ilaçlar, psikiyatrik belirtileri yatıştırmak için antipsikotik ve antidepressan ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçlar, bilişsel ve psikiyatrik belirtileri yatıştırmakla birlikte; bulantı, kusma, baş dönmesi, iştahsızlık, uyku bozuklukları, hareketlerde yavaşlama, dikkati toplayamama, bellekte bozulma, yorgunluk, kaslarda kasılmalar ve kabızlık gibi yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum ise; hastanın yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bunun için Alzheimer hastalığında fiziksel, psikososyal ve psikiyatrik belirtilerin yatıştırılmasında destekleyici yaklaşım olarak fiziksel ve psikososyal hizmetler önem kazanmaktadır. Bu hizmet ise birbirini tamamlayıcı rolleri olan multidisipliner ekip anlayışı ile verilmelidir. Bu ekibin içinde hemşire de bakımın ve izlemin

yönetiminden sorumlu önemli bir üyedir. Alzheimer hastalığında psikiyatrik belirtiler üzerinde hemşirelik bakımının olumlu etkisinin olduğu araştırmalarla da kanıtlanmıştır (Eth ve Mills 1989, What is Validation 2007, Grasel ve ark. 2003, Hoeffler ve ark. 1997, Tilly ve Reed 2004). Clark ve ark. (1998)'nin demans hastalarında agresyonu azaltma ile ilgili yapılan araştırmasında, hastaya banyo yaptırma sırasında oluşan ajitasyon ve agresyonu azaltmada hastanın sevdiği bir müzik türünün dinletilmesinin etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca literatürde bireyi hastalığı ile ilgili bilgilendirmenin, davranışsal psikoterapinin, kısa süreli yürüyüşlerin, dansın ve rahatlatıcı yağlar kullanılarak yapılan masajın hastanın sakinleşmesinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Haupt ve ark. 2000, Mickus ve ark. 2002, Minardi ve Hayes 2003, Woods ve ark. 2005).

ALZHEİMER HASTASININ SORUNLARINI YÖNETMEK ve DESTEKLEMEK için HEMŞİRELİK BAKIMI

Alzheimer hastalığına yönelik hemşirelik bakımı; fiziksel sağlık, psikososyal iyi oluşluk ve sosyal ilişkileri geliştirmeye odaklanan uygulamaları kapsamaktadır (Aştı 1997). Bu bağlamda hemşirelik uygulamalarıyla Alzheimer hastasının umudu, kendine yönelik yeterlilik ve denetim duygusunu kazanması; benlik saygısını tehdit eden durumlarla baş etmesi; sosyal destek kaynaklarını kullanması ve bakımı iyileştirerek benlik saygısını yeniden kazanması; bakım veren kişilerle ve aile fertleriyle sağlıklı bir iletişim kurması ve kişilerarası ilişkilerini geliştirmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca bu uygulamalarla hastanın üretken olması ve yaşamdan zevk alması; kişisel yeterliliğinin artması ve baş etme becerilerinin güçlenmesi; ölümle ilgili kaygı ve çatışmalarını çözümlenebilmesi; hastalık sürecinde ortaya çıkan yitimlere uyum sağlaması ve bağımlılık gereksinimlerini kabul etmesi amaçlanmaktadır (Diamond 2005, Eth ve Mills 1989).

Bu hemşirelik uygulamaları;

Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Uygulamalar: Hemşirenin Alzheimer hastasının beslenme, boşaltım, banyo, giyinme gibi öz bakımına yönelik günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeye yardım ve bağımsızlaştırmaya yönelik girişimleridir. Bu hemşirelik girişimlerinin içeriğinde; hastanın kendi kendine beslenmesi, tuvalete gitmesi, elini-yüzünü yıkaması, banyo yapması, kendi kendine giyinmesi, çamaşır yıkaması, ütü ve yemek yapması gibi aktiviteler bulunmaktadır. Söz edilen bu günlük yaşam aktiviteler konusunda hemşire hastayı yapabilecekleri konusunda cesaretlendirmeli ve yaptığı zaman olumlu geribildirimlerle desteklemelidir. Böylece, hasta mümkün olduğu kadar kendi yapabileceklerine odaklanır, sürdürür ve yetilerini kullanma becerisini kaybetmez. Hastanın yapamayacağı

günlük yaşam aktivitelerini ise klinikte yatan hasta için hemşire doğrudan kendisi yapar. Evde ise bu aktiviteleri sürdürmesi için ailedeki bakım vericilerin hastayı desteklemesi önem kazanmaktadır. Bu nedenle, hemşire konu ile ilgili olarak bakım vericileri bilgilendirmeli ve önemini anlatmalıdır. Bu bilgilendirmenin içeriğinde ayrıca, hemşire günlük yaşam aktivitelerini kendi yerine getiremeyen hastaların daha rahat yemek yemeleri, boşaltım, banyo yapma ve giyim esnasında daha az sorun yaşamaları için gerekli olan uygulamaların öğretimi yer almalıdır (Beck 2005).

Çevreyi Düzenlemeye Yönelik Uygulamalar: Alzheimer hastasının bilişsel yetilerini olumsuz yönde etkileyebilecek gürültü, kalabalık ortam, hastanın çok fazla farklı insanlarla karşılaşması ve sık sık mekan değişikliği yapmasının engellenmesi, hastanın bulunduğu ortamda zarar verici ya da fazla eşya varsa azaltılması çevreye yönelik girişimlerdir. Hemşire, hasta sık sık kızgın ve saldırgan davranışlarda bulunuyorsa nedenlerini araştırarak çevreyi düzenlemeye yönelik girişimlerde bulunur (Beck 2005, Clare 2003). Böylece hemşire, hastada konfüzyona, kendine/başkalarına zarar vermeye ve kazaya neden olabilecek kesici, sivri uçlu nesnelere çevreden uzaklaştırarak hastayı yakın gözlemleyerek hastanın güvende olmasını sağlar.

Hatırlatmaya Yönelik Uygulamalar: Bu uygulamalarla hastanın geçmiş hayatı hakkında düşünmesi sağlanır. Yani; bu girişimle yaşamı gözden geçirme, olayları hatırlama ve bunun sonucunda ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz duygular konuşulur. Olumlu ve olumsuz geçmiş yaşam deneyimlerinin gözden geçirilmesi, bireylerin depresyon ve ümitsizlik duyguları ile başa çıkmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Yaşamı yeniden gözden geçirme eylemi geçmiş deneyimleri, çözümlenmemiş çatışmaları geri çağırma ve yargılama süreci olarak tanımlanır. Bu süreçte geçmişteki acı veren deneyimleri yeniden çözümü ve bunun sonucunda bireyin bugün ile daha iyi ilişki kurabileceği ve yaşam kalitesini artırabileceği düşünülmektedir (Minardi ve Hayes 2003).

Gelişim dönemi kuramcılarında Erik Erikson gelişim dönemlerini sekiz evreye ayırmakta ve her bir evrenin olumlu özelliğine karşılık olumsuz olanı da ekleyerek isimlendirmiştir. Yaşlılık dönemini en son evrede değerlendiren Erikson bu dönemi "benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk" olarak tanımlamaktadır. Yaşamına sahip çıkan, kontrolünü kendi elinde tutan, olumlu-olumsuz yönleriyle yaşamını olduğu gibi kabul eden bireylerde yaşlılık dönemi olumlu algılanmaktadır. Bu bireylerde geçmişteki yaşantıların tümüyle kendilerine ait olduğu kabullenilmekte, gelecek korku ve endişeyle karşılanmamaktadır. Erikson bunu benlik bütünlüğü olarak tanımlamaktadır. Benlik bütünlüğüne erişememiş kişide geçmiş günlerini iyi yaşamamış duygusuyla umutsuzluk, hayati

yeni baştan yaşama özlemi ve ölüm korkusu görülür. Bu nedenle, hemşire bu hastalara bakım verirken, umutsuz yaşlı bireyin hayatındaki acı verici deneyimleri ve pişmanlıkları hatırlayabileceklerini ve ölüm korkusu yaşayabileceklerini unutmamalıdır. Bu nedenle, ortaya çıkabilecek bu olumsuz duyguları ve üzüntüsü ile baş etmesinde hastaya destek olunmalıdır (Minardi ve Hayes 2003, Pulsford 1997).

Hastanın yaşamında hatırlatmalara yönelik uygulamalarda; hastanın iyi oluşluğuna göre günde bir ya da haftada bir defa hasta aile fotoğraflarına bakılmakta, hastanın nereli olduğu, anne babasının yaşayıp yaşamadığı, ne zaman evlendiği ve evlendiğinde neler hissettiği, kaç çocuğunun olduğu, ilk çocuğunun ne zaman doğduğu ve o anda neler hissettiği gibi geçmiş hayatı ile ilgili düşünceleri ve duyguları konuşulmaktadır (Minardi ve Hayes 2003, Pulsford 1997).

Yapılan çalışmalarda hatırlatma girişimlerinin hastanın özsaygısının ve sosyal etkileşiminin artırılmasında, bilişsel fonksiyonlarının geliştirilmesinde, duygulanımının düzenlenmesinde, konfüzyonunun azaltılmasında ve kişisel bütünlüğün korunmasında etkisi olduğu belirtilmektedir (Douglas ve Ballard 2004, Grasel ve ark. 2003, Jones ve Little-beck 2002).

Gerçeğe Oryantasyona Yönelik Uygulamalar: Alzheimer hastalarında ortaya çıkabilecek bilişsel ve davranışsal belirtilerin yatıştırılmasında gerçeğe oryantasyon uygulamalarının önemli derecede etkisi vardır. Bu uygulamalarla, yaşlı bireyin konfüzyonu ve oryantasyon bozukluğunu azaltarak kontrolünün kendinde olduğunu hissettirerek kaliteli yaşamasını sağlamak amaçlanmaktadır. Bu uygulamalar ayrıca, kişinin çevresini anlamasını sağlar, kontrol duygusunu dolayısıyla özsaygısını geliştirir. Bununla yaşlı birey zamanı, yeri ve yaşamında önemli olan diğer kişileri fark eder, sosyal ve entellektüel becerilerini kullanmasını sağlar. Ayrıca, gerçeğe getiren bu uygulamalar hastanın benlik saygısı ve öz güvenini artıracığından regresif davranışlarını azaltma yönünde olumlu etki sağlar (Minardi ve Hayes 2003, Patton 2005). Yapılan çalışmalarda da gerçeğe oryantasyonun bu hastaların sosyal ve bilişsel yetilerini geliştirme ya da kaybetmeme üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (Patton 2005 a, Patton 2006 b, Zanetti ve ark. 2002).

Bu uygulamaların 24 saat boyunca gerçeğe oryantasyon ve grup ile gerçeğe oryantasyon olmak üzere iki şekli vardır:

24 saat gerçeğe oryantasyon: Konfüze ve yaşlı bireyle iletişim içinde olan kişiler, 24 saat boyunca oryantasyonu sağlamak durumundadır. Gün boyunca ara ara hastaya nerede olduğu, hangi gün ve yılda olduğu, aile fertleri ya da bakımını üstlenen kişilerin kim olduğuna dair yer, zaman ve kişi oryantasyonu ile ilgili uygulamalar yapılır.

Grup ile gerçeğe oryantasyon: Yaşlı bakımında ve yaşlı hastanın rehabilitasyonunda grup olarak yapıldığı için daha ekonomik ve etkili olduğu düşünülen bu yöntemin, hastanın bilişsel yıkımını durdurmaya etkisi vardır. Bu uygulama, günlük ya da haftalık olarak yaklaşık 30 dakika ya da bir saatlik zamanı kapsar. Uygulama içerisinde küçük oyunlar, şarkı söyleme, bahçe işleri ve yemek pişirme gibi aktiviteler de vardır. Yapılan bir araştırma sonucunda bu yöntemin hastaların duygulanımlarını pozitif olarak etkilediği saptanmıştır (Patton 2006).

Geçerileştirme, Doğrulama, Onaylama (Validation) Uygulamaları:

Bu yöntem oryante olmayan çok yaşlı (80 yaş ve üzeri) kişilerde kullanılmaktadır. Geçerileştirme uygulamaları, gerçeğe oryantasyonun etkili kullanılmayacağı, algılamının azaldığı durumlar için kullanılır. Bu yöntem; ifade edilmeyen duyguları keşfetmez, ifade edilen duyguların altında yatan nedenlerini analiz eder (What is Validation 2007). Geçerileştirme yöntemini ilk belirten kişi Feil, demans hastasında akıldan daha çok duygulara odaklanılmanın önemini vurgulamıştır (Validation Therapy Naomi Feil 2007). Böylece, hemşire iletişim kurabilmek için gerçek durumdan çok duygusal duruma odaklanmakta, yaşlı bireylerin ne yaptıkları ve ne söylediklerini anlamaya çalışmaktadır. Bu durumda hastalarla iletişim kurulurken, konfüze konuşmaların ve davranışların altındaki anlamlara ve duygulara empati yapılır ve şu ana oryantasyondan çok duyguların içeriğinin ne olduğu anlaşılır. Örneğin; Alzheimer hastasının sürekli eve gitmek istemesini belirtmesi durumunda onun evde olduğunun hatırlatılmasından çok, hastanın bu konu ile ilgili duygu ve düşünceleri ortaya çıkarılmaya çalışılır. Bazen bu uygulama hastaya, gerçeğe oryantasyon girişiminden çok daha yararlı olabilmektedir (What is Validation 2007). Çünkü; bu yöntem hastanın yaşadığı kaygı, korku ve öfke duygularının konuşulmasını sağlamakta ve yatıştırabilmektedir. Böylece, Alzheimer hastasının benlik saygısını yeniden kazanmasını sağlayarak, stresini azaltarak, yaşamını değerli kılarak, geçmişteki bitmemiş çatışmalarını çözmeyi sağlayarak, fiziksel gerginliklerini azaltarak, sözel ve sözel olmayan iletişimini artırarak, sosyal geri çekilmeyi önleyerek, fiziksel iyi oluşluğunu sağlayarak ve yaşam kalitesini geliştirerek hastaya yardım edilir (Diamond 2005, What is Validation 2007).

Bu tedavi yönteminde hemşirenin empati, dokunma, etkili göz iletişimi kurma, kelimelerin ortaya çıkardığı duygular hakkında ipuçları toplama, yargılamadan kabul edici davranma, samimi ve etkili dinleme gibi iletişim öğelerini kullanması gerekmektedir (Validation Therapy Naomi Feil 2007, Göka ve Aydemir 2000). Bu nedenle hemşirenin Alzheimer hastasıyla etkili iletişim kurma becerisini geliştirmesine yönelik eğitim alması önem kazanmaktadır.

Duyusal Uygulamalar: Duyu organlarına yönelik yapılan girişimlerdir. Alzheimer hastalarında bu girişimler temelde fiziksel fonksiyonu, davranışsal bozuklukları ve depresif belirtileri azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Bunlar; müzik, masaj/tedavi edici dokunma gibi girişimlerdir (Donnelly 2005).

Müziğin kullanımı; şarkı söyleme, bir müzik aleti çalma ya da müzik dinleme şeklindedir. Hastaya her gün onun hoşlanacağı müzik türüne göre 15-30 dakika süre ile müzik dinletilir, şarkı söylenir ya da bir müzik aletini kullanması sağlanır. Müziğin Alzheimer hastalarında ajitasyonu azaltma ya da giderme, iyi oluşu ve sosyal etkileşimi artırma, geçmişini hatırlayarak bilişsel yeti üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir araştırmada hastanın kendine ve başkalarına zarar verme sorununu azaltmada hafif ve yatıştırıcı müziğin kullanımının etkili olduğu saptanmıştır (Brotons ve Koger 2000).

Tedavi edici dokunmanın kullanımı; bu girişim ile ilgili olarak hemşire hastaya açıklama yapar ve ondan izin alır. Haftanın üç günü, günde yaklaşık 5-7 dakika süreyle yapılan bir uygulamadır. Hemşire ellerini hastanın omzuna koyar, nazik ve yavaşça aşağıdan yukarıya sıvazlar; sonra hastanın boynuna, kulaklarına ve başının arkasına dokunarak bu girişimi uygular. Tedavi edici dokunmanın ve masajın Alzheimer hastalarının duygudurum bozuklukları, kaygı, fobi, korku, kişilik değişiklikleri, uyku bozuklukları, zorlantı (kompulsif) davranışları, yanılma, varsanı, sanrı gibi psikiyatrik belirtilere etkisi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca; bu girişimin bağırma, çılgılık atma, yerinde duramama, uygun olmayan cinsel içerikli davranışlarda bulunma gibi davranışsal belirtileri yatıştırmasında etkisi olduğu da belirtilmektedir (Kim ve Buschmann 1999). Woods ve ark. (2005)'nin yaptığı bir araştırmada, tedavi edici dokunmanın Alzheimer hastalarının davranışsal belirtilerini yatıştırdığı saptanmıştır.

Aileye Yönelik Uygulamalar: Alzheimer hastalığı, kronik ve bakımı çok ağır bir hastalık olduğu için zaman geçtikçe aile fertleri arasında fiziksel ve duygusal yüklenme, yorgunluk ve tükenmişlik oluşabilmektedir. Bu ise olumsuz duyguların yaşanmasına ve hastanın bakımının ihmal edilmesine dolayısıyla hastanın etkili bir bakım almamasına neden olabilmektedir (Aranda ve ark. 2003). Bu riskleri azaltmak için, aile fertlerine yönelik hastalığın doğası, nedenleri, belirtileri, hastalığın ortaya çıkardığı sorunların yönetimi hakkında bilgi verme, destek grupları oluşturma ve hastalık hakkında yazılı kitapçıklar hazırlamaya destek sağlanabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, bu makalede Alzheimer hastalarının yaşadığı sorunların azaltılmasında etkili destekleyici hemşirelik uygulamalarının neler olduğunu ve bunların nasıl uygulanabileceğini açıklamak ve Alzheimer hastası ile etkili iletişim kurma yollarını somutlaştırmak amaçlanmıştır. Bu uygulamalar, hem sağlık çalışanlarının hem de Türkiye’de büyük bir kısmı aileleri ile birlikte yaşayan Alzheimer hasta yakınlarının bu konuda bilgilendirilmesi açısından önemlidir. Bu uygulamaların yerine getirilebilmesi için hem klinik hem de toplum ruh sağlığı hizmetlerinde görev yapabilecek sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi gereklidir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının mihenk taşı olan hemşirelerin bu hastalara ve ailelerine daha iyi bakım verebilmeleri için bilgi ve becerilerle donanmaları önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Alzheimer’s Association. Alzheimer’s Disease Facts and Figures. Accessed: 08.04.2008. Available from: http://www.alz.org/national.documents/report_alzfactsfigures2008.pdf/
2. Aştı N. (1997). Demans (Bunama) ve Başa Çıkma Yolları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
3. Aranda M, Villa VM, Trjo L ve ark. (2003). El Portal Latino Alzheimer’s Project. Model Program for Latino Caregivers of Alzheimer’s Disease-Affected People. *Social Work*, 48: 2, 259-271.
4. Beck KC. (2005). Psychosocial and Behavioral Interventions for Alzheimer’s Disease Patients and Their Families. Accessed: 27.12.2005. Available from: <http://ajgp.psychiatryonline.org/cgi./content/full/6/2/s41>
5. Brotons M, Koger SM. (2000). The Impact of Music Therapy on Language Functioning in Dementia. *Journal of Music Therapy*, 37: 3, 183-195.
6. Clare L. (2003). Cognitive Training and Cognitive Rehabilitation for People with Early Stage Dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 75-83.
7. Clark M E, Lipe A W, Bilbery M. (1998). Use of Music to Decrease Agressive Behaviors in People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 24: 70, 10-7.
8. Diamond J. (2005). A Report Alzheimer Disease and Current Research for the non-specialist. Canada: Alzheimer Society.
9. Donnely LM. (2005). Behavioral and Psychological Disturbances in Alzheimer Disease: Assessment and Treatment. *BC Medical Journal*, 47: 9, 487-493.
10. Douglas S, Ballard C. (2004). Non-pharmacological Interventions in Dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 171-179.
11. Eker, E. (1998). Yaşlıda Demans. Beğen T. (Ed.). *Geriatik ve Hasta Sorunları*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, 43-58.
12. Eth. S, Mills, MS. (1989). Ethical Issues. A Task Force Report of the APA. *Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington: APA.

13. Gökta E, Aydemir Ç. (2000). Yaşlıya ve Demanslı Hastaya Psikososyal Yaklaşım. Demans Dizisi, 1, 5-26.
14. Grasel E, Wiltfang J, Komhuner J. (2003). Non-Drug Therapies for Dementia: An Overview of the Current Situation with Regard to Proof of Effectiveness. Dementia and Geriatric Cognitive Disorder, 15: 3, 115-124.
15. Haupt M, Karger A, Janner M. (2000). Improvement of Ajitation and Anxiety in Demented Patients After Psychoeducative Group Intervention with Their Caregivers. International Journal of Geriatric Psychiatry, 15, 1125-1129.
16. Hoeffler B, Rader J, Mckenzia D. (1997). Reducing Agressive Behavior During Bathing Cognitively Impaired Nursing Home Residents. Journal of Gerontological Nursing, 23: 5, 16-23.
17. International Psychogeriatric Association. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Educational Pack. Accessed: 07.05.2008. Available from: <http://www.ipaonline.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdarchives/bpsdrev/1BSDfinal.pdf>
18. Jones ED, Little-Beck R. (2002). The Use of Reminiscence Therapy For The Treatment of Depression in Rural-Dwelling Older Adults. Issues in Mental Health Nursing, 23, 279-290.
19. Karaman Y. (2000). Demans. Kayseri: Geçit Yayınevi.
20. Kim EJ, Buschmann MT. (1999). The Effect of Expressive Physical Touch on Patients with Dementia. International Journal of Nursing Studies, 36, 235-243.
21. Mickus M A, Wgemaar D B, Averill M. (2002). Developing Effective Bathing Strategies for Reducing Problematic Behavior for Residents with Dementia; The Pride Approach. Journal of Mental Health and Aging, 8:1, 37-43.
22. Minardi H, Hayes N. (2003). Nursing Older Adults with Mental Health Problems: Therapeutic Interventions. Nursing Older People, 15:7, 20-24.
23. Öz F.(2002).Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açından Gözden Geçirme. Kriz Dergisi, 10:2, 17-28.
24. Özmen E, Aydemir E, Bayraktar E. (1997). Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
25. Paterson J, Manogh H, Grant H. (2000). The Effectiveness of the Hierarchic Scale in Toiloring Interventions to Reduce Problem Behaviour in People with Alzheimer's Disease. Australian Occupational Therapy Journal, 47, 134-140.
26. Patton D. (2005). Reality Orientation: Its Use and Effectiveness Within Older Person Mental Health Care. Journal of Clinical Nursing, 15, 1440-1449.
27. Patton D. (2006). The Value of Reality Orintation with Older Adults Who Are Mentaly III. Journal of Gerontological Nursing, 32: 12, 6-13.
28. Pulsford, D. (2004). Therapeutic Activities for People With Dementia What, Why...and Why not? Journal of Advanced Nursing, 26, 704-709.
29. Selekler K. (2004). Alzheimer Hastalığının Öncesi: Hafif Kognitif Bozukluk. Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 4, 199-206.
30. Selekler K. Yaşlanma ve Alzheimer Hastalığı. Erişim Tarihi: 08.03.2007. Erişim: <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr>
31. Tilly J, Reed P. (2004). Evidence on Interventions to Improve Quality of Care for Residents with Dementia in Nursing and Assisted Living Facilities. Erişim: 07.05.2008, Alzheimer' Association Ağ Sitesi: <http://www.alz.org/national/documents/dementiacarelitreview.pdf>
32. Topçuoğlu SE, Selekler K. (1998). Alzheimer Hastalığı. Geriatri, 1:2, 63-67.

33. TÜİK. (t.y.). İstatistiksel Göstergeler 1923-2006. Erişim Tarihi: 07.04.2008. Erişim: http://www.tuik.gov.tr/yillik/Ist_gostergeler.pdf /
34. TÜİK Haber Bülteni. (21.01.2008). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2007 Nüfus Sayımı Sonuçları (Rapor No: 9). Erişim Tarihi: 08.04.2008. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/>
35. Validation Therapy Naomi Feil. Accessed: 23.03.2007. Available from: <http://allnurses.com/forums/f8/those-you-interested-validation-therapy-26610.html/>
36. What Is Validation?. Accessed: 23.03.2007. Available from: <http://www.vfvalidation.org/whatis.html>
37. Woods LD, Craven FR, Whitney J. (2005). The Effect of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms of Persons with Dementia. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11: 1, 66-74.
38. Yazgan Ç. (2007). Demans. Köroğlu E, Güleç C. (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayım, 123-146.
39. Yener GG. (2003). Alzheimer Hastalığının Tarihçesi ve Klinik Özellikleri. Karakaş S,İRkeç C, Yüksel N. (Ed). *Beyin ve Nöropsikoloji* . Ankara.
40. Yüksel N. (2001). *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi ve Tic. Ltd. Şti.
41. Zanetti O, Oriani M, Geroldi C ve ark. (2002). Predictors of Cognitive Improvement After Reality Orientation in Alzheimer's Disease. *British Geriatric Society*, 31, 193-196.

2009 YILI BİRİNCİ SAYIDA YAYINLANAN MAKALELER

Editörden

Araştırmalar

- Psikiyatri Hemşireliği Eğitimini Değerlendirme Formu'nun Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği
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 Antikoagulan 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 Nevroza and Nursing Management
Emel BAHADIR..... 119-128

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 eşanlamlılarına 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 sayfayı (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 yansıtmalıdır.

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 yansıtmalıdır. 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

toplansarak 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 virgöl 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) ının baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgöl 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 collecection 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.