

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ**

**JOURNAL OF EGE UNIVERSITY
NURSING FACULTY**

Cilt/Volume: 28

Sayı/Number: 1

Yıl/Year: 2012

AÇIKLAMALAR

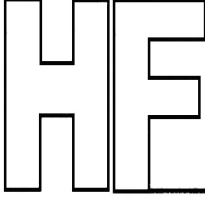
Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayınlanmaktadır.

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.



EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

Cilt 28, Sayı 1

2012

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU Hemşirelik Fakültesi Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Olcay ÇAM

Yayın Alt Komisyonu

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

Dergi Yayın Kurulu

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

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova - İzmir

Baskı Tarihi

28.09.2012

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

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

Türkiye Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index.

Yazışma Adresi

Özen DURAKOĞLU: ozen.durakoglu@ege.edu.tr
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

DERGİ HAKEM KURULU

PROFESÖRLER

AKBAYRAK Nalan	ERDEMİR Firdevs	NAHÇIVAN Nursen
AKYOLCU Neriman	ERDEM Yurdagül	OCAKÇI Ayşe
ARGON Gülümser	ERDOĞAN Semra	OLGUN Nermin
ARSLAN Hediye	EROĞLU Kafiye	ÖZ Fatma
AŞTI Nesrin	ESEN Aynur	ÖZBAŞARAN Ferda
AŞTI Türkinaz	EŞER İsmet	ÖZHAN ELBAŞ Nalan
BAHAR Zuhal	ETİ ASLAN Fatma	ÖZSOY Süheyla
BAŞBAKKAL Zümrüt	FADİLOĞLU Çiçek	PINAR Rukiye
BAYIK TEMEL Ayla	GÖKDOĞAN Feray	SABUNCU Necmiye
BAYRAKTAR Nurhan	GÖRGÜLÜ Selma	SAVAŞER Sevim
BEDÜK Tülin	GÖZÜM Sebahat	SEVİĞ Ümit
BULDUKOĞLU Kadriye	HATİPOĞLU Sevgi	SEVİL Ümran
BUZLU Sevim	KANAN Nevin	ŞENOL ÇELİK Sevilay
ÇAM Olcay	KARADAĞ Ayiçe	ŞİRİN Ahsen
ÇAVUŞOĞLU Hicran	KARADAKOVAN Ayfer	TAŞOCAK Gülsün
ÇİMETE Güler	KARANİSOĞLU Hacer	UZUN Özge
ECEVİT ALPAR Şule	KARATAŞ Nimet	ÜSTÜN Besti
EMİROĞLU Oya Nuran	KHORSHID Leyla	YILDIRIM Aytolon
ENÇ Nuray	KOCAMAN Gülseren	YILDIZ Suzan
ERCİ Behice	KÖMÜRCÜ Nuran	

DOÇENTLER

ABAAN Süheyla	GÜNEŞ Ülkü	ÖZTÜRK CAN Hafize
ACAROĞLU Rengin	İYİGÜN Emine	POLAT Sevinç
AKYOL Asiye	KAPTAN Gülten	UÇAR Hülya
AKYÜZ Aygül	KARACA SAYDAM Birsen	UYSAL TORAMAN Aynur
AKTOLUN BALKAYA Nevin	KARAÇAM Zekiye	SAN TURGAY Ayşe
AKPINAR BALCI Reva	KAVLAK Oya	SOĞUKPINAR Neriman
ALTUN İnsaf	KELLEÇİ Meral	SEREN İNTEPELER Şeyda
BAL YILMAZ Hatice	KOCAMAN YILDIRIM Nazmiye	ŞAHİN Nevin
BAYKAL Ülkü	KULAKAÇ Özen	ŞENDİR Merdiye
BİLGE Aysegül	KUKULU Kamile	ŞENUZUN Fisun
ÇEBER Esin	METE Samiye	TANRIVERDİ Gülbu
DEMİRKIRAN Fatma	OKANLI Ayşe	TEL Hatice
DEMİR KORKMAZ Fatma	ÖĞCE Filiz	TEL Havva
DİNÇ Leyla	ÖZEL EFE Emine	TERZİOĞLU Füsün
EKTİ GENÇ Rabia	ÖZER Nadiye	YAVA Ayla
ENGİN Esra	ÖZKAN Özlem	YAVUZ Meryem
ERTEM Gül	ÖZMEN Dilek	YILDIRIM Yasemin
GÜNER Perihan	ÖZTÜRK Candan	ZAYBAK Ayten

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri
Post-Discharge Learning Needs of Patients Who Had Undergone Coronary Artery Bypass Grafting Surgery
Gülşen DEMİRKIRAN, Özge UZUN1-12
- Üniversite Öğrencilerinin Cinsellik ve Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi, Görüş Ve Uygulamaları
The University Students' Information, Opinions And Practices About Sexuality and Family Planning Methods
Şenay ÜNSAL ATAN, Emel TAŞÇI DURAN, Selma ŞEN,
Nursen BOLSOY, Ümran SEVİL13-25
- Erkek Hemşirelerin Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi
Examination of Problems Experienced by Male Nurses
Ayşe DEMİRAY, Fadime KAÇAR, Leyla KHORSHID..... 27-36
- Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği Türkçe Formu Geçerlik ve Güvenirliği
Validity and Reliability of the Turkish Adaptation of the Child Attitude Toward Illness Scale
Ayşe ERSUN, Bahire BOLIŞIK..... 37-45
- Bir Hemşirelik Dergisinin İncelenmesi
Examining of a Nursing Journal
Leyla KHORSHID, Esra AKIN KORHAN, Güldam HAKVERDİOĞLU YÖNT,
Ayşe DEMİRAY.....47-55
- Morse Düşme Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Duyarlılık-Seçicilik Düzeyinin Belirlenmesi
Adaptation of Morse Fall Scale To Turkish and Determination of Sensitivity and Specificity
Nurşah YILMAZ DEMİR, Şeyda SERENİNTEPELER57-71

Derleme Yazılar

- Ailede Kadının Değişen Rolünün Çocuk Sağlığına Etkisi ve Aile Merkezli Bakımın Önemi
The Effects of the Changing Role of Women in Family on Child's Health and the Importance of Family-Centered Care
Eda AKTAŞ, Emel TEKSÖZ, Ayşe Ferda OCAKÇI.....73-80
- Çocuklarda Uyku
Sleep in Children
Hatice YILDIRIM SARI.....81-90
- Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşım: Biyoterapi ve Hemşirelik Yönetimi
The Current Approach to Cancer Treatment: Biotherapy and Nursing Management
Nazmiye ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU, Esra OKSEL, Çiçek FADİLOĞLU.....91-103

Editörden Okura,

Değerli Okuyucularımız,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunun, Hemşirelik Fakültesi olarak eğitimini sürdürmesi nedeniyle, dergimizin adının da buna uygun düşecek şekilde değiştirilmiş olduğunu bu sayımızda görmektesiniz. Okulumuz bünyesinde çıkan dergimizin kalitesinin artmaya devam etmesi için, önceki sayılarda da belirttiğim üzere, dergideki yayınların atıf alması konusuna özen göstermeye devam ettiğimizi tekrarlamak isterim.

Dergimizin son sayılarında, derleme ve olgu sunumlarının artmakta olduğunu görmek sevindiricidir. Yayın kalitemizi artırma çabamızı sürdürürken, dergimize yayın gönderen yazarlarımızın, dergimiz makalelerini kaynak olarak kullanmaya özen göstermelerini bekliyoruz. Bu sayımızda dokuz makale bulunmaktadır. Bu makalelerin altısı araştırma, üçü derleme makaledir. Her makale özgün bilimsel konuları içermektedir. Bu makalelerin içerisindeki bilimsel bilgilerin, mesleğimizin bilimsel 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

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ

*POST-DISCHARGE LEARNING NEEDS OF PATIENTS WHO HAD UNDERGONE
CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING SURGERY*

Gülşen DEMİRKIRAN* **Prof.Dr. Özge UZUN****

*Fırat Üniversitesi Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi, ELAZIĞ

**Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, KİLİS

Bu araştırma, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir
(Danışman: Ö. Uzun)

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, ilk kez koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini ve bu öğrenim gereksinimlerinin hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı türden olan bu çalışma bir üniversite hastanesinin Kalp Damar Cerrahisi kliniğindeki hastalar üzerinde yürütüldü. Çalışmanın örneklemini 80 hasta oluşturdu. Veriler Hasta Bilgi Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizlerinde ortalamalar, sıklıklar, Kruskal Wallis H, Mann Whitney U ve Student's t testleri kullanıldı.

Bulgular: Hastaların öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamasının 183.48 ± 23.36 ile çok önemli düzeyde (önemlilik düzeyi: 3.66) olduğu bulundu. Hastalar için en önemli öğrenim gereksinimi yaşam aktiviteleri alt boyutu (37.60 ± 4.93 , önemlilik düzeyi: 4.93), en az önemli öğrenim gereksinimi ise duruma ilişkin duygular alt boyutuna (12.66 ± 4.04 , önemlilik düzeyi: 2.53) ilişkindi. Kadın hastaların, ev hanımlarının, taburculuk eğitimi almayan hastaların, sadece hekimden taburculuk eğitimi alan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları diğer hastalarından daha yüksek ve grupların puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin çok önemli düzeyde olduğunu, taburculuk öncesi bilgilendirmenin öğrenim gereksinimlerini azalttığını, ancak hemşirelerin taburculuk eğitiminde etkin rol almadığını gösterdi. Bu sonuçlar doğrultusunda, hastaların bireysel özelliklerine ve öğrenim gereksinimlerine göre planlı taburculuk eğitiminin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı, Taburculuk, Öğrenim Gereksinimleri, Hastalar, Hemşirelik

ABSTRACT

Aim: Aim of this study was to determine post discharge learning needs of patients who had undergone coronary artery bypass grafting surgery (CABG) for the first time, and whether these needs change according to the patients' some identifier characteristics.

Methods: This descriptive study was conducted on patients in Cardio Vascular Surgery Clinic of a university hospital. The sample of this study consisted of 80 patients. Data were collected using by the Patient Information Form and Patient Learning Needs Scale (PLNS). In statistical analyze of data was used means, frequencies, Kruskall Wallis H, Mann-Whitney U, Student-t tests.

Results: The mean total score learning needs of patients was 183.48 ± 23.36 , with an importance level of 3.66 were found to be very important level. The most important learning need of patients was the life activities (37.60 ± 4.93 , importance level: 4.93) and the least important learning need was the emotions related to the situations (12.66 ± 4.04 , importance level: 2.53). It was found that PLNS total scale mean scores of female patients, housewives, patients who had not received discharging education, and patients who had only received the discharging education from the doctor were higher than other patients, and differences between mean scores of groups were statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Results of this study showed that the learning needs of patients who had undergone CABG surgery was very importance level, the information before of discharge decreased the learning needs, and but the nurses had not take active role for discharging education of patients. In accordance with these results, it is suggested that the planed discharge education should be made according to individual characteristics and learning needs of the patients.

Key Words: Coronary Artery Bypass Operation, Discharging, Learning Needs, Patients, Nursing.

GİRİŞ

Koroner arter hastalığı (KAH) ya da hastalıkları, kalbin kendini besleyen koroner arterlerin, herhangi bir nedenle, beslediği bölgelere yeterli kanı taşıyamaması sonucu miyokarda oluşan iskemi veya koroner arterlerde ateroskleroza bağlı olarak gelişen hastalıklar ile bunların komplikasyonları sonucu ortaya çıkan hastalıklardır. KAH, aynı zamanda koroner kalp hastalıkları (KKH) olarak da isimlendirilmektedir (Paç 2004, The National Heart, Lung, and Blood Institute 2010). Son yıllara ait istatistiksel veriler, KAH'nın dünyada erişkinlerde ölüm nedenlerinin başında yer aldığını göstermektedir. KAH tüm ölümlerin %33 ile %50'sinin, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin ise % 50 ile %75'inin nedeni olarak gösterilmektedir (McHugh 2001, Paç 2004). Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından yürütülen Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 1990-2005 yılları arasındaki 15 yıllık izlem verilerine göre, KKH görülme sıklığı yılda %5-6 artış göstermektedir. Bu artışın 2005-2015 döneminde % 7'ye çıkacağı ve 2015 yılı için, koroner kalp hastası sayısının günümüzdeki tahmini 2,8 milyondan tam ikiye katlanarak 5,6 milyona yükselmesi beklenmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği 2006). Bu rakamlar ve öngörüler, KAH'nın bireylerin ve toplumların sağlığı için önemini, çok sık görülen hastalık gurubu olduğunu ve ölümlerin en başta gelen nedeni olduğunu yansıtmaktadır.

Günümüzde, sıklığı giderek artan KAH'nda medikal tedavinin yanı sıra yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemlerinden biri de Koroner Arter Bypass Greft (KABG) girişimidir. Büyük ve riskli cerrahi girişimlerden biri olarak kabul edilen KABG ameliyatı, hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkilemektedir (Watt-Watson ve ark. 2004). KABG girişiminden sonra çeşitli nedenlerle hareketlerin kısıtlanması sonucu solunum sistemine ilişkin sorunlar (atelektazi, plevral efüzyon ve pnömotoraks vb), tromboemboli, kosta travmaları, ağrı, yorgunluk, yara enfeksi-

yonları, renal perfüzyonda bozulma gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (Hanözü 2006, Mueller 2000, Watt-Watson ve ark. 2004). Bu komplikasyonların yanı sıra, kardiyolojik olmayan zihinsel sorunlar (sıklıkla anksiyete, hatta depresyon, mutsuzluk, cinsel yaşamda değişiklikler gibi), psikososyal sorunlar (iş yaşamında değişiklikler, sosyal izolasyon gibi) görülmektedir (Goodman 1997, Moore 1996). Bu nedenlerle, KABG ameliyatı geçiren hastalarda tedavi öncesi ve sonrası dönemde uygun bakım ve eğitim önem kazanmaktadır.

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hasta bakımının en önemli hedeflerinden biri komplikasyonları önlemek, uygun ve yeterli bilgilendirme yaparak hastayı taburculuğa hazırlamaktır. Taburculuğa hazırlık sırasında hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte, taburculuk planlaması temelde hemşirenin sorumluluğundadır. Bu bağlamda, hemşirelerin, KABG ameliyatı geçiren hasta ve hastanın aile üyelerini ameliyata hazırlık, ameliyat sonrası bakım ve taburculuk sonrası evde bakıma yönelik konularda desteklemeleri ve bilgilendirmeleri gerekmektedir (Goodman 1997, Jickling and Graydon 1997, Pieper et al. 2006). Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitimi verilen hastaların iyileşme süreçlerinin hızlandığı, öz bakım yeteneklerine paralel olarak özgüvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetlerinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir (Aydın 2000, Gültekin ve Özbayır 2002).

Taburculuk eğitiminin amacına ulaşmasını sağlayan en önemli etmenlerden biri eğitimin hasta gereksinimlerine ve hastanın bireysel özelliklerine uygun olarak planlı bir şekilde yapılmasıdır. Hasta öğrenim gereksinimlerine uygun yapılan eğitim, hasta için daha yararlı ve etkili olacaktır. Genel olarak, hemşirelerin planlı taburculuk eğitiminde aktif rol almadıkları ve hastaların bilgi gereksinimlerinin istendik düzeyde karşılanmadığı gözlenmektedir. Yapılan literatür incelemesinde, ülkemizde KABG ameliyatı geçirmiş hastaların HÖGÖ kullanılarak taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, KABG ameliyatı geçiren hastaların bireysel özellikleri de dikkate alınarak öğrenim gereksinimlerinin incelenmesi hastalara en çok gereksinim duydukları alanlarda taburculuk eğitiminin planlanıp uygulanmasına katkı sağlayabilir.

Bu çalışma, ilk kez KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini ve öğrenim gereksinimlerinin hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM VE GEREÇ

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlandı ve yapıldı. Araştırma 1 Mart – 31 Ağustos 2009 tarihleri arasında, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde ilk kez KABG ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini ilk kez KABG ameliyatı olan 107 hasta, örneklemi araştırılmaya alım ölçütlerine uygun olan ve veri toplama formlarını tam olarak dolduran 80 hasta oluşturdu. Veri toplama süresince 20 hasta çalışmaya katılmayı

kabul etmediği ve 7 hastaya ulaşılamadığı için 27 hasta çalışma dışı bırakıldı. Araştırmaya; 18 yaş ve üstü olan, ilk kez KABG ameliyatı geçiren, okuma yazma bilen, iletişim kurulabilen, ruhsal bir hastalığı olmayan, taburculuğuna karar verilmiş, ameliyattan sonra hastanede en az 2 gece yatmış, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar dâhil edildi.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)'nin Türkçe formu kullanıldı. Veriler, taburcu olması kesinleşmiş fakat klinikten henüz ayrılmamış olan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olup, bir görüşme ortalama 15 dakika sürmüştür.

Hasta Bilgi Formu; konu ile ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, evde kiminle yaşadığı, vb.) tıbbi özellikleri (ek bir hastalığın varlığı, sigara kullanımı, boy, kilo), hastaneye yatış ve çıkış tarihi, taburculuk eğitimi alma durumu ile ilgili toplam 15 sorudan oluşmuştur. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, Hasta Bilgi Formu'ndaki soruların hastalar tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 10 hasta üzerinde ön uygulama yapıldı, form üzerinde anlaşılmayan ifadeler ve maddelerle ilgili gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra araştırma verileri toplandı. Ön çalışmada uygulanan formlar araştırma verilerine dâhil edilmedi.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ):

Hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemek amacıyla kullanılan HÖGÖ, 1990 yılında Bubela ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Bubela 1990). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında Çatal ve Dicle tarafından yapılmış ve iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .95, madde toplam puan korelasyonları $r=.69$ ile $.85$ arasında bulunmuştur. Ölçek 50 madde ve 7 alt boyuttan (ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı) oluşmaktadır. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre, hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden önce bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği işaretlemeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen toplam puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt boyut puanları; toplam ölçek ve tüm alt boyutların soru sayısına bölünerek, öğrenim gereksinimlerinin önemlilik düzeyi 1 ile 5 arasında, "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde yorumlanmaktadır. Yüksek puanlar öğrenim gereksiniminin önemlilik düzeyini gösterir (Bubela 1990, Çatal ve Dicle, 2008).

Bu araştırma kapsamına alınan hasta grubu için HÖGÖ güvenilirlik hesaplamasında toplam ölçek için iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı 0.92 idi ve yedi alt ölçek için alfa katsayıları 0.60 ile 0.84 arasında değişmekteydi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri Statistical Package of Social Science (SPSS) 15.0 programında yapıldı. Verilerin istatistiksel analizlerinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma hesaplandı, grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis-H, Mann-Whitney-U ve Student's t testleri, ilişki aramada Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı ve araştırmaya katılan bireylerden araştırmanın amacı açıklandıktan sonra bilgilendirilmiş yazılı onam alındı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 59.63 (18 ile 81 yaş arası) ve çoğunluğu (%72.5) 45-64 yaş grubunda idi. Hastaların çoğunluğunun evli (%88.8), çekirdek aile yapısına sahip (%87.5), erkek (% 80.0) olduğu ve il merkezinde yaşadığı (%70) belirlendi. Hastaların %40'ı ilköğretim mezunu, %23.8'i emekli idi. Hastaların, hastanede yattığı toplam gece sayısı ortalama 12.45 ± 4.70 (en az 6, en fazla 27 gece), ameliyattan sonra hastanede yattığı gece sayısı ortalama 7.58 ± 2.25 (en az 5, en fazla 17 gece) idi. Ayrıca, araştırmaya alınan tüm hastaların sosyal güvencesi vardı.

Hastaların %86.2' sinin bir ek hastalığı olduğu, en çok (%34.9) diyabet hastası olduğu, %51.2'sinin sigara kullandığı, sigara kullananların %34.2'sinin günde bir paketten fazla içtiği ancak hastaneye yatınca sigarayı bıraktıkları belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların tümü evde bakım verecek birinin olduğunu belirttiler. Evde bakım verenlerin %42.5'i eş, %27.5'i eş ve çocuklardı. Hastaların %58.8'i, bakım verenlerin ise %65'i taburculuk sonrası evde bakıma ilişkin bilgi almadıklarını ifade ettiler. Taburculuk eğitimi aldığını belirten hastaların %66.7'si hekimden, %21.2'si hemşire ve %12.1'i ise hekim ve hemşireden bilgi aldıklarını belirttiler.

Hastaların HÖGÖ'den aldıkları puanların ortalamaları ve öğrenim gereksinimi düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1: Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Öğrenim Gereksinimleri Önem Düzeyleri

HÖGÖ	Madde sayısı	Ölçek Puan En düşük En yüksek	Hasta Puanları En düşük En yüksek	Puanlar Ort±SS*	Öğrenim Gereksinimi Önem Düzeyi
Yaşam aktiviteleri	9	9-45	25-45	37.60 ± 4.93	4.93
Cilt Bakımı	5	5-25	10-25	20.50 ± 3.00	4.10
Yaşam Kalitesi	8	8-40	24-40	32.47 ± 3.53	4.05
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	9-45	25-45	34.68 ± 4.57	3.85
İlaçlar	8	8-40	19-40	29.77 ± 4.66	3.72
Toplum ve izlem	6	6-30	9-29	15.78 ± 4.60	2.63
Duruma ilişkin duygular	5	5-25	6-23	12.66 ± 4.04	2.53
Toplam	50	50-250	139-243	183.48 ± 23.36	3.66

*SS: Standart Sapma

HÖGÖ toplam ve alt ölçekler incelendiğinde; hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamasının 183.48 ± 23.36 ve öğrenim gereksinimi düzeylerinin toplam ölçekte çok önemli düzeyde olduğu görülmektedir. Hastalar için en önemli öğrenim gereksiniminin yaşam aktiviteleri alanında son derece önemli düzeyde (ortalama= 37.60 ± 4.93 , önemlilik düzeyi= 4.93) en az önemli öğrenim gereksinimi ise düşük düzeyde olan duruma ilişkin duygular (ortalama= 12.66 ± 4.04 , önemlilik düzeyi= 2.53) olduğu belirlendi.

Bu çalışmadaki HÖGÖ toplam puan ortalaması (183.4), Özel (2010) ve Uzun ve ark. (2011)'nin HÖGÖ'ni kullanarak yaptıkları çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Özel (2010), cerrahi girişim geçiren 220 hastanın taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamasını 199.1, Uzun ve ark. (2011) 90 genel cerrahi hastasının taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamasını 196.9 olarak bulmuşlardır. Bununla birlikte, mevcut çalışma sonuçlarından farklı olarak Rich-vanderBij (1999) cerrahi girişim geçiren 21 hasta üzerinde yaptığı çalışmada toplam puan ortalamasını 151.8, Jacobs (2000) 45 cerrahi hastasıyla yaptığı çalışmasında öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamasını 106.2 olarak bulmuşlardır. Çalışma sonuçları arasındaki farkın hasta özelliklerinden ve kurumların hasta eğitim politikalarındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada, hastaların en çok yaşam aktiviteleri, daha sonra cilt bakımı, yaşam kalitesi ve tedavi ve komplikasyonlar alanlarında öğrenim gereksinimlerinin olduğunun belirlenmesi, diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Jacobs 2000, Jickling ve Graydon 1997, MacKinaw ve ark. 1997). Jickling ve Graydon (1997) tarafından yapılan çalışmada, KABG ameliyatı geçiren hastaların en fazla tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, ilaçlar ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi alanlarında bilgiye gereksinim duydukları belirlenmiştir. MacKinaw ve ark. (1997) 116 yatan hastada HÖGÖ'ni kullanarak yaptıkları çalışmada, hastaların en fazla ilaçlar ile tedavi ve komplikasyonlar konularında öğrenim gereksinimleri olduğunu belirlemişlerdir. Ülkemizde, HÖGÖ kullanılarak cerrahi hastalar üzerinde yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde; nöroşirurji hastalarının en çok yaşam kalitesi (Taşdemir ve ark. 2009), diz ve kalça artroplastisi uygulanan hastalarda en çok tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam kalitesi (Şendir ve ark. 2009), genel cerrahi hastalarında en çok tedavi ve komplikasyonlar, ilaç kullanımı ve yaşam kalitesi (Uzun et al. 2011) alt boyutlarına ilişkin öğrenim gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir.

Literatürde, KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası en çok gereksinim duydukları eğitim konularının günlük yaşam aktiviteleri (beslenme, banyo yapma, ev işi yapma, hareket, cinsellik, uyku, dinlenme vb), cihaz kullanımı, ilaç kullanımı, yara bakımı, ilaç kullanımı, ağrı kontrolü, sosyal aktiviteler, olası sorunlar ve kontrol zamanı olduğu belirtilmektedir (Aydın 2000, Elitoğ ve Erkuş 2010 Öztekin ve Akyolcu 2003, Pieper et al, 2006). Gerek bizim çalışma sonuçları, gerekse diğer çalışma sonuçları, hemşirelerin, KABG ameliyatı geçiren hastalara taburculuk eğitimini planlarken ve uygularken, özellikle günlük yaşam aktiviteleri, cilt bakımı, ilaç kullanımı, tedavi ve komplikasyonlar ile bunların yanı sıra diğer öğrenim alanlarına yönelik bilgilere önem ve öncelik vermeleri gerektiğini göstermektedir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre HÖGÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 2’de gösterildi.

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HÖGÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=80)

Özellikler	Sayı	%	HÖGÖ toplam puan Ortalama±SS	Test/Anlamlılık
Yaş				
44 yaş ve altı	5	6.3	182.40±19.95	KW _{x2} =0.343
45 – 64 yaş	58	72.5	183.06±24.37	P=0.842
65 yaş ve üzeri	17	21.2	185.23±21.78	
Cinsiyet				
Kadın	16	20.0	195.68±20.69	Z = -2.069
Erkek	64	80.0	180.43±23.13	P=0.039*
Medeni Durum				
Evli	71	88.8	183.52±22.34	Z= -.289,
Bekâr	9	11.2	183.22±31.96	P= 0.772
Eğitim Durumu				
Sadece Okur – Yazar	26	32.5	181.57±20.67	KW _{x2} =5.00
İlkokul/Ortaokul Mezunu	32	40.0	189.06±24.89	P=0.172
Lise Mezunu	15	18.7	183.06±22.50	
Üniversite Mezunu	7	8.8	166.00±21.96	
Meslek				
Ev Hanımı	15	18.8	196.46±21.17	KW _{x2} =15.21
Çiftçi	14	17.5	189.42±27.02	P= 0.009**
Emekli	19	23.8	187.21±21.51	
İşçi	3	3.7	183.33±30.00	
Serbest Meslek	17	21.2	177.00±17.51	
Memur	12	15.0	163.66±18.03	
Aile Yapısı				
Çekirdek Aile	70	87.5	183.12±22.25	Z= -.182,
Geleneksel Aile	10	12.5	186.00±31.39	P= 0.856
Yaşadığı Yer				
İl Merkezi	56	70	183.26±22.33	KW _{x2} = 1.75
İlçe	20	25	180.60±24.06	P= 0.416
Köy	4	5	201.00±33.03	

Anlamlılık düzeyi: *P<0.05; **P<0.01

Bu çalışmada, hastaların cinsiyet durumuna göre HÖGÖ toplam ölçek puan ortalamaları arasında erkeklerin lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Z= -2.069, p<0.05). Hastaların cinsiyete göre alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; kadın hastaların ilaçlar (Z =-2.351, p<0.05), toplum ve izlem (Z =-2.248, p<0.05), tedavi ve komplikasyonlar (Z=-2.032, p<0.05) ve cilt bakımı (Z=-3.094, p<0.01) puan ortalamaları erkek hastalardan yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonuç, kadınların öğrenim gereksinimlerinin erkeklerden daha fazla olduğunu belirleyen çalışma sonuçları ile uyumluluk göstermektedir (Rich-vanderbij 1999, Suhonen et al. 2005, Özel 2010, Uzun et al. 2011). Bu bulgu, taburculuk sonrası evde kendine bakım konusunda kadın hastaların erkeklere göre daha çok bilgi arayışı ve bilgi alma beklentisi içinde olabileceklerinin bir sonucu olabilir. Bununla birlikte,

bu sonuç, ülkemizde, genel olarak kadınların eğitim düzeylerinin daha düşük olmasının olumsuz bir yansıması olarak da yorumlanabilir.

Mesleğe göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; ev hanımlarının öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamaları (196.46±21.17) diğer meslek gruplarından daha yüksek, memurların ise (163.66±18.03) daha düşüktü ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($KW_{x_2}=15.21$, $p<0.01$). Ev hanımı olan hastaların ilaçlar ($KW_{x_2}=12.11$, $p<0.05$), yaşam aktiviteleri ($KW_{x_2}=11.70$, $p<0.05$), toplum ve izlem ($KW_{x_2}=17.74$, $p<0.01$), tedavi ve komplikasyonlar ($KW_{x_2}=22.99$, $p<0.001$) ve cilt bakımı ($KW_{x_2}=15.94$, $p<0.01$) puan ortalamaları, diğerlerinden yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Bu sonuçlar, daha önce belirtilen kadın hastaların öğrenim gereksinimlerine ilişkin sonuçlar ile de örtüşmektedir.

Çalışma sonucunda, mesleğin öğrenim gereksiniminde etkili olduğu ve mesleklerle göre öğrenim gereksinimlerinin farklılaştığı saptandı. Benzer şekilde, Hu ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada herhangi bir işe sahip olan hastaların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Hastaların mesleklerine göre ilgi alanlarının farklılaşabileceği gibi öğrenim gereksinimlerinin de farklılaşabileceği düşünülmektedir.

Eğitim düzeylerine göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilköğretim mezunu hastaların puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek, üniversite mezunu olanların ise düşük olmasına karşın, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Bununla birlikte, HÖGÖ alt ölçek boyutlarında, üniversite mezunu olan hastaların yaşam aktiviteleri ve cilt bakımı puan ortalamaları diğer hastalardan daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Sırası ile; yaşam aktiviteleri $KW_{x_2}=11.20$, $p<0.01$; cilt bakımı $KW_{x_2}=8.99$, $p<0.05$).

Bu çalışmada, hastaların eğitim düzeylerine göre öğrenim gereksinimlerinin toplam puanlarda anlamlı farklılık göstermemesine karşın, eğitim düzeyi yükseldikçe öğrenim gereksinimlerinin azalması, daha önce yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Eke 2004, Hu ve ark. 2006, Yaman 2008). Bu sonuçlara dayanarak, eğitim durumunun hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesinde önemli olduğu, eğitim düzeyi düşük olan hastaların bazı konularda (özellikle cilt bakımı, yaşam aktiviteleri vb) diğer hastalara göre daha çok öğrenim gereksinimleri olduğu söylenebilir. Hemşireler, taburculuk eğitimini planlarken eğitim düzeyi düşük olan bireylerin daha fazla bilgiye gereksinimi olabileceğini göz önünde bulundurmaldırlar.

Hastaların yaş grupları, medeni durum, aile yapısı ve yaşadıkları yere göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları birbirine yakındı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$) (Tablo 2). Bu sonuçlar, hastaların bazı sosyo-demografik (yaş, medeni durum, aile yapısı, oturduğu yer, vb) öğrenim gereksinimlerinde etkili olmadığını göstermektedir. Taşdemir ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da yaşın hastaların öğrenim gereksinimlerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları ile uyumlu olarak, Uzun ve arkadaşlarının (2011) genel cerrahi hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada da hastaların öğrenim gereksinimlerinin yaş, medeni durum ve yaşadıkları yer değişkenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Hastaların sağlık durumlarına ilişkin özelliklerine göre HÖGÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'de gösterildi.

Tablo 3: Hastaların Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=80)

Sağlık Durumları	S	%	HÖGÖ toplam puan Ortalama±SS	Test/P Değeri
Ek hastalık				
Evet	69	86.2	182.74±25.45	t=0.305
Hayır	11	13.7	184.35±20.98	P= 0.761
Sigara kullanımı				
Evet	41	51.2	180.75±22.98	t=-1.073
Hayır	39	48.8	186.35±23.70	P=0.286
Hastanede yatılan gece	Ort.±SS			r
Hastanede yattığı toplam gece	12.45±4.70		183.48±23.36	r=0.003 P=0.976
Ameliyat sonrası yattığı gece	7.58±2.25		183.48±23.36	r=0.040 P=0.727
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	26.86±3.68		183.48±23.36	r=0.239 P=0.033*

Anlamlılık düzeyi: *P<0.05

Tablo 3'de görüldüğü gibi, hastaların ek hastalık ve sigara içme durumu ile HÖGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırası ile; t=-0.305; t=-1.073; p>0.05). Hastaların HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları ile hastaların hastanede yattığı gece sayısı ve ameliyat sonrası hastanede yattığı gece sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırası ile; r=0.003; r=0.040; p>0.05). Sonuçlar, hastaların ek hastalık, yatış süresi ve sigara kullanımının öğrenim gereksinimlerinde etkili olmadığını göstermektedir. Bu sonuçlarla uyumlu olarak, Uzun ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada da hastaların öğrenim gereksinimlerinin ek hastalık ve yatış süresi değişkenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Hastaların BKİ değerleri ile HÖGÖ toplam ölçek puanları arasında olumlu yönde anlamlı ilişki olduğu (r=0.239, p<0.05) (Tablo 3) ve BKİ değerleri arttıkça öğrenim gereksinimleri puan ortalamalarının da arttığı görüldü. Hasta eğitiminde, BKİ yüksek olan hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olabileceği dikkate alınmalıdır.

Hasta ve evde bakım verenlerin taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 4'de gösterildi.

Tablo 4: Hasta ve Evde Bakım Verenlerin Taburculuk Eğitimi Alma Durumlarına Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=80)

Taburculuk Eğitimine İlişkin Bilgiler	Sayı	%	HÖGÖ toplam puan Ortalama±SS	Test/ P Değeri
Hastanın taburculuk eğitimi alma durumu				
Evet	33	41.2	175.51±23.93	t=-2.654
Hayır	47	58.8	189.08±21.47	P=0.010*
Hastaların taburculuk eğitimi aldıkları kişi				
Hekim	22	66.7	182.68±23.46	KW _{k2} = 8.01
Hemşire	7	21.2	162.28±19.99	P=0.018*
Hekim ve Hemşire	4	12.1	159.25±17.93	

Bakım verenin taburculuk eğitimi alma durumu				
Evet	28	35.0	174.92±25.65	Z= -2.316
Hayır	52	65.0	188.09±20.85	P=0.021

Anlamlılık düzeyi: * P<0.05

Taburculuk eğitimi almayan hastaların HÖGÖ toplam ölçek puan ortalamaları taburculuk eğitimi alan hastalardan yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=-2.654$, $p<0.05$) (Tablo 4). Benzer şekilde, Yaman (2008)'in yaptığı çalışmada da taburculuk eğitimi alan hastaların bilgi düzeylerinin eğitim almayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cupples (1995) açık kalp ameliyatı olan 40 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, planlı eğitim verilen hastaların bilgi düzeylerinin eğitim verilmeyen hastalardan daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde; taburculuk öncesi bilgilendirilen hastaların daha az öğrenim gereksinimleri olduğu görülmektedir. Bu sonuç, taburculuk öncesi verilen eğitimin hastaların, cerrahi işlem sonrası öz bakımlarını sürdürme, stresle ve olası sorunlarla başa çıkmalarında etkili olabileceği, dolayısı ile taburculuk sonrası iyileşme dönemlerini evde daha rahat ve sorunsuz bir şekilde geçirmelerine yardımcı olacağına göstergesi olarak kabul edilebilir.

Bu çalışmada, hastaların taburculuk eğitimi aldıkları kişiye göre HÖGÖ toplam puanları karşılaştırıldığında; sadece hekimden eğitim alanların (ortalama=182.68±23.46) daha fazla öğrenim gereksinimi olduğu, hem hekim hem de hemşireden eğitim alanların (ortalama=159.25±17.93) ise daha az öğrenim gereksinimi olduğu belirlendi. Hastaların taburculuk eğitimi aldıkları kişiye göre HÖGÖ toplam ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($KW_{x2}=8.01$, $p<0.05$) (Tablo 4). Sonuçlara göre, hem hekimden hem de hemşireden taburculuk eğitimi alan hastaların HÖGÖ toplam puanları düşük, dolayısı ile öğrenim gereksinimlerinin daha az olduğu belirlendi.

Çalışma sonuçlarına göre, hemşirelerin taburculuk eğitiminde yeterince yer almadığı, taburculuk eğitimini genellikle hekimlerin verdiği, hem hekim hem de hemşirelerin taburculuk eğitimi vermesinin daha etkili olduğu ve hastaların öğrenim gereksinimlerini azalttığı görülmektedir. Bu sonuç, daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyumludur (Aydoğan 2005, Nargiz 2005, Suhonen et al. 2005). Yapılan çalışmalarda da hastalara verilen taburculuk eğitiminin sınırlı bir içerikle ve genellikle hekim tarafından verildiği, hemşirelerin hasta eğitiminde yeterince yer almadıkları belirtilmektedir. Oysa ekip içinde hastayla daha uzun süre birlikte olan ve hastayı yakından izleyen hemşirenin, ekip içi eşgüdümün sağlanmasında, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmakta ve bu sorumlulukları yerine getirmesi beklenmektedir.

Bakım verenin taburculuk eğitimi alma durumu incelendiğinde; bakım verenin eğitim almadığı hastaların toplam ölçek puan ortalamaları (188.09±20.85); taburculuk eğitimi alan hastalardan (174.92±25.65) yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z= -2.316$, $p<0.05$) (Tablo 4). Bu sonuç, taburculuk eğitiminin hasta

ve hastaya bakım verenler üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Bakım verenin taburculuk eğitimi alması hastanın evde kendini daha güvenli hissetmesine neden olabilir.

Bu araştırmanın sadece KABG ameliyatı olan hastaları kapsamaması ve hastaların soru formlarındaki soruları doğru yanıtladıklarının varsayılması araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edildi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları, KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin çok önemli düzeyde olduğunu, bununla birlikte hemşirelerin taburculuk eğitiminde etkin rol almadıkları; cinsiyet, meslek ve BKİ değişkenlerinin yanı sıra eğitim düzeyinin hastaların öğrenim gereksinimlerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin KABG ameliyatı geçiren hastaların ve hastalara bakım verenlerin öğrenim gereksinimlerini belirlemeleri, taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini karşılamak amacıyla hasta eğitimini planlayıp uygulamaları ve bunu hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline getirmeleri,
- Taburculuk eğitimi planlanırken, bireysel özelliklerin dikkate alınması, özellikle kadın hastalara, ev hanımlarına, eğitim düzeyi düşük hastalara ve köyde oturanlara daha etkin eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelerin KABG ameliyatı sonrası taburculuk planlaması ve hasta eğitiminde aktif rol üstlenmeye yönelik çaba göstermeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Aydın ÇF. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadıkları Güçlükler. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2000.
- Aydoğan N. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamadaki Bilgi Gereksinimleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2005.
- Bubela N, Galloway S, McCay E, et al. The Patient Learning Needs Scale: Reliability and Validity. J Adv Nurs. 1990; 15(10): 1181-7.
- Cuppless SA. Effects Of Timing and Reinforcement of Pre-Operative Education on Knowledge and Recovery of Patients Having Coronary Artery Graft Surgery. Heart Lung 1991; 20(6): 654-60.
- Çatal E, Dicle A. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 1(1): 19-32.
- Eke P. Kalp Kapağı Ameliyatı Olan Hastaların Bakımlarına İlişkin Bilgileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.2004.
- Elitoğ N, Erkuş B. (2010). CABG Operasyonu Geçirmiş Olan Hastaların Taburculuk Sonrası En Sık Yaşadıkları Problemlerin Tanımlanması. Acıbadem Hemşirelik e-Dergi, Sayı 25, Erişim: 27.05.2011. Web Adresi: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/>
- Goodman H. Patients Perceptions of Their Education Needs in The First Six Weeks Following Discharge After Cardiac Surgery. J Adv Nurs. 1997; 25(6): 1241-51.

- Gültekin G, zbayır T. Koroner By-pass Ameliyatı Olan Hastalara Taburcu Olmadan nce Verilen Eğitimin Etkinliğinin Karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi- Cerrahi Hemşireliği Sektiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, Antalya: Ritm Matbaa, 2002; 309-317.
- Hanz M. Açık kalp Cerrahisi Sonrası Gelişen Torasik Komplikasyonlar. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Siyami Ersak Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2006.
- Hu A, Chow DM, Dao D, et al. Factors Influencing Patient Knowledge of Warfarin Therapy After Mechanical Heart Valve Replacement, *J Cardiovasc Nurs.* 2006; 21(3):169-75.
- Jacobs V. Informational Needs of Surgical Patients Following Discharge. *Appl Nurs Res.* 2000; 13(1):12-18.
- Jickling JL, Graydon JE. The Information Needs at Time of Hospital Discharge of Male and Female Patients Who Have Undergone Coronary Artery Bypass Grafting: A Pilot Study. *Heart & Lung* 1997; 26(5): 350-7.
- MacKinaw RMP, Morrow SR, Whiteley MH, et al. The Health Education Needs of Veteran Patients. *J Am Diet Assoc.* 1997; 97 (9A Suppl): 57.
- McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P. Nurse Led Shared Care For Patients on The Waiting List For Coronary Artery Bypass Surgery: A Randomised Controlled Trial. *Heart* 2001; 86(3): 317-23.
- Moore S. The Effect of A Discharge Information Intervention on Recovery Outcomes Following Coronary Artery Bypass Surgery. *Int J Nurs Stud.* 1996; 33(2): 181-189.
- Mueller X, Tinguely F, Tevaearei H. Pain Location, Distribution, And Intensity After Cardiac Surgery. *Chest* 2000; 118(2): 391-6.
- Nargiz S. Perkutan Nefrolitotomi Sonrası Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.2005.
- Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) (2010) Ulusal Kalp Sağlığı Politikası. Erişim 12 şubat 2010, Web adresi: http://www.tkd-online.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSağligiPolitikasi_Taslak.pdf.
- Özel S. Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2010.
- ztekin D, Akyolcu N. Minimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Bypass Sonrası Hemşirelik Bakımı ve Hasta Eğitimi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 2003; 7(2), 88-95.
- Pa M. Kalp-Damar Cerrahisi, Ankara: MN Medikal ve Nobel Kitapevi, 2004; 116-225.
- Pieper B, Siegreen M, Freeland B, et al. Discharge Information Needs of Patients After Surgery. *J Wound Ostomy Cont Nurs.* 2006; 33(3): 281-9
- Rich-vander Bij LP. The Discharge Information Needs of Adults With Incisions Healing by Secondary Intention. Graduate Department of Nursing Science, Toronto: University of Toronto. 1999.
- Suhonen R, Nenonen H, Laukka, A, et al. Patients' Informational Needs and Information Needs and Information Received Do Not Correspond in Hospital. *J Clin Nurs.* 2005; 14(10): 1167-76.
- şendir M, Bykyılmaz F, Muşovi D. Information Needs Before Hospital Discharge of Hip and Knee Arthroplasty Patients. 11th Congress Efort European Federation of Natinoal Associations of Orthopaedics and Traumatology, Madrid, Spain 2-5 June 2010.
- Taşdemir N, Gloğlu S, Turan Y, et al. Learning Needs of Neurosurgery Patients *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 2010; 27: (4) 414-420.
- The National Heart, Lung, and Blood Institute (2010) 'What is Coronary Artery Bypass Grafting?' Retrieved March 13, 2011 from www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/cabg_what.html.
- Uzun O, Ucuzal M, İnan G. Post-Discharge learning needs of General Surgery patients. *Pak J Med Sci.* 2011; 27(3): 634-637.
- Yaman Y. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2008.
- Watt-Watson J, Stevens B, Katz J, et al. Impact of Perioperative Education on Pain Outcomes After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Pain*, 2004; 109(1-2): 73-85.

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN CİNSELLİK VE AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

*THE UNIVERSITY STUDENTS' INFORMATION, OPINIONS AND PRACTICES ABOUT
SEXUALITY AND FAMILY PLANNING METHODS*

Yard.Doç.Dr. Şenay ÜNSAL ATAN* **Yard.Doç.Dr. Emel TAŞCI DURAN****
Ar.Gör. Selma ŞEN*** **Yard.Doç.Dr. Nursen BOLSOY******
Prof.Dr. Ümran SEVİL*

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

***Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

****Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Bu araştırma, 19-22 Nisan 2007 tarihleri arasında düzenlenen 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Araştırma, üniversite öğrencilerinin cinselliğe bakış açılarının ve aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi, görüş ve uygulamalarının incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi'nde okuyan 42693 öğrenci, örneklemi ise olasılıksız amaçlı örneklem tekniği ile seçilen, 4. sınıf öğrencilerinden 292 kişi oluşturmuştur. Veri toplamak için anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde, sayı ve yüzde dağılımı ki-kare değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Cinsellik tanımlamalarının cinsiyete göre değiştiği bulunmuştur. Öğrencilerin %55.5'inin cinsel eğitim almadıkları saptanmıştır. Kız öğrencilerin %20.8'inin, erkek öğrencilerin %70.9'unun cinsel beraberlik deneyimledikleri, kız öğrencilerin %16.7'sinin, erkek öğrencilerin %54.7'sinin düzenli gebeliği önleyici yöntem kullandıkları saptanmıştır. Kız öğrencilerin %95.8'inin, erkek öğrencilerin %93.9'unun acil kontrasepsiyon terimini duymadıkları, kız öğrencilerin %39.8'inin, erkek öğrencilerin %40.0'inin acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumları bilmediği saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Öğrencilerin yaklaşık yarısı cinsellikle ilgili görüşlerini bildirmekten çekinmektedir. Öğrencilerin bir kısmı cinsel beraberlik yaşamasına rağmen cinsel beraberlik sırasında ve sonrasında korunmaya yönelik bilgi ve uygulamaları yetersizdir. Cinsellikle ilgili eğitimlerin ilköğretimden başlayarak eğitimin her aşamasında konunun uzmanları tarafından verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik; Aile planlaması hizmetleri; Doğum kontrolü; Genç erişkin

ABSTRACT

Objective: Research, university students to the point of view of sexuality and information about family planning methods, opinions and practices with the aim of investigation was planned as a descriptive.

Materials and methods: The universe of research at the University of the Ege 42693 studying students, the sample selected through without the possibility of purposeful sampling techniques, 4. class of 292 students constituted person. Questionnaire was used to collect data. In the analysis of data, number and percentage distribution, chi-square values were calculated.

Results: Sexuality definitions varied by gender. 55.5% of students in not taking the sexual education have been identified. 20.8% of female students' 70.9% of male students' sexual relationships experimented, 16.7% of female students' 54.7% of male students' regular contraceptive methods they use have been identified. 95.8% of female students' 93.9% of male students' of the emergency contraception did not hear the term, 39.8% of female students', 40.0% of male students' on of using emergency contraception did not know the status was determined.

Conclusion and recommendations: Approximately half of the students feel free to let their views about sexuality are. Despite some students' sexual life and sexual relationships during and after a draw in the information and applications for protection are insufficient. About sexuality education starting from primary education in all stages of education taught by experts in the field may be recommended

Key Words: Sexuality; Family Planning Services; Contraception; Young Adult

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş grubu "Adölesan" yaş grubu olarak, 15-24 yaş grubu ise "Genç" grubu olarak tanımlanmaktadır. Adölesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu "Genç İnsanlar" olarak değerlendirilmektedir (Özcebe ve Dam 2005, WHO 2005). Dünya nüfusu altı milyanın üzerindedir ve beşte birini (yaklaşık 1.2 milyarını) 10-19 yaş grubu oluşturmaktadır. Bu yaş grubunun nüfusu giderek artmakta, gençlerin beşte dördü gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. On-yirmidört yaş grubunun nüfusu 1.6 milyar olup 1.4 milyarı yine gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (Özcebe ve Dam 2005). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 yılı sonuçlarına göre, 10-24 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı %26.7'dir. Yani her dört kişiden birisi gençlik yaş grubundadır (TNSA 2008).

Gençlik dönemi gencin, fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa eriştiği ve cinselliğe bakışının değiştiği bir dönemdir (Set ve Ark 2006). İnsan yaşamında önemli bir yeri olan cinsellik, duygu, tutum ve davranışları içeren çok yönlü bir olgudur. DSÖ sağlıklı cinselliği; cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi olarak tanımlamaktadır (Gölbaşı 2003). Evlilik öncesi cinsel deneyim gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki gençler arasında yaygınlaşmaya başlamıştır (Başer 2000).

Üniversite dönemi, gençlerin kendi yaşamları üzerinde daha çok söz sahibi olmaya başladığı, ilk flörtlerin, ilk duygusal ve cinsel yaklaşımların yaşandığı dönemdir.

Gençler, bu dönemde cinsel açıdan aktiftir ya da aktif hale gelebilirler (Kaya ve Ark. 2007). Türkiye’de üniversitelerde okuyan gençlerin cinsellik konusundaki bilgi ve davranışları evli gençlere göre farklılık göstermektedir. Üniversite öğrencilerinin büyük bir kısmı bekârdır. Erkeklerin çoğunun, kızların daha az ama önemli bir kısmının karşı cinsiyet ile ilk temas ve cinsel ilişki deneyimi olduğuna ilişkin bulgular vardır (Özcebe ve Dam 2005). Akın ve Özvarış’ın (2004) Hacettepe (n=1789) ve Dicle Üniversiteleri (n=1877) birinci sınıf öğrencilerinde yaptıkları çalışmada, Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin %6.5’inin, Dicle Üniversitesi öğrencilerinin %9’unun cinsel deneyimlerinin olduğu bulunmuştur. Ungan ve Yaman’ın (2003) Orta Doğu Teknik Üniversitesinde (n=1693) yaptıkları çalışmada öğrencilerin %19’unun cinsel ilişki deneyimi olduğu saptanmıştır.

Cinsel aktivite yaşının daha erkene kayması ve cinsellik, gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi eksikliği nedeniyle gençler istenmeyen gebelikler, istemli düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalık ve HIV/AIDS riskine daha fazla maruz kalmaktadırlar (WHO 2005, Özvarış ve Ertan 2003). WHO 2006 raporuna göre, 2004’te cinsel yolla bulaşan hastalıkla (HIV/AIDS dahil olmak üzere) enfekte olan kişilerin yarısını 15-24 yaş grubundaki genç insanlar oluşturmuştur (WHO 2006–2010). Dünyada, 5.4 milyon gencin HIV ile yaşadığı, bunun %59’unu kızların, %41’ini ise erkeklerin oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bilgi yetersizliği, eş değiştirme ya da çok eşlilik gibi etkenler birleştiğinde, gençlerin bu hastalıklara yakalanma riski artmaktadır (WHO 2008).

Erken yaş gebelikleri annelerin mortalite ve morbidite riskini artırmaktadır. Bu annelerden doğan yeni doğanların ölme riski yirmili yaşlardaki annelere kıyasla yaklaşık %50 daha fazladır (Mangiaterra ve Ark 2008). Ayrıca, istenmeyen yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel olmaktadır. Buda genç kadınları, yasal olsun veya olmasın isteyerek düşüğe yöneltmektedir. Genelde sağlıksız düşüklere kadınlarda neden olduğu mortalite ve morbidite riski, gençlerde daha da yüksektir (Özvarış ve Ertan 2003). Gençler, etkili aile planlaması yöntemleri kullanarak korunmasız cinsel ilişkinin bu tehlikeli sonuçlardan korunabilirler. Ancak, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda gençler arasında aile planlaması yöntemi kullanma oranı düşüktür. Nijerya, Ruanda ve Senegal’ de cinsel yönden aktif genç kadınların %2’si, Kamerun’da %23’ü, Endonezya’da %34’ü, Latin Amerika ve Karayipler’de %11’i bazı gebeliği önleyici yöntemleri kullanmaktadır. Oysa gelişmiş ülkelerden olan Fransa’da genç kadınların %88’inin, İngiltere’de %92’sinin ve ABD’de %75’inin hormonal yöntemler veya kondom kullanımını tercih ettikleri belirlenmiştir (Karabey ve Müftüoğlu 2006). Çanakkale’de üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada, gebeliği önleyici yöntem olarak öğrencilerin, %43.2’sinin kondom, %2.7’sinin hap, %8.1’inin geri çekme, % 35.1’inin diğer (spermisit, takvim, vücut ısı) yöntemleri kullandıkları, %10.8’inin ise yöntem kullanmadıkları belirlenmiştir (Pamukçu ve Ark. 2006). Gökengin ve ark. (2003) Türkiye’de yaptıkları çalışmada, öğrenciler arasında en yaygın kullanılan korunma yöntemlerinin; kondom, oral kontraseptifler ve geri çekme olduğu belirlenmiştir.

Her cinsel ilişki planlı olmayabilir. Gençler, aile planlaması yöntemleri konusunda bilgili ve aile planlaması yöntemi kullanmaya istekli olsalar bile, planlanmamış cinsel

ilişki sonrası gebelik riski ile karşı karşıya kalabilirler (ACOG 2002, Demirgöz ve Canbulat 2007). Böyle durumlarda "Acil Kontrasepsiyon" gebeliği önlemek için kullanılabilir. Acil kontrasepsiyon metotları; ethinyl estradiol and levonorgesterol, sadece levonorgesterol içeren oral tabletleri, miferpristone (RU-486), bir prostoglandin analogu olan gemeprost ve postkoital RİA uygulamalarını kapsamaktadır (ACOG 2002, Gichangi ve Ark 1999, Hickey 2009). Ülkemizde, henüz miferpristone (RU-486) ve gemeprost bulunmamaktadır.

WHO'nun 21. yüzyılda ulaşmayı amaçladığı 21 sağlık hedefi listesinin başında yaşama sağlıklı başlangıç ve gençlerin sağlığını geliştirmesi yer almaktadır (Öksüz ve Malhan 2005). Ancak ülkemizde gençler, koruyucu sağlık hizmetlerini en az kullanan gruplardan biridir. Birçoğu toplumsal ve kültürel nedenlerle üreme sağlığı hizmetlerine erişememekte ve üreme haklarını kullanamamaktadır. Halbuki cinsel yaşam gelecekteki yaşamı da etkileyebilen gençlik çağının önemli sağlık konularından biridir(Kaya ve Ark 2007). Bu nedenle, gençlerin ihmal edilmesi hem kısa vadede hem de gelecek yıllarda sorunlara yol açabilir.

Yapılan çalışmalar, gençlerin özellikle sağlık personelinden olmak üzere, üreme sağlığına yönelik sağlık eğitimi almak istediklerini, cinsel eğitimin, gençlerin cinsellik konusunda bilgilerini artırdığını ve riskleri en aza indirdiğini göstermiştir (Öksüz ve Malhan 2005). Bu nedenle, gençlerin cinselliğe yönelik tutumlarının, evlilik öncesi seksüel davranışlarının, aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi, sağlık politikaları doğrultusunda yapılabilecek sağlık eğitimi ve projelere yol gösterici olması açısından araştırma sonuçları yol gösterici olacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, üniversite öğrencilerinin cinselliğe bakış açılarının ve aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi, görüş ve uygulamalarının incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi'nde okuyan 42693 (toplam öğrenci sayısı) öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, olasılıksız amaçlı örneklem tekniği ile seçilen, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji, Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği, Fen Fakültesi Matematik, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat, İletişim Fakültesi Radyo-TV, Mühendislik Fakültesi Bilgisayar Mühendisliği, Su Ürünleri Fakültesi Yetiştirilicilik, Ziraat Fakültesi Peyzaj bölümlerinde okuyan öğrenciler alınmıştır. Ekonomik ve iş gücü kısıtlamaları nedeni ile sadece belirtilen fakülteler ve son sınıfta öğrenim gören öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Öğrencilerin çoğunluğuna ulaşabilmek amacıyla veriler final sınavları sonrasında toplanmıştır. Araştırma kapsamında toplam 292 öğrenciye ulaşılmıştır. Sınava gelmeyen, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler kapsam dışında kalmıştır. Ayrıca, sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrenciler araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur.

Araştırmada veri toplamak için araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olan anket formu kullanılmıştır. Anket formu, öğrencilerin, cinsellik ve aile planlaması konusunda bilgi, görüş ve uygulamalarını belirlemeyi amaçlayan açık uçlu ve çoktan seçmeli olmak üzere 34 sorudan oluşmuştur. Açık uçlu sorular araştır-

macılar tarafından değerlendirilerek kodlanmıştır. Araştırma bulgularının analizi; sayısal değerler, sayı ve yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma, Ki-Kare (X^2) şeklinde hesaplanmıştır. Araştırma, 2004-2005 eğitim öğretim yılı bahar dönemi final sınavı tarihlerinde, 08.00 -17.00 saatleri arasında uygulanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan ve ilgili fakültelerden yazılı izinler alınmıştır. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu 2008 prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilmiş, katılmayı kabul edenler ile çalışılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1: Üniversite Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıttıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	144	49.3
Erkek	148	50.7
Yaş		
21-24 yaş	234	80.1
25 yaş ve üzeri (*20 yaş altı bir kişi vardır.)	58	19.9
Yaşadığı yer		
Yurt	22	7.5
Aile ile	130	44.5
Arkadaşları ile	109	37.3
Diğer	31	10.7
Toplam	292	100.0

Araştırmaya kapsamına alınan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, %49.3'ünün erkek, %50.7'sinin kız olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin, %80.1'inin 21-24 yaş grubunda olduğu, %74.7'sinin en uzun süre şehirde ikamet ettiği, %44.5'inin ailesi ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 1). Üniversite öğrencilerinin yaş ortalaması, 23.4'dür.

Tablo 2: Üniversite Öğrencilerinin Arkadaşlık (Flört) Kurma Durumlarına Göre Dağılımı

Flört Durumu	Kız		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Flörtünüz oldu mu?				
Evet	126	87.5	137	92.6
Hayır	14	9.7	8	5.4
Yanıtız	4	2.8	3	2.0
İlk Flört Yaşı				
Yanıtız	21	14.6	15	10.1
9 yaş ve altı	3	2.1	6	4.1
10-14 yaş	18	12.5	38	25.7
15-19 yaş	88	61.1	71	47.9
20-24 yaş	14	9.7	18	12.2
Toplam	144	100.0	148	100.0

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin arkadaşlık(flört) kurma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, kız öğrencilerin %87.5'inin, erkek öğrencilerin %92.6'sının flörtünün olduğu, kız öğrencilerin %61.1'nin, erkek öğrencilerin %47.9'unun 15-19 yaş grubunda ilk flörtlerinin olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Üniversite Öğrencilerinin Cinsellik İle İlgili Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsellik ile ilgili düşünceleri	Kız		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Yanıtız	82	56.9	69	46.6
Doğal bir ihtiyaç ve gereklilik	26	18.1	30	20.2
Duygusal etkileşim	28	19.4	20	13.5
Zevk almak ve tatmin olmak	4	2.8	14	9.4
Hayatın olmazsa olması	2	1.4	6	4.1
Üreme	0	0.0	6	4.1
Seks	2	1.4	3	2.1
Toplam	144	100.0	148	100.0

Öğrencilere cinselliğin tanımı açık uçlu soru şeklinde sorulmuş olup daha sonra kodlamalar yapılmıştır. Cinselliği, kız öğrencilerin %19.4'ü duygusal etkileşim, erkek öğrencilerin %20.2'si doğal bir ihtiyaç ve gereklilik olarak tanımlamıştır (Tablo 3).

Tablo 4: Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyetine Göre Cinsellik İle İlgili İfadelerinin Dağılımları

Cinsellik ile ilgili ifadeler	Cinsiyet								X ² , SD P
	Katılıyorum				Katılmıyorum				
	Kız		Erkek		Kız		Erkek		
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
1. Evlenmeden önce nişanlımla cinsel ilişkiye girerim.	47	32.6	74	50.0	97	67.4	74	50.0	9.38, 1 P=0.00
2. Aynı cinsten bir partnerle oral genital cinsel uyarımda bulunurum.	20	13.9	58	39.2	124	86.1	90	60.8	23.86, 2 P=0.00
3. Aynı dönemde birden fazla kişiyle cinsel ilişki içinde bulunabilirim.	4	2.8	46	31.1	140	97.2	102	68.9	41.20, 1 P=0.00
4. Cinsel ilişkiye sadece eşimle girerim.	95	66.0	72	48.6	49	34.0	76	51.4	8.94, 1 P=0.00
5. Karşı cinsten biriyle ilk karşılaşmamızda onunla cinsel ilişkiye girerim.	2	1.4	39	26.4	142	98.6	109	73.6	37.68, 1 P=0.00
6. Karşı cinsten bir partnerle anal cinsel uyarımda bulunurum.	131	91.0	119	80.4	13	9.0	29	19.6	6.61, 1 P=0.00
7. Cinsel hizmetleri para karşılığında alırım.	1	0.7	12	8.1	143	99.3	136	91.9	9.43, P=0.00
8. Cinsel tatmin aracı olarak mastürbasyon yaparım.	11	7.6	72	48.6	133	92.4	76	51.4	60.33, 1 P=0.00
9. Biseksüellik (aynı cinsle ve karşı cinsle cinsel ilişki) benim için kabul edilebilirdir.	6	4.2	8	5.4	138	95.8	140	94.6	0.24, 1 P=0.41
10. Cinsel materyallerin sansürlenmesi gerektiğine inanmıyorum, bu materyalleri kullanma özgürlüğüne sahip olmak istiyorum.	16	11.1	47	31.8	128	88.9	101	68.2	18.38, 1 P=0.00
11. Cinsel etkinliğimi zevk için değil, yalnızca üreme amacıyla kullanırım.	0	0.0	3	2.0	144	100.0	145	98.0	2.94, 1 P=0.08

Kız ve erkek öğrenciler arasında cinsellik ile ilgili 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 10. ifadelerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4).

Üniversite öğrencilerinin cinsellikle ilgili herhangi bir eğitim alma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, öğrencilerin %55.5'inin cinsellikle ilgili eğitim almadıkları, %30.8'inin cinsellik ile ilgili ilk eğitimlerini öğretmenlerinden aldıkları, %44.9'unun cinsellikle ilgili bilgisini "iyi" derecede yeterli buldukları saptanmıştır. Öğrencilerin %43.5'i cinsellikle ilgili eğitimin "orta öğretimde" verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Cinsellikle ilgili eğitimde yer alması gereken konular açık uçlu soru olarak sorulduğunda öğrencilerin %14.4'ünün cinsellikle ilgili eğitimde "gerekli olan tüm konular"ın verilmesi gerektiği cevabını verdiği saptanmıştır. Öğrencilerin %57.6'sinin cinsellikle ilgili eğitim yöntemine ilişkin düşüncelerini belirtmeyip "yanıtsız" bıraktıkları, %40.1'inin cinsellikle ilgili eğitimin "hekim-hemşire" tarafından verilmesi gerektiğini belirttikleri saptanmıştır. Araştırmada, üniversite öğrencilerinin %8.9'unun, üniversitenin Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Danışmanlığı Birimine başvurdukları, %76.9'unun (n=26) ise bu birime 1-3 kez başvurdukları bulunmuştur.

Tablo 5: Üniversite Öğrencilerinin Cinsellik İle İlgili Uygulamalarına Göre Dağılımı

Cinsellik ile ilgili uygulamaları	Kız		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
<u>Cinsel beraberlik</u>				
Evet	30	20.8	105	70.9
Hayır	90	62.5	31	20.9
Yanıtsız	24	16.7	12	8.2
<u>Gebeliği önleyici yöntem kullanma</u>				
Evet	24	16.7	81	54.7
Bazen	26	18.1	18	12.2
Hayır	2	1.4	9	6.1
Yanıtsız	92	63.8	40	27.0
Toplam	144	100.0	148	100.0

Üniversite öğrencilerinin cinsellik ile ilgili uygulamalarına göre dağılımı incelendiğinde, kız öğrencilerin %20.8'inin, erkek öğrencilerin %70.9'unun cinsel beraberlik deneyimledikleri, kız öğrencilerin %16.7'sinin, erkek öğrencilerin %54.7'sinin düzenli gebeliği önleyici yöntem kullandıkları saptanmıştır (Tablo 5). Öğrencilerin %76.5'inin prezervatif, %12.1'inin hap, %14.8'inin geri çekme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Cinsel beraberlik deneyimleme açısından kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=76.92$, $SD=3$, $P=0.000$). Gebeliği önleyici yöntem kullanma bakımından erkek ve kız öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiş olup erkek öğrencilerin, kız öğrencilere göre daha fazla yöntem kullandığı belirlenmiştir ($X^2=21.81$, $SD=3$, $P=0.000$).

Tablo 6: Üniversite Öğrencilerinin Acil Kontrasepsiyon İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarına Göre Dağılımı

Acil Kontrasepsiyon İle İlgili Bilgi ve Uygulamalar	Kız		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumları bilme durumu				
Prezervatifin yırtıldığı durumlarda	32	25.8	17	13.0
Korunmasız cinsel ilişkide bulunulduğunda	34	27.5	39	30.0
Tecavüz olaylarından sonra	8	6.5	14	10.6
Her cinsel ilişkiden sonra	5	4.0	4	3.7
Her cinsel ilişkiden önce	8	6.4	4	3.7
Bilmiyorum	37	39.8	52	40.0
Toplam (*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)	124	100.0	130	100.0
Acil kontrasepsiyonun kullanılma zamanını bilme durumu				
Korunmasız cinsel ilişkiyi takiben ilk 72 saat	42	42.4	34	29.3
Korunmasız ilişkiyi takiben ilk hafta	3	3.1	12	17.4
Bilmiyorum	54	54.5	70	60.3
Toplam (*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)	99	100.0	116	100.0
Acil kontrasepsiyonu kullanma durumu				
Evet	4	2.7	3	2.1
Hayır	140	97.3	145	97.9
Toplam	144	100.0	148	100.0

Üniversite öğrencilerinin %1'inin evli olduğu, kız öğrencilerin, %1.4'ünün bir kez gebe kaldıkları, %2.1'nin ise bir kez kürtaj oldukları saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi ve uygulamalarına göre dağılımı incelendiğinde, kız öğrencilerin %39.8'inin, erkek öğrencilerin %40.0'ünün acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumları bilmedikleri saptanmıştır. Kız öğrencilerin %54.5'inin, erkek öğrencilerin %60.3'ünün acil kontrasepsiyonun kullanılma zamanını bilmedikleri, kız öğrencilerin % 97.3'ünün, erkek öğrencilerin %97.9'unun acil kontrasepsiyon kullanmadıkları saptanmıştır (Tablo 6).

TARTIŞMA

İnsan hayatının temel özelliklerinden olan cinselliğin sağlıklı yaşanması son derece önemlidir. Gençler ilk cinsel deneyimlerini erken yaşlarda, yetersiz ve yanlış cinsel bilgiler ile yaşayabilmektedirler. Bu nedenle korunmasız aktif cinsel yaşamla beraber, istenmeyen gebelikler, adölesan gebelikler, sağlıksız düşükler bu dönemin en önemli sağlık sorunları olarak ortaya çıkmaktadır. Yaşanan bu sorunlar gelecekteki cinsel yaşamı da etkileyebilen, gençlik çağının önemli sağlık sorunları olarak önemini korumaktadır. Bu nedenle bu sorunlar özelde gençlerin, genelde ise toplumun sağlığını önemli ölçüde etkileyebilme potansiyeline sahiptir (Ersay ve Tortumluoğlu 2006, Kaya ve Ark 2007, Karaduman ve Terzioğlu 2008). Korunmasız aktif cinsel ilişkiden dolayı oluşan istenmeyen gebelikler, gençleri yasal ya da yasal olmayan yollarla ve sağlıksız koşullarda gebeliğin sonlandırılmasına yöneltebilmektedir. Bu açıdan bu grubun kontrasepsiyon yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmaları oldukça önemlidir (Kaya ve Ark 2007, Karaduman ve Terzioğlu 2008).

Çalışmamızda, öğrencilerin cinsellik tanımlamaları cinsiyete göre değişmekte olup kız ve erkek öğrencilerin tanımlamaları arasında farklılıklar vardır. Kız öğrencilerin

yarısından fazlası (%56.9), erkek öğrencilerin ise yarısına (%45.6) yakını cinselliği tanımlamamaktadırlar. Üniversite öğrencilerinin cinsellik ile ilgili ifadelerinin dağılımları incelendiğinde kız ve erkek öğrencilerin ifadeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Toplumsal ve kültürel açıdan çeşitlilik içeren bir yapıya sahip olan Türkiye’de “modern” ve “geleneksel” yaşam biçimleri toplumda bir arada yer almaktadır. Metropolitan alanlarda yaşayanların çoğunluğunun hayata bakışları Batı ülkeleriyle benzerlik gösterir. Buna karşın, metropolitanların varoşlarında ve ülkenin kırsal kesiminde yaşayanlar göreceli olarak daha tutucu ve geleneksel bir bakışa sahiptir (TNSA 2008). Bu bağlamda üniversite öğrencileri toplumun her kesiminden bir araya gelen ve Türk toplumunu yansıtan küçük bir örneklem grubudur. Araştırma bulgusunun, Türk kültürünün evlilik öncesi cinselliğe bakışını yansıttığı düşünülmektedir. Ayrıca, öğrencilerin cinsellikle ilgili ifadelerinden; istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar veya AIDS ile sonuçlanabilecek riskli cinsel davranışlara açık oldukları görülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin yarısından fazlasının cinsellikle ilgili eğitim almadığı, ilk cinsellikle ilgili eğitimlerini öğretmenlerinden aldıkları ve buna rağmen öğrencilerin yarısına yakınının cinsellikle ilgili bilgisini “iyi” derecede yeterli buldukları ve yarıya yakın öğrenci cinsellikle ilgili eğitimin “hekim-hemşire” tarafından verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Çetin ve ark. (2008) çalışmasında, medya çalışmanın birinci aşamasında %74.5 oranında en fazla cinsel bilgi kaynağı iken çalışmanın ikinci aşamasında gerileyerek %56.2 oranında bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada, cinsel bilgi kaynaklarının zaman içerisindeki değişimine bakılmış ve aileden bilgi edinme olasılığı 1.6 kat ve pornografik filmlerden bilgi edinme olasılığı 2.9 kat arttığı saptanmıştır. Wellings ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada ise; arkadaşların bilgi kaynağı olma oranı düşerken, okuldaki derslerin bilgi kaynağı olarak gösterildiği saptanmıştır. Bunun nedeni de İngiltere’de ergenlere cinsel eğitimin okullarda verilmesidir. Clark ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada bilgi kaynağı olarak sırasıyla; okul (%70), daha sonra ebeveynler (%52) ve arkadaşlar (%31) belirlenmiştir. Üniversite öğrencileri ile yapılan, “Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler” projesinde öğrencilerin bilgi kaynakları öncelikle kitap, dergi, ansiklopedi, akran-arkadaş daha sonrada okul/öğretmen, anne ve baba olarak rapor edilmiştir (Akın ve Özvarış 2003). Ülkemizdeki araştırmaların sonuçlarına bakıldığında, adölesanların üreme sağlığı/ cinsel sağlık ve aile planlaması ile ilgili konularda arkadaşları ya da gazete, dergi gibi kaynaklardan başka önemli bir bilgilendirme araçlarının olmadığı anlaşılmaktadır. Arkadaşların önemli bir bilgi kaynağı olması yarım ve yanlış bilgilerin dilden dile dolaşmasına neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yapılmış pek çok çalışmada ise bilgi kaynağı olarak arkadaş daha arka sıralarda gelirken derslerin bilgi kaynağı gösterilmesi önemli bir sonuçtur. Yapılan tüm bu çalışmalarda okullarda verilen Cinsel/Üreme Sağlığı eğitiminin gerekliliği ortaya konmuştur. Bu bağlamda bakıldığında ülkemizde de Cinsel/Üreme Sağlığı eğitimlerinin okullarda verilmesi gerçeğini göz önüne koymaktadır ki bizim çalışmamızda da öğrencilerin yarısına yakını bu eğitimin “orta öğretimde” verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ülkemiz ve gelişmiş ülkeler arasındaki bu farklılık, bu ülkelerde cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili eğitimin okullarda çok eskiden beri verilmesine rağmen bizim ülkemizde halen bu eğitimin

okullara yeterince entegre edilememesinden kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, "Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesinde" en tercih edilen bilgi kaynağı olarak, uzman doktor, psikolog gibi profesyoneller belirtilmiştir (Akın ve Özvarış 2003). Bu çalışmada, öğrencilerin cinsellikle ilgili, okullarda eğitim verilmesi hakkındaki görüşleri ülkemizde yapılan araştırmalarla tutarlılık göstermektedir. Üniversite öğrencileri bu konuyla ilgili eğitim ihtiyaçlarını vurgulamışlardır. Sağlık çalışanları tarafından, okullarda verilecek eğitim ile gençlerin bilgi eksiklikleri önemli oranda giderilebilir.

Bu çalışmada kız öğrencilerin %20.8'inin, erkek öğrencilerin ise %70.9'unun cinsel beraberlik deneyimledikleri ve cinsel beraberlik deneyimleme açısından kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Siyez ve Siyez'in (2009) yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %27'sinin cinsel ilişkide bulunduğu ve cinsel ilişkide bulunanların %28.1'ini kızların, %71.9'unu ise erkeklerin oluşturduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan, Coşkun ve ark. (2006), Deniz ve ark. (2004) yaptıkları çalışmalarda, üniversite öğrencilerinde cinsel ilişkide bulunma sıklığının %16 ile %24 arasında değiştiği, Karaduman ve Terzioğlu (2008) yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %45'inin cinsel deneyimi olduğu ve cinsel deneyimi olanlar içerisinde %54.4'ünün halen cinsel yaşamına düzenli olarak devam ettiği belirlenmiştir. Çetin ve ark. (2008) çalışmasında, erkek ergenlerin cinsel ilişkiye girme oranlarının yıllar içinde arttığı bulunmuştur. Araştırmamızda elde edilen veriler yapılan diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Bu da bize, ülkemizde evlilik öncesinde erkeklerin kızlara göre daha fazla cinsel ilişkide bulunduğunu göstermektedir. Fakat göz ardı edilmemesi gereken önemli bir faktörde üniversitelerin buldukları şehirlerdir. Bu açıdan bakıldığında, Yurdakul ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada, Mersin Üniversitesi son sınıf öğrencilerinin %19.4'ü cinsel deneyim yaşarken, bu oran Aras ve ark.(2004) İzmir'de üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada %36.4, bu araştırmada %46.2 olarak bulunmuştur. Bu da bize, cinsel beraberlik açısından bölgesel farklılıkların olduğunu göstermektedir. İstanbul Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada cinsel ilişki yaşama oranı kızlarda %4.2, erkeklerde %58.0 olarak saptanmıştır (Kaya ve Ark 2007). Öğrencilerin cinsel deneyimlerine yıllar açısından bakıldığında geçen 35 yıl içinde özellikle kız öğrenciler arasında cinsel beraberliğin beş kat arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda kız öğrencilerin üçte birinin, erkek öğrencilerin ise yarısından fazlasının gebeliği önleyici yöntem kullandıkları saptanmış ve gebeliği önleyici yöntem kullanma bakımından erkek ve kız öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiş olup erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla yöntem kullandığı belirlenmiştir. En çok kullanılan yöntemin kondom olduğu göz önüne alındığında bu farkın erkekler tarafından kullanılabilen bir yöntem olmasından dolayı ortaya çıkmış olabileceği düşünülebilir. Çanakkale'de üniversite öğrencilerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre cinsel ilişki sırasında öğrencilerin cinsel partnerleri ile %43.2'sinin kondom, %10.8'inin yöntem kullanmadıkları ve % 35.1'inin ise diğer (sperisit, takvim, vücut ısı) yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir (Pamukçu ve Ark 2006, Ersay ve Tortumluoğlu 2006). Yurt dışında yapılan çalışma sonuçlarına göre; Çin'de öğrencilerinin %40'ünün cinsel ilişkide kondom kullanmadığı (Huang Ark 2005),

Arjantin’de erkeklerin %53.9’unun, kızların ise %46.7’inin her zaman kondom kullandıkları (Squassi Ark 2003), Nijerya’da öğrencilerin sadece %16.6’sının son üç ay içinde yaşadıkları cinsel ilişkide kondom kullandığı (Ogbuji 2005), Uganda’da öğrencilerin %93’ünün korunmasız cinsel ilişkiye girdikleri (Sekirime Ark 2001), Babae ve ark. (2003), çalışmasında da cinsel olarak aktif olan öğrencilerin %67.7’sinin kontrasepsiyon yöntemi kullandığı ve en yaygın kullanılan yöntemin de kondom ve geri çekme olduğunu saptanmıştır. Bu çalışmada da, öğrencilerin en yaygın kullandığı yöntem kondom olarak bulunmuştur. Etkili, ucuz, kullanımı kolay bir yöntem olması ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan koruması açısından kondom kullanımının yaygın olması önemlidir.

Çalışmamızda öğrencilerin yarıya yakınının acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumları ve yarıdan fazlasının ise kullanma zamanını bilmediği ve büyük çoğunluğunun acil kontrasepsiyonu kullanmadıkları saptanmıştır. Ülkemizde acil kontrasepsiyon konusunda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Karaduman ve Terzioğlu’nun (2008) çalışmasında, aktif cinsel yaşamı olduğunu ifade eden öğrencilerin %5.4’ü (%3’ü kız, %2.4’ü erkek) kendilerinin ya da cinsel partnerlerinin acil kontrasepsiyon yöntemini kullandığını ve %77.8’sinin bir defadan fazla kullandıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Acil kontrasepsiyonu kullandığını ifade eden öğrencilerin %85.7’si hapları kullandıklarını belirtmiştir. Yurt dışında yapılan çalışma sonuçlarına göre; Ottesan ve ark.’nın (2002) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, kızların %89.3’ünün, erkeklerin de %75.2’sinin acil kontraseptiflerden “oral kontraseptifler” hakkında bilgi sahibi oldukları, Aziken ve ark.’nın (2003) Nijerya’daki üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, öğrencilerin %58’nin acil kontrasepsiyon yöntemlerini bildiği, Sorhaindo ve ark. (2003) yaptığı araştırmada ise Jamaika’da üniversite öğrencilerinin %84’ünün acil kontrasepsiyon yöntemlerini duyduğu fakat yeterli bilgilerinin olmadığı saptanmıştır. Acil kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanılması ile istenmeyen gebeliklerin 1.7 milyonunun önlenebileceği ve isteyerek düşüklerin de %40 oranında azaltılacağı vurgulanmaktadır. Bu nedenle, acil kontrasepsiyon danışmanlığı, tüm aile planlaması ve üreme sağlığı danışmanlık programlarına katılmalıdır. Acil kontrasepsiyonun bir acil durum yöntemi olduğunu belirtmek, kesinlikle bir aile planlaması yöntemi olmadığını vurgulamak, danışmanlıkta önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız sonuçları, erkeklerin kızlara göre cinsel beraberliklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Toplumumuzda olduğu gibi araştırmada da kızlar ve erkekler arasında cinsellikle ilgili düşüncelerde ve tutumlarda farklılıklar mevcuttur. Araştırma sonuçlarına göre cinsellikle ilgili eğitim alma durumları ve aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgileri yetersizdir.

Toplumun kültürel yapısı ve inançları göz önünde bulundurularak bekareti vazgeçilmez gören, cinsel ilişki yaşamak istemeyen gençlerin yanı sıra her geçen gün sayısı artan ve cinsel ilişki yaşayan bir genç grubun varlığı dikkat çekmektedir. Cinselliği konuşmamak ve yok saymak sadece problemlerin büyümesine neden

olmakta, sorunlara çözüm getirmemektedir. Oysaki gençler korunmasız cinsel ilişkiye girmekte, gebelik yaşamakta, düşükler yapmaktadırlar.

Araştırma sonuçları dikkate alındığında, ülkemiz için özellikle gençleri kapsayan cinsel sağlık politikalarına ve programlarına daha çok gereksinim olduğu görülmektedir. Dikkatli düzenlenmiş, cinsiyete göre uyarlanmış, güvenli cinsel ilişki ve aile planlaması kavramının vurgulandığı eğitim programlarının yaygınlaştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- ACOG Practice Bulletin Emergency oral contraception Number 25, March 2001. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, (2002); 78(2): 191-8.
- Akın A, Özvarış ŞB. Factors influencing sexual and reproductive health project for adolescents (Report). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dünya Sağlık Örgütü. (2003); Ankara: 56.
- Aras Ş, Orçın E, Özan S, Şemin S. Dokuz Eylül University students' sexual knowledge, attitudes and behaviors. *Sağlık ve Toplum*, (2004); 14(1): 78-87.
- Aziken ME, Okonta PI, Ande AB. Knowledge and perception of emergency contraception among female Nigerian under graduates. *International Family Planning Perspectives*, (2003); 29(2): 84-7.
- Babae G, Jamali B, Ali MM. Investigating the knowledge, attitude and its relationship with the mean of using emergency contraception. *Journal of Sex & Marital Therapy*, (2003); 29(4): 269-75.
- Başer M. Adolescent sexuality and pregnancy. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, (2000); 4(1): 50-54.
- Clark LR, Jackson M, Allen-Taylor L. Adolescent knowledge about sexually transmitted disease. *Sexually Transmitted Diseases*, (2002); 29(8): 436-43.
- Coşkun ZE, Ertaş S, Yıldız G, Yıldırım N. Perception, attitudes and risk behaviors for reproductive health issues of university students. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, (2006); 19(3): 10.
- Çetin SK, Bildik T, Eremiş S, Demiral N, Özbaran B, Tamar M, Aydın C. Erkek ergenlerde cinsel davranış ve cinsel bilgi kaynakları: Sekiz yıl arayla değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, (2008); 19(4): 390-397.
- Demirgöz M, Canbulat N. Emergency contraception. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, (2007); 17(5): 376-84.
- Deniz Ü, Kurt M, Önder ÖR, Acuner AM. Sexually transmitted infections on the opinions of college students. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, (2004); 7(2): 63-8.
- Ersay AR, Tortumluoğlu G. Reproductive health of adolescents and young adults in Turkey. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, (2006); 3(2): 1-13.
- Gichangi PB, Karanji JG, Fonck K, Temmerman M. Knowledge, attitude, and practices regarding emergency contraception among nurses and students in two hospitals in Nairobi, Kenya. *Contraception*, (1999); 59(4): 253-56.
- Gökengin D, Yamazhan T, Ozkaya D, Aytug S, Ertem E, Arda B, et al.. Sexual knowledge, attitudes, and risk behaviors of students in Turkey. *Journal of School Health Sep*, (2003); 73(7): 258-63.
- Gölbaşı Z. A step for healthy youth and society: sexual health education. *Aile ve Toplum*, (2003); 2(6): 33-9.
- Hickey MA. Female college students' knowledge, perceptions, and use of emergency contraception. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, (2009); 38(4): 399-05.
- Huang J, Bova C, Fennie KP, Rogers A, Williams AB. Knowledge, attitudes, behaviors, and perceptions of risk related to HIV/AIDS among Chinese university students in Hunan, China. *AIDS Patient Care STDs*, (2005); 19(11): 769-77.
- Karabey S, Müftüoğlu N. Information file-7: Youth and sexuality. *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi Raporu, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. İstanbul*, (2006); 18-20.

- Karaduman F, Terzioğlu F. Knowledge and practice regarding emergency contraception among university students. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, (2008); 28(6): 889-08.
- Kaya F, Serin Ö, Genç A. An investigation into the approaches as to sexual lives of first class student at educational faculty. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, (2007); 6(6): 441-8.
- Mangiaterra V, Pendse R, McClure K, Rosen J. World Health Organization (WHO). Adolescent pregnancy. Making Pregnancy Safer Notes. Geneva: WHO Pres, (2008); 2-3.
- Ogbuji CO. Knowledge about HIV/AIDS and sexual practice among university of Ibadan students. *African Journal Of Medicine And Medical Sciences*, (2005); 34(1): 25-31.
- Ottesen S, Narring F, Renteria SC, Michaud PA. Emergency contraception among teenagers in Switzerland: A cross-sectional survey on the sexuality of 16- to 20-year-olds. *Journal of Adolescent Health*, (2002); 31(1): 101-10.
- Öksüz E, Malhan S. Female university students' the frequency of unprotected sexual intercourse and factors affecting, 4. Uluslararası Üreme sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. (2005); 20-23 Nisan, Ankara.
- Özcebe H, Dam A. The participant book of reproductive health services for young people. *Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı No:5-B*, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, (2005); 2-11.
- Özvarış ŞB, Ertan AE. Reproductive health approach to lifelong. *Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın Kitabı*. I.Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, (2003); 113-124.
- Pamukçu K, Şenyüz P, Tortumluoğlu G, Erşay A. Sexuality of college students studying at the different health areas, 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı. (2006); 20-21 Nisan, Şanlıurfa.
- Sekirime WK, Tamale J, Lule JC, Wabwire-Mangen F. Knowledge, attitude and practice about sexually transmitted diseases among university students in Kampala. *African Health Sciences*, (2001); 1(1): 16-22.
- Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z. Adolescent sexuality. *Genel Tıp Dergisi*, 16(3): 138-40.
- Şiyez MD, Şiyez E (2009). Examination of the level of knowledge about sexually transmitted disease of university students. *Türk Üroloji Dergisi*, (2006); 35(1): 49-55.
- Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia SG. Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: A survey of knowledge, attitudes, and practices. *Contraception*, (2002); 66(4): 261-8.
- Squassi A, Scholnik L, Bordoni N. Knowledge, behavior, and attitudes of adolescent university students towards HIV infection and AIDS. *Acta Odontol Latinoam*, (2003); 16(1-2): 17-25.
- The World Health Report 2005. Make Every Mother and Child Count. Geneva, Switzerland: WHO Press; (2005); 13-50.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara: Türkiye: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, (2008); 18.
- Ungan M, Yaman H. AIDS knowledge and educational needs of technical university students in Turkey. *Patient Education and Counseling*, (2003); 51(2): 163-67.
- Wellings K, Nanchahal K, Macc Dowal S, Erens B, Mercer CH, Johnson AM, et al. Sexual behavior in Britian: Early heterosexual experience. *Lancet*, (2001); 358(1): 1843-50.
- World Health Organization (WHO). Global Guidance Briefs on HIV interventions for young people. Inter-Agency Task Team (IATT) on HIV and Young People. Geneva: WHO Press: (2008); p.2-3.
- World Health Organization (WHO). Strengthening health sector response to HIV/AIDS and sexually transmitted infections in the WHO Eastern Mediterranean Region 2006-2010.
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Fifty-second Session Geneva: WHO Press; (2005); p.1-2.
- Yurdakul M, Çelik T, Güneylı H, Tokgöz E. Examination of information on sexually transmitted diseases of Mersin University final year students. *Sağlık ve Toplum*, (2005); 15(1): 106-11.

ERKEK HEMŞİRELERİN YAŞADIKLARI SORUNLARIN İNCELENMESİ

EXAMINATION OF PROBLEMS EXPERIENCED BY MALE NURSES

Araş.Gör. Ayşe DEMİRAY* Hemşire Fadime KAÇAR** Prof.Dr. Leyla KHORSHID*

*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

**Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi- İzmir

I. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, 21-23 Ekim 2010, Çeşme-İzmir'de Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma erkek hemşire statüsünde hastanede çalışan hemşirelerin yaşadıkları sorunları incelemek amacıyla kesitsel, prospektif ve tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç Yöntem: Araştırmanın evrenini ve örneklemini ülkemizin batısında bir ilde bir hastanede çalışan 65 erkek hemşire oluşturdu. Veriler, erkek hemşireleri tanıtıcı bilgilere ve iş yaşamında karşılaştıkları sorunlara ilişkin soruların yer aldığı bir anket formu ile toplandı. Verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. Araştırmanın yapıldığı kurumdan ve etik kuruldan yazılı izin, araştırmaya katılan erkek hemşirelerden sözlü izin alındı.

Bulgular: Erkek hemşirelerin %83.1'i halen başka bir mesleğe geçmeyi düşündüğünü, %49.3'ü kadın hastalarla, %21.5'i erkek hastalarla, %30.8'i hekimler ile, %56.9'u hasta yakınları ile sorun yaşadığını belirtti. Bekar erkek hemşirelerin hekimler ile daha çok sorun yaşadıkları saptandı. Erkek hemşirelerin mesleğin ilk yılında başka bir mesleği seçmeyi daha çok düşündükleri bulunmuştur.

Sonuç: Erkek hemşirelerin önemli bir bölümünün mesleğini yürütürken sorunlar yaşadıkları ve başka bir mesleğe geçmeyi düşündükleri saptandı. Erkek hemşirelerin mesleki sosyalizasyon sürecinin bilimsel olarak ele alınarak uygun çözüm yolları bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erkek hemşire, iş yaşamı, güçlük

ABSTRACT

Objective: This cross-sectional, prospective and descriptive study was carried out to examine the problems experienced by male nurses who are work in a hospital.

Methods: Sixty-five man nurses who are working in a hospital in the western of out country constituted the study population and sample. The data were collected using a questionnaire which included introductory information and problems faced in business life by man nurses. Chi-Square test was used in analyzing the data. Ethical approval of the study was obtained from the relevant committees in the participating hospital and verbal consent was obtained from the male nurses who participated the study.

Findings: The most of male nurses (83.1%) said that they think switching to another profession, 49.3% of them had trouble with women patients, 21.5% of them had trouble with male patients, 30.8% of them had trouble with the physicians, 56.9% of them had trouble with relatives of the patient. Single male nurses were experienced more problems with physicians. It was found that male nurses were thinking to choose another profession in the first year of their profession.

Results: *It was found that a significant proportion of male nurses have been experienced problems in carrying out their profession they think to switch to another profession. The professional socialization process for male nurses should be taken up as scientific and appropriate solutions should be created.*

Key Words: *Male nurse, business life, difficulty*

GİRİŞ

Hemşire, temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış olan ve ülkesinde toplumun katkısını alarak hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişi olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda hemşirelik; profesyonelliğe ve kişilerarası ilişkilere dayanan dinamik bir süreç oluşuyla, gelişmiş ülkelerde her iki cinsiyet tarafından da uygulanabilmektedir (Demirer Ağca 2001, Erdem Demirhan ve Oğuz 2001).

Hemşireliğin sosyolojik özelliklerinin en başında cinsiyet faktörü gelir. Hemşirelik tüm dünyada kadınların baskın olduğu mesleklerden biridir. Günümüzde ise erkek hemşireler her geçen gün artmaktadır. Dünyada ve Türkiye’de hemşirelik mesleğine bakış açısı her geçen gün değişmekte ve gelişmektedir. Erkek hemşirelerin sayısının artması toplumsal beklentilerin değiştiğini yansıtmaktadır (Yavuz ve Dramalı 1999, Ulusoy ve Görgülü 2001). Kanada’da 2005 yılında erkek hemşire oranı %5.6 olarak bulunmuştur. Kanada’da 2005 yılında erkek hemşire oranı %5.6 olarak bulunmuştur. Erkek hemşirelerin mesleği seçme nedenleri ile algıladıkları engelleri incelemek amacıyla 62 erkek hemşire ile yapılan bir çalışmada, erkek hemşirelerin büyük çoğunluğunun iş güvencesi ve maaşı nedeniyle hemşireliği bir meslek olarak seçtikleri saptanmıştır (Meadus & Twomey 2007).

Ülkemizde ilk olarak Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan 1963-1967 yılları arasında 14 erkek hemşire mezun olmuştur. Bu mezunlardan sonra hemşirelik yüksekokullarına bir süre erkek öğrenci alınmamıştır (Yavuz ve Dramalı 1999).

Hemşirelik eğitimi veren tüm okullara erkek öğrencilerin alınmaya başlanması, 25/04/2007 tarihi itibarı ile yeniden düzenlenerek kabul edilen 5634 sayılı “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”da yapılan değişikliğin sonucudur (THD 2009).

Sağlık Memurluğu lisans öğrencileri de hemşirelik bölümü öğrencileri ile aynı müfredatla yani bir hemşire gibi yetiştirilmektedirler (Ülker ve ark. 2004). Ancak, hasta bakımının yalnızca hemşirelere ait bir uğraş olarak algılanması nedeniyle, sağlık memurluğundan ya da hemşirelik bölümünden mezun erkek hemşireler, toplumsal ve kişisel çatışmalar yaşamaktadırlar (Demirel ve ark. 2004). Örneğin klinik uygulamalarda yatak yapma, hastanın hijyenik gereksinimlerini karşılama gibi uygulamalardan kaçınırken, hasta eğitimi, pansuman, ilaç uygulamaları, kan alma gibi işleri daha çok benimsemektedirler. Klinik çalışanları ve hastalar ise kadın hemşireleri daha çok tercih etmektedirler (Demirel ve ark. 2004). Bozkır ve ark.’nın (2007) yaptığı araştırmada; genel lisede okuyan erkek öğrencilerin hemşirelik mesleği hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, mesleği tercih etmek istemedikleri, Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu bölümünde okuyan öğrencilerin hemşirelik bölümü

ile aynı dersleri almalarına ve yeterli bilgiye sahip olmalarına karşın, mezuniyet sonrası hemşirelik adı altında çalışmak istemedikleri (%54.3) ve sağlık memuru olarak anılmak istedikleri (%72.9) saptanmıştır.

Ülkemizde sağlık memurluğu bölümünden ya da hemşirelikten mezun erkek hemşirelerin yaşadıkları sıkıntılara ilişkin çalışma bulunmamaktadır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yeri

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma İzmir ilinde bulunan bir eğitim hastanesinde 15.06.2010-30.07.2010 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın yapıldığı kurumdan ve etik kuruldan yazılı izin, araştırmaya katılan erkek hemşirelerden sözlü izin alındı.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın evrenini ülkemizin batısında bir ilde bir hastanede çalışan 65 erkek hemşire oluşturdu. Çalışmada evrenin tümü örneklem olarak alınmıştır.

Veri Toplama Aracı

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen, 14 sorudan oluşan anket formu ile toplandı. Anket formunda; erkek hemşireleri tanıtıcı bilgilerine yönelik 8 soru ve iş yaşamında karşılaştıkları sorunlara ilişkin 6 soru yer aldı.

Veri Toplama Aracının Uygulanması

Anketler, erkek hemşirelerin uygun olduğu zamanlarda ve ortamlarda uygulandı ve anketin uygulanma süresi ortalama olarak 10 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan veriler bilgisayar ortamında SPSS Windows 11.0 (Statistical Packet for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak veri tabanı oluşturuldu ve tablolaştırıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdeler ve ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Tablo 1: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=65)

Yaş grubu	Sayı	Yüzde
23-29 yaş	24	36.9
30-37 yaş	41	63.1
Mezun olduğu okul		
SML	53	81.5
Önlisans	3	4.6
Lisans	9	13.9
Mezun olduğu bölüm		
Hemşirelik	2	3.1
Sağlık memurluğu	61	93.8
Acil tıp teknikerliği	2	3.1

Medeni Durumu		
Evli	38	58.5
Bekar	27	41.5
Çalıştığı resmi statü		
Devlet memuru (657)	63	96.9
4b kadrosu + döner sermayeden sözleşmeli	2	3.1
Yakınlarında hemşire tanıdığı		
Bulunan	30	46.2
Bulunmayan	35	53.8
Mesleğe isteyerek gelme		
İsteyerek gelen	36	55.4
İstemeyerek gelen	29	44.6
Başka mesleği seçmeyi düşünme		
Düşünen	54	83.1
Düşünmeyen	11	16.9
Toplam	65	100.0

Erkek hemşirelerin %81.5'i SML, 13.8'i lisans mezunu, %93.8'i sağlık memurluğu bölümünden mezun, %58.5'i evli, %96.9'u devlet memuru statüsünde çalışıyor, %83.1'i halen başka bir mesleğe geçmeyi düşündüğü, %50.7'sinin kadın hastalarla, %78.5'inin erkek hastalarla, %69.2'sinin hekimler ile %43.1'inin hasta yakınları ile sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Erkek hemşirelerin yaş grubunun kadın hastalarla ($\chi^2 = 0.38$, $SD=1$, $p= 0.44$) ve erkek hastalarla ($\chi^2 = 0.43$, $SD=1$, $p=0.54$) sorun yaşamayı etkilemediği saptanmıştır.

Tablo 2: Erkek hemşirelerin yaş grubuna göre hasta yakınları ile sorun yaşama durumunun karşılaştırılması

Yaş grubu	Hasta yakını ile				Toplam	
	Sorun yaşayan		Sorun yaşamayan		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
23-27 yaş	6	26.1	17	73.9	23	100.0
30-37 yaş	22	52.4	20	47.6	42	100.0
Toplam	28	43.1	37	56.9	65	100.0

Erkek hemşirelerin yaş grubunun hasta yakınları ile sorun yaşamayı etkilediği saptanmıştır ($\chi^2 = 4.19$, $SD=1$, $p= 0.04$) (Tablo 2).

Tablo 3: Erkek hemşirelerin medeni durumuna göre hekimler ile sorun yaşama durumunun karşılaştırılması

Medeni durum	Hekimler ile				Toplam	
	Sorun yaşayan		Sorun yaşamayan		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Evli	22	57.9	16	42.1	38	100.0
Bekar	23	85.2	4	14.8	27	100.0
Toplam	45	69.2	20	30.8	65	100.0

Erkek hemşirelerin medeni durumunun hekimler ile sorun yaşamayı etkilediği saptanmıştır ($\chi^2 = 5.51$, $SD=1$, $p=0.04$) (Tablo 3).

Tablo 4: Erkek hemşirelerin çalışma yılına göre hasta yakınları ile sorun yaşama durumunun karşılaştırılması

Çalışma yılı	Hasta yakını ile				Toplam	
	Sorun yaşayan		Sorun yaşamayan		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
1 yıl	1	8.3	11	91.7	12	100.0
2 yıl	27	50.9	26	49.1	53	100.0
Toplam	28	43.1	37	56.9	65	100.0

Erkek hemşirelerin çalışma yılının hasta yakınları ile sorun yaşamayı etkilediği saptanmıştır ($\chi^2 = 7.24$, $SD=1$, $p= 0.00$) (Tablo 4).

Tablo 5: Erkek hemşirelerin çalışma yılına göre başka meslek seçmeyi düşünme durumunun karşılaştırılması

Çalışma yılı	Başka meslek seçmeyi düşünme				Toplam	
	Düşünen		Düşünmeyen		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
1	11	91.7	1	8.3	12	100.0
2	30	56.6	23	43.4	53	100.0
Toplam	41	63.1	24	36.9	65	100.0

Erkek hemşirelerin çalışma yılının başka meslek seçmeyi düşünmeyi etkilediği saptanmıştır ($\chi^2 = 5.16$, $SD=1$, $p= 0.02$) (Tablo 5).

Tablo 6: Erkek hemşirelerin çalışma ortamında sorun yaşama durumuna göre dağılımı

Sorunlar	Sayı	Yüzde
Kadın hastalarla		
Sorun yaşamayan	33	50.7
Sorun yaşayan	32	49.3
Erkek hastalarla		
Sorun yaşamayan	51	78.5
Sorun yaşayan	14	21.5
Hasta yakınları ile		
Sorun yaşamayan	28	43.1
Sorun yaşayan	37	56.9
Meslektaşları ile		
Sorun yaşamayan	41	63.1
Sorun yaşayan	24	36.9
Hekimler ile		
Sorun yaşamayan	45	69.2
Sorun yaşayan	20	30.8
Toplam	65	100.0

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında en çok hasta yakınları (%56.9) ile sorun yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7: Erkek hemşirelerin çalışma ortamında kadın hastalarla yaşadıkları sorunlara göre dağılımı

Kadın Hastalarla Yaşanan Sorunlar	Sayı	Yüzde
Bir girişim yaptırmayı kabul etmemeleri	1	2.78
Bizi doktor zannetmeleri	16	44.45
Bakım sırasında utangaçlık-çekingenlik hissetmeleri	4	11.11

Bize nasıl hitab edeceklerini sormaları	2	5.55
İletişim sorunları	2	5.55
Kaprisli olmaları ve çok fazla istekte bulunmaları	2	5.55
Kadın hemşire istemeleri	6	16.67
Saygısız davranmaları	1	2.78
Hata yapmama sorumluluğunun verdiği stres	1	2.78
Çok konuşmaları	1	2.78
TOPLAM	36*	100.0

* yanıtlar birden fazladır ve yüzdeler kadın hastalarla yaşanan sorunların tümü (n=36) üzerinden hesaplanmıştır..

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında kadın hastalarla yaşadıkları sorunlara göre dağılımına bakıldığında, en fazla erkek hemşireleri doktor zannetmeleri nedeni ile sorun yaşadıkları saptanmıştır(Tablo 7).

Tablo 8: Erkek hemşirelerin çalışma ortamında erkek hastalarla yaşadıkları sorunlara göre dağılımı

Erkek Hastalarla Yaşanan Sorunlar	Sayı	Yüzde
Bize nasıl hitab edeceklerini sormaları	2	14.3
Ajite hastalarla uğraşmak zorunda kalma	4	28.7
Hemşire olduğuna inandırmada zorlanma	2	14,3
Saygılı olmamaları	1	7.1
Bize güvenmemeleri	2	14.3
Söylenenleri uygulamamaları	1	7.1
Gezmeye gitmeleri, yerlerinde bulunmamaları	1	7.1
Kadın hemşireden bakım almak istemeleri	1	7.1
TOPLAM	14*	100.0

* yüzdeler, erkek hastalarla sorun yaşayan erkek hemşirelerin tümü üzerinden hesaplanmıştır.

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında erkek hastalarla yaşadıkları sorunlara göre dağılımı incelendiğinde, yaşanan sorunun en çok ajite hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 8). Bu sonuçlar doğrultusunda toplumumuzda erkek hastaların artık erkek hemşireleri kabullendiği söylenebilir.

Tablo 9: Erkek hemşirelerin çalışma ortamında hasta yakınları ile yaşadıkları sorunlara göre dağılımı

Hasta Yakınları İle Yaşanan Sorunlar	Sayı	Yüzde
Mesleğe saygı duymamaları	6	16.2
Bize nasıl hitab edeceklerini sormaları	3	8.1
İletişim sorunu (sözlü sataşmalar yaşamaları)	6	16.2
Bakışlarıyla "bunların burada ne işi var" mesajı vermeleri	4	10.9
Doktor olduğumuzu zannedip hastaları hakkında ayrıntılı bilgi istemeleri	3	8.1
Hastaya ilişkin önerileri uygulamamaları	1	2.7
Sürekli hastalarının yanında olmak istemeleri	2	5.4
Kadın hastaların erkek yakınlarının bakımda erkek hemşire istememeleri	1	2.7
Hastaya müdahale ederken aşırı saldırgan/agresif olmaları	4	10.9
Uzun süre yatan hastalarda profesyonel ilişkinin korunamaması	1	2.7
Doktor olduğumuzu zannedip muayene etme konusunda ısrar etmeleri	1	2.7
Klinik düzenini bozacak şekilde davranmaları	2	5.4
Dalga geçmeleri	1	2.7
İsteklerinin bitmemesi	2	5.4
TOPLAM	37*	100.0

* yüzdeler, hasta yakınları ile sorun yaşayan erkek hemşirelerin tümü üzerinden hesaplanmıştır.

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında hasta yakınları ile yaşadıkları sorunlara göre dağılımı incelendiğinde en çok mesleğe saygı duyulmaması ve iletişim nedeniyle sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 10: Erkek hemşirelerin çalışma ortamında meslektaşları ile yaşadıkları sorunlara göre dağılımı

Meslektaşları İle Yaşanan Sorunlar	Sayı	Yüzde
Meslektaşların iş yükünün fazla olduğundan şikayet etmeleri	1	4.2
Meslek üyelerinin birbirine destek olmaması	4	16.7
İletişim problemi (anlaşamama)(kişilerarası ilişki ve dialogda eksiklik)	5	20.8
Çatışma yaşama	2	8.3
Başkaları hakkında çok sık konuşmaları	1	4.2
Fiziksel güç gerektiren görevlerde iş yükünün erkek hemşirelere bırakılması	2	8.3
Farklı kadrolarda görev yapmak (657, 4B)	4	16.7
Bizimle alay etmeleri	1	4.2
Dinlenme, giyinme odalarında sorun yaşanması	3	12.5
Bayan hemşirelerin erkek hemşirelerden istedikleri işi anında yapmalarını beklemesi	1	4.2
TOPLAM	24	100

* yüzdeler, çalışma ortamında meslektaşları ile sorun yaşayan erkek hemşirelerin tümü üzerinden hesaplanmıştır.

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında meslektaşları ile yaşadıkları sorunlara göre dağılımı incelendiğinde en sık iletişim problemi, meslek üyelerinin birbirine destek olmaması, farklı kadrolarda görev yapma ve dinlenme, giyinme odaları ile ilgili sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11: Erkek hemşirelerin çalışma ortamında hekimler ile yaşadıkları sorunlara göre dağılımı

Hekimler İle Yaşanan Sorunlar	Sayı	Yüzde
Bayan hekimler tarafından kabullenilmeme	1	6.7
Hekimler tarafından profesyonel bir meslek üyesi olarak kabul görmeme	2	13.3
Hekimlerin kendilerinin yapması gereken işleri hemşirelere yaptırmaları	2	13.3
Bizleri küçümsemeleri, mesafeli davranmaları	2	13.3
Bize güven duymadıklarını belirtmeleri	1	6.7
Yapılacak işleri öncelikle bize söylemeleri	1	6.7
Streslerini bize yansıtmaları (hastanede çalışma stresi)	4	26.6
Hekimlerin bize bayan hemşirelere oranla daha kaba davranmaları	1	6.7
İletişim sorunu	1	6.7
TOPLAM	15	100.0

* yüzdeler, çalışma ortamında hekimler ile sorun yaşayan erkek hemşirelerin tümü üzerinden hesaplanmıştır.

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında hekimler ile yaşadıkları sorunlara göre dağılımına bakıldığında, en çok hekimlerin streslerini hemşirelere yansıtmaları ile ilgili sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 11) .

Tablo 12: Erkek hemşirelerin çalışma ortamında diğer meslek grupları ile yaşadıkları sorunlara göre dağılımı

Diğer Meslek Grupları İle Sorunlar	Sayı	Yüzde
Statü ayrımı, personel yakınının özel ilgi ve istekleri	1	14.3
Hemşireliğin her iki cinsiyet için geçerli bir meslek olduğunu anlatmak zorunda kalmaktan sıkılma	3	42.8

Telefonda kendimi tanıtırken hemşire olduğumu anlatmakta güçlük çekme	1	14.3
Sosyal ortamlarda mesleğimi söylerken kendimi ezik hissetme (kadın mesleği olarak kabul edildiği için)	2	28.6
TOPLAM	7*	100.0

* yüzdeler, çalışma ortamında diğer meslek grupları ile sorun yaşayan erkek hemşirelerin tümü üzerinden hesaplanmıştır.

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında diğer meslek grupları ile yaşadıkları sorunlara göre dağılımı incelendiğinde en çok hemşireliğin her iki cinsiyet için geçerli bir meslek olduğunu anlatmak zorunda kalmaktan sıkılma sorunu yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 13: Erkek hemşirelerin çalışma ortamında tüm alanlarda yaşadıkları sorunlar karşısında hissettiği duygulara göre dağılımı

Hissedilen Duygular	Sayı	Yüzde
"Hiç birşey hissetmiyorum"	9	17.3
"Hem olumlu hem de olumsuz duygular yaşıyorum"	1	1.9
OLUMLU DUYGULAR		
"Sorunlarla baş edebiliyorum"	5	9.6
"Mücadele etmem gerektiği hissine kapılıyorum"	1	1.9
"Önemsemiyorum"	1	1.9
OLUMSUZ DUYGULAR		
"Başka bir meslek seçmediğim için mutlu ve huzurlu değilim"	1	1.9
"Biran önce mesleği bırakmak ve başka bir mesleğe geçmek istiyorum"	7	13.5
"Bu meslekte çalıştığım için nefret ediyorum"	4	7.7
"Utancımın yerin dibine giriyorum"	3	5.8
"Psikolojik olarak yıprandığımı hissediyorum"	4	7.7
"Ortamdan fiziksel olarak uzaklaşıyorum"	1	1.9
"İsteksizlik/can sıkıntısı/moral bozukluğu hissediyorum"	7	13.5
"Kendimi değersiz ve işe yaramaz hissediyorum"	3	5.8
"Üzülüyorum/sinirleniyorum"	4	7.7
"Psikiyatrik tedavi aldım"	1	1.9
Toplam	52*	100

* yüzdeler, çalışma ortamında tüm alanlarda sorun yaşayan erkek hemşirelerin tümü üzerinden hesaplanmıştır.

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında yaşadıkları sorunlar karşısında çoğunlukla olumsuz duygular hissettikleri saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 14: Erkek hemşirelerin çalışma ortamında tüm alanlarda yaşadıkları sorunlar ile başetme tarzlarına göre dağılımı

Başetme tarzı	Sayı	Yüzde
Yanıtız	9	13,8
Hiç birşey yapmıyorum	13	20,0
Mücadele ediyorum (iletişim kurarak)	11	16,9
Yoga yapıyorum	1	1,5
Hekim kontrolünde ilaç kullanıyorum/psikiyatrik yardım alıyorum	3	4,6
Hastalarımın adil davranarak işimi iyi yaptığımı hissediyorum	3	4,6
Empati yapıyorum	3	4,6

Kadın hemşirelerden ve hekimlerden yardım istiyorum	2	3,1
Sorunlarımı yönetime/yöneticilere iletiyorum	3	4,6
Sabrediyorum	4	6,2
Erkek arkadaşlarımla dialog kurarak motive olmaya çalışıyorum	1	1,5
Önemsemiyorum	9	13,8
Hasta ve yakınlarına daha çok ilgi gösteriyorum	1	1,5
Dua ediyorum	1	1,5
Stresle baş etme yöntemlerini kullanıyorum	1	1,5
TOPLAM	65	100

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında yaşadıkları sorunlar ile baş etme tarzlarına göre dağılımı incelendiğinde, %20'sinin hiç birşey yapmadığı ve %16.9'unun iletişim kurarak mücadele etmeye çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 14) .

TARTIŞMA

Erkek hemşirelerin yaş grubunun hasta yakınları ile sorun yaşamayı etkilediği, 30-37 yaş grubu erkek hemşirelerin hasta yakınları ile daha çok sorun yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuç bize yaş ilerledikçe tahammüllerinin azaldığını, yıpranmışlık/ tükenmişlik söz konusu olduğundan baş etmede zorlandıklarını düşündürebilir. Ülkemizde hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle hasta yakınlarına açıklama yapmak için az zaman ayırmaları da bu sorunun artmasına yol açabilir.

Yapılan bir çalışmada, erkek hemşirelerin en sık algıladıkları engelin cinsiyete özgü kalıplaşmış yargının ve rol modeli olacak erkek hemşire bulunmamasının olduğu saptanmıştır (Meadus & Twomey 2007).

Bekar olan erkek hemşirelerin hekimlerle daha çok sorun yaşadıkları saptanmıştır. Evli olanların sosyal hayatlarının daha yoğun olmasının, duygusal olarak farklı alanlara yönelmelerinin olaylara daha sakin tepki göstermelerine neden olduğu düşünülebilir.

Erkek hemşirelerin mesleğin ilk yılında başka bir mesleği seçmeyi daha çok düşündükleri bulunmuştur. Bu sonuç, mesleğin ilk yılında deneyimsizlik ve iş ortamına uyum sağlama zorlukları yaşamalarına, ayrıca toplumun erkek hemşireden bakım almaya alışık olmamasına ve erkek hemşirelerin sağlıklı baş etme yöntemleri bulamalarına bağlanabilir.

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında kadın hastalarla yaşadıkları sorunlara göre dağılımına bakıldığında en fazla erkek hemşireleri doktor zannetmeleri nedeni ile sorun yaşandığı belirlenmiştir. Yine büyük bir çoğunluğun da sorun tanımlamaması bayan hastalar tarafından kabullenirliğin arttığına göstergesi olabilir.

Erkek hemşirelerin çalışma ortamında erkek hastalarla yaşadıkları sorunlara göre dağılımı incelendiğinde, büyük çoğunluğunun sorun yaşamadığı, yaşanan sorunun da en çok ajite hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda toplumumuzda erkek hastaların artık erkek hemşireleri kabullendiği söylenebilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak erkek hemşirelerin önemli bir bölümünün mesleğini yürütürken sorunlar yaşadıkları ve başka bir mesleğe geçmeyi düşündükleri saptandı.

Erkek hemşirelerin mesleki sosyalizasyon sürecinin bilimsel olarak ele alınarak uygun çözüm yolları bulunmalıdır. Toplum kitle iletişim araçları vasıtasıyla meslekte erkek hemşirelerin varlığı konusunda bilgilendirilmelidir. Göreve yeni başlayan tüm hemşireler sağlık ekibi üyeleri ile sosyal bir etkinlik kapsamında tanıştırılmalı ve ekip üyelerinin “erkek hemşire” kimliğini kabullenmesi için uygun iş ortamı hazırlanmalıdır.

Mesleğe erkek üye alınması konusunda olan talep ve istekler uzun yıllar sonra gerçekleştiği halde, toplumun geleneksel hemşire rolüne alıştığı ve erkek hemşireleri yadırgamaları ve yukarıda sayılan tepkileri göstermeleri beklenen bir davranıştır. Toplumdaki bireylerin değişimlere uyum sağlaması için belirli bir sürenin geçmesi gerekir. Ancak erkek hemşirelerin de profesyonel destek alarak, meslekte tükenmişliği erken dönemde yaşamaları engellenmelidir.

KAYNAKLAR

- Bozkır G, Taşcı N, Arsak A, Balgı Ö, Kaya E, Güngör N, Pekmezci K, İktu F, Kavlu B, Çelik S. (2007), Genel Lise Son Sınıf ve Sağlık Yüksekokulu'ndaki Erkek Öğrencilerin Hemşireliğe Bakışı, “Uluslar Arası Katılımlı” 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı, 26-29 Haziran 2007, İstanbul (Poster Bildiri).
- Demirel, M ve ark. (2004). Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Meslekleri İle İlgili Bilgi Ve Tutumları. III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 20-30 Nisan, Edirne.
- Demirel Ağca, A. (2001). Sağlık Yüksekokulları Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Memurluğu Bölümü Öğrencilerini Hemşirelik Rol ve İşlevlerine İlişkin Düşünceleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Erdem Demirhan, A. ve Oğuz, Y. (2001) Klinik Etik, Klinik Uygulamalarda Etik Sorunlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Meadus RJ, Twomey JC. (2007) Men In Nursing: Making The Right Choice, The Canadian Nurse; Feb 103; 2, 13-16.
- Ulusoy, M.F. & Görgülü, R.S. (2001) Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. Ankara: TDFO Ltd. Şti., 5. Baskı, 7-8.
- Ülker, S ve ark. (2004). Hemşirelik ve Türk Hemşireleri Birliği Kanun Tasarısı: Hazırlanışı, Engeller ve (Nisan2003), Ankara, Odak Ofset.
- www.türkhemşirelerderneği.org.tr 25.04.2007 tarihli Hemşirelik Yasası (Erişim tarihi:05.07.2010)
- Yavuz M., Dramalı A (1999). Erkek öğrencileri içeren hemşirelik eğitimi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyum Kitabı, İstanbul: Çevik Matbaacılık, 234-237.

ÇOCUĞUN KENDİ HASTALIĞINA YÖNELİK TUTUMU ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

VALIDITY AND RELIABILITY OF THE TURKISH ADAPTATION OF THE CHILD ATTITUDE
TOWARD ILLNESS SCALE

Araş.Gör. Ayşe ERSUN Yard.Doç.Dr. Bahire BOLIŞIK

E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemş. AD.

ÖZET

Amaç: Tutumlar çocukların kronik hastalığa uyumunu ve hastalığın seyrini etkileyebilmektedir. Bu çalışmada Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nin (ÇKHHTÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği (ÇKHHTÖ) Türkçe'ye uyarlanmıştır. Araştırmanın evrenini, 9-17 yaşları arasında olan, ilkököl 3. sınıf düzeyinde okuma yazması olan, kronik hastalığı olan ve ilaç tedavisi alan çocuklar oluşturmuştur. Araştırma, 1 Mart – 30 Haziran 2010 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Pediatrik Nöroloji Polikliniği ve Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Nöroloji Polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışmaya alınan çocuklar basit tesadüf örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Çalışmaya 9-17 yaşları arasında olan çocuklar alınmıştır. Örnekleme madde sayısının 10 katı olacak şekilde 130 epilepsili çocuk alınmıştır. Ölçeğin dil geçerliği yapılmış, içerik geçerliğine yönelik uzman görüşleri Kendall's W uyuşum analizi ve Sınıf İçi Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliğini göstermek için iç tutarlılık (cronbach alfa) katsayısı değerlendirilmiştir. Madde analizi olarak madde-toplam puan korelasyonları Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayıları ile hesaplanmıştır.

Bulgular: Ölçeğin dil geçerliği yapılmıştır. Ölçeğin iç geçerliğine yönelik uzman görüşleri Kendall's W uyuşum analizi ile incelenmiş ve uzman görüşleri arasında uyum olduğu belirlenmiştir (Kendall's W = .127, p=. 226 p>0.05; ICC= .83, p<0.001). Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı, .79 olarak bulunmuştur. Madde analizi olarak madde-toplam puan korelasyonları Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayılarının r= .34 ile .69 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Geçerlik ve güvenilirliğe yönelik olarak yapılan istatistikler doğrultusunda Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeğinin (ÇKHHTÖ) Türkçe Formu epilepsili çocuklar için geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçek kronik hastalığı olan çocukların tutumlarını ölçmede yardımcı olacaktır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin diğer kronik hastalıkları içerecek şekilde geniş bir evren ve örnekleme belirlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği, kronik hastalık, epilepsi, tutum, geçerlik, güvenilirlik.

ABSTRACT

Objective: Attitudes may influence the adaptation of children towards chronic illnesses as well as the course of illness. This study aims to carry out the validity and reliability tests of the Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS).

Methods: In this study, the Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS) is adapted to Turkish. The research population consisted of children aged between 9 and 17, who were observed in Ege University Faculty of Medicine Children's Hospital and Behcet Uz Children's Hospital, who were literate with primary school 3rd class level, who had a chronic illness and who were under medical treatment. The research was conducted between 1st March – 30th June 2010, Pediatric Neurology Polyclinic of Ege University Faculty of Medicine Children's Hospital and Pediatric Neurology Polyclinic of Behcet Uz Children's Hospital. The children were consented to participate in the study and chosen with random sampling. The participants were aged between 9-17 years old who complied with the study criteria. The study sample to be 10 times the number of item taken from 130 children with epilepsy. The language validity of the scale was tested and the expert evaluations of the content were assessed with Kendall's W and Intra-Class Correlation analyses. The cronbach alpha coefficient were evaluated in order to establish the reliability of the Turkish adaptation of the scale. As for the item analysis, item total correlations and Pearson's product-moment coefficient were calculated.

Results: The validity of the language was done of the scale. Specialists evaluation internal validity of scale was analyzed with Kendal's W analysis and it was determined that specialists opinions are consistent (Kendall's W = .127, p=. 226 p>0.05; ICC= .83, p<0.001). The Cronbach Alpha coefficient was found to be .79. Item-total score correlations Pearson's product Moment correlation coefficients were reported to be between r = .34 and .69 which was positive and statistically meaningful.

Conclusion: In light of the statistical analyses of validity and reliability, it was found that the Turkish adaptation of the Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS) was a valid and reliable tool for children with epilepsy. It was further concluded that the scale would assist to evaluate the attitudes of children with chronic illnesses.

Key words: the Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS), chronic illness, epilepsy, attitude, validity, reliability.

GİRİŞ

Kronik hastalık, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakan, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum olarak tanımlanmaktadır (Er 2006). Kronik hastalıklar, çocukları psikososyal açıdan etkileyen hastalıklardır (Ho ve ark. 2008). Araştırmalar, kronik hastalığı olan çocukların, davranış sorunları, sağlıksız ve beklenen düzeyde olmayan benlik kavramı ve sosyal yaşamdan kendini soyutlama gibi sorunlar açısından risk altında olduğunu ortaya koymaktadır (Austin ve ark. 1998). Kronik hastalıkların çocuklar üzerindeki psikososyal etkilerini belirleyen bir faktör de tutumdur.

Tutum psikolojik bir objeye yönelen olumlu veya olumsuz bir yoğunluk sıralaması ve derecelemesidir (Arslan 2006). Diğer bir tanıma göre tutum belirli bir nesne, durum, kurum, kavram ya da diğer insanlara karşı öğrenilmiş olumlu ya da olumsuz tepkide bulunma eğilimidir (Öztürk 2002). Tutumlar çocukların kronik hastalığa

uyumunu ve hastalığın seyrini etkileyebilmektedir. Kronik bir hastalığa sahip olmayla ilgili çocukların sergilediği tutumun, çocuğun hastalıkla nasıl baş ettiği ve sonuçta hastalığa nasıl uyum sağladığı noktasında önemli rolü olduğu düşünülmektedir (Austin ve Huberty, 1993). Kendi hastalıklarıyla ilgili olumlu tutum geliştirebilen çocukların hastalıklarından daha çabuk iyileştikleri olumsuz tutum geliştiren çocukların ise hastalıklarının daha ciddi seyrettiğini belirlenmiştir (Austin ve Huberty 1993, Heimlich ve ark. 2000). Literatür incelendiğinde kronik hastalığa sahip çocukların hastalıklarına yönelik negatif tutum geliştirdikleri belirlenmiştir (Ho ve ark., 2008; Austin ve Huberty 1993, Adewuya ve Oseni 2005, Adewuya ve ark. 2006, Austin ve ark. 2006, Austin ve ark. 1991, Funderburk ve ark. 2007, Lebovidge ve ark. 2005, LeBovidge ve ark. 2009; Mcnelis ve ark. 2005; Wolanczyk ve ark. 2002). Yapılan araştırmalar kronik hastalığa yönelik olumsuz tutum gösteren çocukların depresyon semptomlarının ve davranış problemlerinin arttığını ve akademik başarılarının azaldığını saptamıştır (Austin ve ark. 1998, Austin ve Huberty 1993). Mcnelis ve arkadaşlarının (2005) astım ve epilepsili çocukların tutumlarını incelediği çalışmasında, hastalığına yönelik negatif tutum sergileyen çocukların akademik başarılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Lebovidge ve arkadaşlarının (2005) kronik artritli çocuklarla yürüttüğü çalışma sonucunda; hastalığına yönelik negatif tutum sergileyen çocukların yüksek oranda, hastalıkla ilişkili stres, kronik stres, anksiyete ve depresif semptomlar gösterdiği belirlenmiştir. Lebovidge ve arkadaşları (2009) yiyecek alerjisi olan çocukların kendi hastalıklarına yönelik negatif tutum sergilediklerini ve negatif tutum sergileyen çocukların anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha fazla olduğunu belirlemiştir. Jocephine ve arkadaşlarının (2008) diyabetli çocuklar üzerinde yürüttüğü çalışmasında, hastalığına yönelik pozitif tutum sergileyen çocukların, pozitif öz kavrama sahip olduğu saptanmıştır. Pozitif öz kavrama sahip çocukların ise diyabetlerini daha iyi kontrol altına aldıkları belirlenmiştir (Ho ve ark. 2008). Funderburk ve arkadaşlarının (2007) epilepsili çocuklar üzerinde yaptığı çalışma sonucuna göre, hastalığına yönelik pozitif tutum geliştiren çocukların daha iyi öz kavram geliştirdikleri ve daha az davranış problemleri yaşadıkları. Austin ve arkadaşlarının (2004) epilepsili çocuklarla yürüttüğü çalışmada, hastalığına yönelik negatif tutum sergileyen çocukların depresyon semptomlarının fazla, anksiyete düzeylerinin yüksek ve benlik kavramlarının ise düşük olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalığa sahip çocukların hastalık seyrinin olumlu olması için hastalıklarına yönelik geliştirdikleri tutumun bilinmesi gerekmektedir. Kronik hastalıklarla ilgili tutum çalışmaları ülkemizde yapılmadığından, böyle bir çalışma kronik hastalığı olan çocukların ve ailesinin tedavi ve bakım sürecine katkı sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı, Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Araştırmamanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi ve Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takip edilen 9-17

yaşları arasında olan, ilkokul 3. sınıf düzeyince okuma yazması olan, kronik hastalığı olan ve ilaç tedavisi alan, zihinsel bir problemi olmayan, birden fazla kronik hastalığı olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan çocuklar oluşturmuştur. Epilepsi ile ilgili tutum çalışmalarının az olması, ülkemizde epilepsili çocukların psikolojik durumlarının çok fazla irdelenmemesi ve epilepsili çocukların hastalıklarına karşı tutumlarının diğer kronik hastalıkları olan çocukların hastalıklarına karşı tutumlarından daha olumsuz olması nedeniyle (Austin ve Huberty, 1993; Mcnelis ve ark. 2005) araştırmanın örnekleme, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Pediatrik Nöroloji Polikliniği ve Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Nöroloji Polikliniğinde takip edilen ve basit rastgele örnekleme yöntemi belirlenmiş epilepsili çocuklar alınmıştır.

Araştırma, Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeğinin madde sayısı olan 13'ün 10 katı olacak sayıda 130 epilepsili çocuk ile yürütülmüştür. Çocukların yaş ortalaması 12.03 ± 2.25 (min:9, max:17)'dir.

İşlem

Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için, yazarlarından izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi ve İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır.

Gereçler

Araştırmada veri toplamak amacı ile 'Çocuk Tanıtım Formu' ve 'Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği' kullanılmıştır.

Çocuk Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan, çocukların sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 12 sorudan oluşmuştur.

Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği-ÇKHYTÖ (Child Attitude Towards Illness Scale- CATIS): Austin ve Huberty tarafından 1993 yılında, kronik bir hastalığa sahip olmayla ilgili çocukların tutumlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek beşli Likert tipi 13 maddeden oluşmaktadır. 13 maddenin 4'ü çift kutuplu sıfatlardan (Çok İyi, Biraz İyi, Emin Değilim, Biraz Kötü, Çok Kötü) oluşmaktadır. 9 madde ise kronik hastalığa sahip olma ile ilgili çocukların ne sıklıkla olumlu veya olumsuz hissettiklerini (Çok Sık, Sık Sık, Bazen, Sık Değil, Hiçbir zaman) değerlendirmektedir. Çocukların hastalıklarına yönelik geliştirdiği tutumları ölçen maddelerin puan ortalaması 1-5 arasındadır. 1 ve 2 negatif tutumu, 3 nötral tutumu, 4 ve 5 ise pozitif tutumu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı .74-.86 (ortalama .80) arasında bildirilmiştir (Austin ve Huberty 1993).

Uygulama ve İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmanın ilk aşamasında dil geçerliğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Önce araştırmacı tarafından ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi yapılmıştır. Daha sonra her iki dili de iyi bilen aynı zamanda kronik hastalığı veya epilepsi hastalığı olan

çocukları iyi tanıyan, çocuk sağlığı ve psikiyatri alanlarında uzman altı öğretim üyesine ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yaptırılmıştır. Çeviriler sonucunda en uygun ifadeler seçilmiştir. "Çocuğun Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği" uzmanların önerileri ile "Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği" olarak Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin yeniden İngilizceye çevirisi iki dili çok iyi kullanabilen Dokuz Eylül Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Dilbilim Bölümü'nde görev yapan bir öğretim üyesine yaptırılmıştır. Elde edilen çeviri Ölçeğin yazarına e-posta yoluyla iletilerek orijinaliyle çevirisi arasındaki ifade farklılıklarının sorun oluşturup oluşturmayacağı ve bu haliyle kullanılıp kullanılmayacağı danışılmıştır.

Ölçeğin Türkçe formu içerik geçerliği için Ege Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokullarında görevli on öğretim üyesinin görüşüne başvurulmuştur. Uzmanlardan maddelerin ifade şeklini ve uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirme için her maddeye 1-4 arasında (1=hiç uygun değil, 4=tamamen uygun) bir puan vermeleri istenmiştir. Uzmanlar tarafından ölçeğin maddelerine en düşük 2, en yüksek 4 puan verilmiştir. Uzmanların verdikleri puanların uyumunu ölçmek için Kendall Uyuşum Katsayısı (W) ve Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) hesaplanmıştır.

Ölçek örnekleme alınan çocuklar tarafından doldurulmuştur. Ölçeğin yanıtlanma süresi 10-15 dakikadır. Ölçeğin yapı geçerliliğine yönelik olarak faktör analizi yapılmış ve faktörleşme gözlenmemiştir. Ölçeğin maddeleri madde toplam korelasyon yöntemi (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı) ile irdelenmiş ve tek tek bütün maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir. Güvenirlik katsayısı Cronbach Alfa hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirmesi 'SPSS for Windows 11.5' istatistiksel programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel anlamlılık durumu p değeri dikkate alınarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nin içerik geçerliğinde uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi amacıyla yapılan Kendall Uyuşum Katsayısı (W) Korelasyon Testi ve Sınıf İçi Korelasyon Testi sonucunda uzman görüşleri arasında uyumun anlamlı olduğu saptanmıştır (Kendall's W = .127, p=. 226 p>.05; ICC= .83, p=.000).

Ölçeğin madde analizi olarak madde-toplam puan korelasyonları Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi ile incelendiğinde, 13 maddenin güvenilirlik katsayılarının r= .34 ile .69 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Ölçekteki 2 maddenin madde toplam korelasyonu 0.34 olarak belirlenmesine rağmen madde çıktığında ölçek alfa değeri ve ölçek ortalaması değişmediğinden maddeler ölçekten çıkarılmamıştır.

Tablo 1: Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nin Madde Toplam Puan Korelasyon Sonuçları

ÇKHYTÖ Maddeleri	Madde toplam korelasyonu	Madde çıktığında ölçek alfa değeri	Madde çıktığında ölçek ortalaması
..... hastası olmanla ilgili kendini ne kadar iyi veya kötü hissediyorsun?	.47	.79	2.68
..... hastası olmanı ne kadar adaletli buluyorsun?	.34	.79	2.71
..... hastası olmanla ilgili kendini ne kadar mutlu veya üzgün hissediyorsun?	.34	.80	2.72
..... hastası olmanla ilgili kendini ne kadar kötü veya iyi hissediyorsun?	.54	.78	2.68
..... hastalığının senin hatan olduğunu ne sıklıkla hissediyorsun?	.41	.80	2.65
..... hastalığının, sevdiğin şeyleri engellediğini ne sıklıkla düşünüyorsun?	.68	.77	2.64
Sürekli hasta olacağını ne sıklıkla hissediyorsun?	.50	.78	2.65
..... hastalığının, yeni şeylere başlamanı engellediğini ne sıklıkla hissediyorsun?	.64	.77	2.63
..... hastası olmandan dolayı kendini diğer kişilerden ne sıklıkla farklı hissediyorsun?	.69	.76	2.65
..... hastası olmandan dolayı kendini ne sıklıkla kötü hissediyorsun?	.65	.77	2.67
Hasta olmandan dolayı ne sıklıkla üzgün hissediyorsun?	.62	.77	2.67
..... hastası olmana rağmen kendini ne sıklıkla mutlu hissediyorsun?	.45	.79	2.68
..... hastası olmana rağmen kendini ne sıklıkla yaşlıların kadar iyi hissediyorsun?	.59	.78	2.66

"..... olarak belirtilen yerlere kronik bir hastalık ismi gelecektir" Bu çalışmada epilepsili hastalar ile çalışıldığından "epilepsi" olarak doldurulmuştur.

Cronbach alfa tekniği, likert tipi ölçeklerin güvenilirliğinin sınanmasında sıklıkla kullanılan bir yöntemdir ve ölçme aracı içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının (homojenliğinin) bir ölçüsü kabul edilmektedir. (Akgül 1997) Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .79 olarak belirlenmiştir ve bu değer ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği (ÇKHYTÖ)'nin Epilepsili Çocuklar İçin Puan Ortalaması, Standart Sapma ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

	N	Madde Sayısı	Puan Ortalaması	SS	En Düşük	En Yüksek	Cronbach Alfa
ÇKHYTÖ	130	13	2.89	0.69	1.61	4.61	0.79

Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeğinin Türkçe Formu epilepsili çocuklar için puan ortalaması 2.8 ± 0.69 olarak belirlenmiştir. Ölçek puanı en düşük 1.61, en yüksek 4.61 olarak belirlenmiştir. Epilepsili çocukların hastalığına yönelik tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeğinin (ÇKHYTÖ) genel olarak yeterli geçerli ve güvenilirliğe sahip olduğu bulunmuştur. Bir ölçeğin güvenilirliğinin sınanması için kullanılan yöntemlerden biri "madde analizidir (Gözüm ve Aksayan, 2002). Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nde bulunan 13 maddenin güvenilirlik katsayılarının $r = .34$ ile $.69$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır.

Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nin orijinalinde, madde toplam puan korelasyonları $.27$ ve $.59$ arasında bulunmuştur (Austin ve Huberty 1993). Heimlich ve arkadaşlarının 11-17 yaşları arasındaki epilepsili adölesanlar üzerinde Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nin geçerlik güvenilirliğini yaptığı çalışmasında, madde toplam puan korelasyonları $.31$ ve $.78$ arasında bulunmuştur (Heimlich ve ark. 2000). Araştırma bulguları benzerlik göstermektedir.

Tüm maddelerin aynı özelliği ölçtüğü varsayımına dayanan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa'nın düşük olması, ölçeğin birkaç özelliği bir arada ölçtüğünü gösterebilir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının $.60 \leq \alpha \leq .80$ arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Gözüm ve Aksayan 2002). Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği (ÇKHYTÖ) uygulamasında Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı $.79$ olarak saptanmıştır. Bu değer ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Austin'in geliştirdiği Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nin 11 yaşından küçük olan çocuklar için Cronbach alfa katsayısı $.74$, 11-12 yaşındaki çocuklarda ise alfa katsayısı $.86$ olarak hesaplanmıştır (Austin ve Huberty 1993). Heimlich ve arkadaşlarının 11-17 yaşları arasındaki epilepsili adölesanlar üzerinde CATIS'in geçerlik güvenilirliğini yaptığı çalışmasında İç tutarlılık güvenilirliğinde cronbach alfa katsayısı $.89$ olarak saptanmıştır (Heimlich ve ark. 2000). LeBovidge ve arkadaşlarının kronik artritli çocukların hastalıkla ilişkili stres ve hastalık tutumunu ölçtükleri çalışmalarında CATIS'in cronbach alfa katsayısı $.87$ olarak belirlenmiştir (Lebovidge ve ark. 2009). Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği (ÇKHYTÖ)'nin Cronbach Alpha katsayısının beklendiği düzeyde olduğu görülmektedir.

Ölçeğin puan ortalaması $2.89 \pm .69$ olarak belirlenmiştir. Epilepsili çocukların hastalığına yönelik tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır. Austin ve Huberty'nin CATIS'in geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmasında puan ortalaması epilepsili çocuklar için $3.2 \pm .6$, astımlı çocuklar için $3.4 \pm .6$ olarak belirlenmiştir (Austin ve Huberty 1993). Austin ve arkadaşlarının epilepsili çocukların hastalığına yönelik tutumlarını ölçmek için bir model geliştirdiği çalışmada, CATIS'in puan ortalaması 3.34 olarak belirlenmiştir (Austin ve ark. 2006). Adewuya ve arkadaşlarının Nijeryalı epilepsili adölesanların okul performanslarını araştırdığı çalışmasında, CATIS puan ortalaması 3.05 ± 1.04 olarak saptanmıştır (Adewuya ve ark. 2006). Ülkemizde epilepsili çocukların hastalıklarına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Bu durum epilepsili çocukların hastalığına, bakımına ve hastalığa sekonder olarak gelişen psikososyal sorunlara yeterince önem verilmediğini düşündürmektedir.

Yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu ve Türk toplumunda yapılacak araştırmalarda kullanılabilmek için oldukça yeterli olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ

Kronik hastalığa sahip çocukların kendi hastalıklarına uyum sağlaması için hastalıklarına yönelik geliştirdikleri tutumun ölçülmesi oldukça önemlidir. 'Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği' Türkiye'de geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Sonuçların genellenebilmesi için farklı örneklem gruplarıyla tekrarlanan çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Çocukların hastalıklarına yönelik geliştirdikleri tutumların ölçülmesi ile hastalığa sekonder olarak gelişebilecek psikososyal sorunların önlenmesi mümkün olacaktır. Bu ölçeğin kronik hastalığa sahip çocukların tutumlarını ölçmek için yeni ölçme araçlarının geliştirilmesine rehberlik edebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Adeyuya A, Oseni S. Impact of psychiatric morbidity on parent- rated quality of life in nigerian adolescents with epilepsy. *Epilepsy&Behavior*, 2005; 7:497-501.
- Adeyuya A, Oseni S, Okeniyi H. School performance of nigerian adolescent with epilepsy. *Epilepsia*, 2006; 47(2):415-420.
- Akgül A *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Ankara, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası., 1997.
- Arslan A *Bilgisayar Destekli Eğitim Yapmaya İlişkin Tutum Ölçeği*. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006; Cilt:III, Sayı:II, 34-43
- Austin JK, Dunn DW, Perkins SM ve ark. Youth with epilepsy: development of a model of children's attitudes toward their condition. *Child Health Care*, 2006; 35(2):123-140.
- Austin JK, Huberty TJ Development of the Child Attitude Toward Illness Scale. *J Pediatr Psychol*, 1993; 18(4): 467-480.
- Austin JK, Huberty TJ, Huster GA ve ark. Academic achievement in children with epilepsy or asthma. *Developmental Medicine&Child Neurology*, 1998; 40:248-255.
- Austin J, Macleod J, Dunn D ve ark. Measuring stigma in children with epilepsy and their parents: instrument development and testing. *Epilepsy&Behavior*, 2004; 5:472-482
- Austin JK, Patterson JM, Huberty TJ. Development of the coping health inventory for children. *Journal of Pediatric Nursing*, 1991; 6: 1661-1674.
- Er M. Çocuk, Hastalık, anne-babalar, kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2006; 49: 155-168.
- Funderburk JA, McCormick BP, Austin JK. Does attitude toward epilepsy mediate the relationship between perceived stigma and mental health outcomes in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2007; 11: 71-76
- Gözüm S, Aksayan S. *Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürler Arası Karşılaştırma*. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002; 4(2): 9-20.
- Heimlich TE, Westbrook LE, Austin JK ve ark. Brief Report: Adolescents'attitudes toward epilepsy: Further validation of the Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS). *J Pediatr Psychol*, 2000; 25:3339-45.
- Ho J, Lee A, Kaminsky L ve ark. Self-concept, attitude toward illness and family functioning in adolescents with type 1 diabetes. *Paediatr Child Health*, 2008; 13(7):600-604.

- Josephine, H., Arden, L., Kaminsky, L ve ark. Self-concept, attitude toward illness and family functioning in adolescents with type 1 diabetes, *Paediatr Child Health*, 2008; 13(7):600-604.
- LeBovidge JS, Lavigne JV, Miller ML. Adjustment to chronic arthritis of childhood: the roles of illness-related stress and attitude toward illness. *J Pediatr Psychol*, 2005; 1-14.
- LeBovidge JS, Strauch, H, Kalish LA ve ark. Assessment of psychological distress among children and adolescents with food allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2009; 124:1282-8.
- Mcnelis A, Johnson C, Huberty T ve ark. Factors associated with academic achievement in children with recent-onset seizures. *Seizure*, 2005; 14, 331-339
- Öztürk M Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
- Wolanczyk T, Banasikowska I, Zlotkowski P ve ark. Attitudes of enuretic children towards their illness. *Acta Paediatr*, 2002; 91(7): 844-848.

BİR HEMŞİRELİK DERGISİNİN İNCELENMESİ

EXAMINING OF A NURSING JOURNAL

Prof.Dr. Leyla KHORSHID* **Yard.Doç.Dr. Esra AKIN KORHAN****
Yard.Doç.Dr. Gülendamar HAKVERDİOĞLU YÖNT*** **Araş.Gör.Dr. Ayşe DEMİRAY***

*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD. Başkanı

**İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

***Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Amaç: Bu tanımlayıcı çalışma, bir hemşirelik dergisinde yayınlanan yazıların incelenmesi amacıyla retrospektif ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini ve örneklemini, incelenen dergide yayımlandığı günden beri çıkan tüm yazılar oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan bir veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın verileri 2. Mayıs. 2011 – 30. Haziran. 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma, derginin yayımlandığı kurumda yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı kurumdaki etik kuruldan yazılı izin alınmıştır.

Verilerin sayısal, yüzdelik ve ortalama dağılımı verilmiştir. Verilerin analizinde korelasyon, Mann -Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Dergi hakemli olduktan sonra daha az sayıda derleme makale yayımlanmıştır. Dergi hakemli olduktan sonra yayınlanan yazılarda yabancı kitabın ve raporların kaynak olarak gösterilmesi azalmıştır, ancak gazete/internetin ve tezlerin/projelerin kaynak olarak gösterilmesi artmıştır. Yıllar ilerledikçe, kullanılan toplam kaynak sayısının arttığı saptanmıştır.

Sonuç: İncelenen hemşirelik dergisi 26 yıllık süreç içinde bir özel sayı dahil 9119 bilimsel sayfa basarak hemşirelik alanında önemli bir bilgi birikimine yol açmıştır.

Anahtar Kelimeler: araştırma, bilimsel yayın, dergi, hemşirelik dergisi,

ABSTRACT

Objective: This descriptive study was carried out with the purpose of examining the publications, published in a nursing journal as a retrospective and cross-sectional research.

Methods: The population and the sample of the study was consisted of all publications published in a nursing journal since beginning the publish. The data were collected via "data collection form" prepared by the researchers. The data were collected between the date 2 May 2011 and 30 June 2011. Research was carried out in the institution in which the journal is published. Written consent was obtained from institution which the study implemented and ethical consent was obtained from ethical committee in the institution. Numerical, percentage and the average

distribution was given. Mann-Whitney U test and Pearson's Correlation coefficient was used in analysis the data.

Results: Review articles were published in a smaller number after being refereed journal. It has been found and decreasing in the number of in foreign books, and reports used, but was found an increasing in the count of the newspaper / internet and dissertations / projects used as the source, after being peer-reviewed articles in journals published. In progressed years has been found to increase the number of total resources used.

Conclusion: The nursing journals which are examined have been led to an scientific important unit of information in the field of nursing with pressing a 9119 a page by special issue in 26-year period including the special issue.

Key words: research, scientific paper, journal, nursing journal

GİRİŞ

Üniversitelerin temel işlevlerinden biri, araştırma etkinlikleri ile yeni bilgi üreterek bilime uluslararası düzeyde katkı yapmaktır. Dergiler, yeni üretilmiş bilgilerin sergilendiği alanlardır. Bu bilgiler, bu sergide başkaları tarafından test edilmeye sunulan ve kitaplara girmeye aday bilgilerdir. Yayının yararlılığı ve güncelliği, bilimsel dergilerin içeriğini belirleyen faktörlerdir. ABD'de 1971 yılında hemşirelik dergi sayısı 22 iken, 1991 yılında bu sayı 92'ye ulaşmış olup bu dergilerin beşi, hemşirelik araştırmalarına ağırlıklı olarak yer vermektedir. Ülkemizde 15 kadar hemşirelik dergisi bulunmaktadır (Bayık 2004). İncelenen dergi hemşirelik alanındaki ilk bilimsel içerikli dergilerden biridir. Yayınlanmaya başladığı tarihten itibaren yayın kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Ancak yayınlandığı yıldan bu yana dergideki yayınların niteliği ve sayısına ilişkin bir çalışma bulunmamaktadır.

AMAÇ

Bu araştırma, bir hemşirelik dergisinde yayınlanan yazıların incelenmesi amacıyla retrospektif, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın evrenini ve örneklemini, incelenen dergide yayımlandığı günden beri çıkan tüm yazılar oluşturmaktadır. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan bir veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Çalışma 2. Mayıs. 2010 – 30. Haziran. 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma, derginin yayımlandığı kurumda yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı kurumdaki etik kuruldan izin alınmıştır. Verilerin sayısal, yüzdeler ve ortalama dağılımı verilmiş, verilerin analizinde korelasyon, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Dergilerin yarısı hakemlidir. 1985-1997 yılları arasındaki 13 sayıda yayınlanan dergiler hakemsiz, 1998-2010 yılları arasındaki 13 sayıda yayınlanan dergiler ise hakemli olarak yayınlanmıştır.

Tablo 1: Yıllara göre dergi sayı ve sayfa sayılarının dağılımı

Yıl	Derginin Cildi	Dergi Sayısı	Sayfa Sayısı
1985	1	3	258
1986	2	3	322
1987	3	3	302
1988	4	3	271
1989	5	3	300
1990	6	3	297
1991	7	3	330
1992	8	3	334
1993	9	3	516
1994	10	3	441
1995	11	3	444
1996	12	3	516
1997	13	3	184
1998	14	2	330
1999	15	2	194
2000	16	2	225
2001	17	1	104
2002	18	1	172
2003	19	1	178
2004	20	2	292
2005	21	3	1058
2006	22	2	532
2007	23	2	436
2008	24	3	420
2009	25	3	373
2010	26	3	290
TOPLAM	26	65	9119

Toplam 26 cilt olarak yayınlanan hemşirelik dergisinin %15.4'ünün 1 sayı, %19.2'sinin 2 sayı, %65.4'ünün 3 sayı olarak yayımlandığı saptanmıştır. Derginin 2005 yılındaki basılan üç sayısının tüm sayfa sayısının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, 2005 yılında düzenlenen ulusal bir hemşirelik kongresindeki bildirilerin "özel sayı" içinde yayımlanmasına bağlanabilir (Tablo 1).

Tablo 2: Yıllara göre dergi yazı türlerinin sayısal dağılımı

Yıl	Derleme (makale)	Araştırma	Özet	Çeviri
1985	9	14	18	3
1986	20	14	15	-
1987	20	10	6	-
1988	18	8	8	-
1989	18	9	6	-
1990	19	8	16	-
1991	18	8	13	-

1992	25	10	7	-
1993	26	28	5	-
1994	17	22	5	-
1995	25	14	5	2
1996	25	20	7	-
1997	6	9	-	-
1998	11	4	-	-
1999	9	8	-	-
2000	7	11	-	-
2001	3	7	-	-
2002	6	8	-	-
2003	4	10	-	-
2004	12	13	-	-
2005	21	66	-	-
2006	11	27	-	-
2007	9	18	-	-
2008	10	24	-	-
2009	8	20	-	-
2010	7	16	-	-
TOPLAM	364	416	111	5

Yirmialtı yıllık süreçte araştırma, derleme, hemşirelik literatüründen özetler ve çeviri yazılar yayımlanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Dergideki tüm yazıların türlerine göre dağılımı

Yıl	Yazı sayısı	Yüzde
Derleme (makale)	364	40.6
Araştırma	416	46.4
Özet	111	12.4
Çeviri	5	0.6
TOPLAM	896	100.0

Dergideki yayınların yaklaşık yarısının (%46.4'ünün) araştırma, %40.6'sının makale, %12.4'ünün hemşirelik literatüründen özetler, %0.6'sının ise çeviriler olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4: Yıllara ve yazı türlerine göre kullanılan kaynak sayısının dağılımı

Yıl	Derleme (makale)	Araştırma	Toplam
1985	91	231	322
1986	223	236	459
1987	298	189	487
1988	200	167	367
1989	231	159	390
1990	206	155	361
1991	211	144	355

1992	271	164	435
1993	333	422	755
1994	234	337	571
1995	340	242	582
1996	347	311	658
1997	116	166	282
1998	199	209	408
1999	210	204	414
2000	38	111	149
2001	39	76	115
2002	135	136	271
2003	107	158	265
2004	250	257	507
2005	537	1321	1858
2006	269	606	875
2007	393	390	783
2008	268	583	851
2009	265	587	852
2010	201	447	648
TOPLAM	6012	8008	14020

Dergideki yayınların tümünde 14020 kaynak kullanıldığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5: Yazı türüne göre yazı türlerinde kaynak gösteriminin dağılımı

Yazı Türü	Kaynak sayısı	Kaynak sayısı ortalaması
Derleme (makale)	6012	231,23 ± 109,90 (min: 38, max:537)
Araştırma	8008	308,00 ± 256,06,23 (min: 76, max:1321)
TOPLAM	14020	539,23 ± 343,23 (min: 115, max:1858)

Dergideki yayınların tümünde kaynak sayı ortalamasının 539,23 + 343,23 (min: 115, max:1858) olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6: Yıllara göre yazar sayısının dağılımı

Yıl	Araştırma	Derleme (makale)	Toplam
1985	21	9	31
1986	33	34	67
1987	17	21	38
1988	19	11	30
1989	19	18	37
1990	12	19	31
1991	18	20	38
1992	25	26	51

1993	58	31	89
1994	46	17	63
1995	23	29	52
1996	44	27	71
1997	21	7	28
1998	30	11	41
1999	21	10	31
2000	26	15	41
2001	23	4	27
2002	18	10	28
2003	27	7	34
2004	35	19	54
2005	177	37	214
2006	72	21	93
2007	52	31	83
2008	67	15	82
2009	53	12	65
2010	34	3	37
TOPLAM	997	448	1463
Yazar sayısı ortalaması	38,34 ± 32,53	17,23 ± 8,69	38,10 ± 56,26

Derginin başlangıç döneminden bugüne kadar 1463 yazar (Tablo 6) 896 (Tablo 3) yazıya imza atmıştır.

Tablo 7: Yıllara ve yazı türlerine çalışmada incelenen dergiye yapılan atıfların dağılımı

Yıl	Derleme (makale)		Araştırma		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1985	-		-		-	
1986	-		-		-	
1987	4		1		5	
1988	3		10		13	
1989	3		-		3	
1990	7		8		15	
1991	-		2		2	
1992	1		1		2	
1993	2		12		14	
1994	1		11		12	
1995	5		4		9	
1996	6		11		17	
1997	7		1		8	
1998	6		4		10	
1999	6		2		8	
2000	-		5		5	
2001	-		1		1	
2002	3		33		6	
2003	-		12		12	
2004	2		3		5	
2005	5		44		49	

2006	2	8	10
2007	1	12	13
2008	-	12	12
2009	1	10	11
2010	2	6	8
TOPLAM	67 23.92	213 76.07	280 100.0

İncelenen dergiye 26 yıl boyunca toplam 280 atıf yapılmıştır (Tablo 7).

Tablo 8: Yazı türüne göre çalışmada incelenen dergiye atıfta bulunma sayısının dağılımı

Yıl	Toplam atıf sayısı	Atıf sayısı ortalaması
Derleme (makale)	67	2.57+ 2.41
Araştırma	213	7.03+ 8.75
TOPLAM	280	9.61+ 9.38

Toplam atıf sayı ortalaması 9.61+ 9.38'dir (Tablo 8).

Tablo 9: Dergide kaynak kullanım özelliklerinin dağılımı

Kullanılan kaynağın türü	Toplam kaynak sayısı		Yıllık Kaynak sayı ortalaması
	N	%	
Türkçe dergi	2685	19.26	103.26+ 73.86
Yabancı dergi	4350	31.20	167.30+ 131.20
Türkçe kitap	2392	17.15	92.00+ 45.38
Yabancı kitap	1632	11.70	62.76+ 32.64
Türkçeye çevrilmiş kitap	212	1.52	8.15+ 7.24
Kongre/sempozyum bildiri kitabı	1097	7.87	42.19+ 34.65
Tez/Proje	599	4.29	23.03+ 21.48
Gazete/Resmi Gazete	666	4.78	27.61+ 36.97
İnternet	666	4.78	27.61+ 36.97
Eğitim materyali/ders notu	161	1.15	6.19+ 6.74
İstatistik raporu	150	1.08	5.76.26+ 9.51
TOPLAM	13944	100.0	536.30+337,10

Toplam 14020 kaynak kullanılmış olup yıllık kaynak sayı ortalaması 536,30 + 337,10'dur (Tablo 9).

Tablo 10: Derginin hakemli olduktan sonra yazıların sayısı, kullanılan kaynak türlerinin sayılarının dağılımı ve incelenen dergiye yapılan atıf sayısının dağılımının incelenmesi

	Derginin hakemli olması		
	Hakemsiz	Hakemli (1998 ve sonrası)	
Yazılan derleme sayısı	18.92 ± 6.02	9.07 ± 4.48	Z= - 3.13, P = 0.002
Yazılan araştırma sayısı	13.38 ± 6.33	18.61 ± 15.54	Z= - 0.74, P = 0.45
Türkçe derginin kaynak olarak gösterilmesi	81.38 ± 39.68	125.15 ± 93.56	Z= - 1.15, P = 0.24
Yabancı derginin kaynak olarak gösterilmesi	128.23 ± 55.83	206.38 ± 171.57	Z= - 0.48, P = 0.62

Türkçe kitabın kaynak olarak gösterilmesi	94.76 ± 28.49	89.30 ± 58.86	Z= - 1.05, P = 0.29
Yabancı kitabın kaynak olarak gösterilmesi	80.69 ± 25.58	44.84 ± 28.58	Z= - 3.20, P = 0.001
Çeviri kitabın kaynak olarak gösterilmesi	8.61 ± 4.17	9.09 ± 9.78	Z= - 0.75, P = 0.44
Kongre kitabının kaynak olarak gösterilmesi	31.30 ± 18.97	53.07 ± 43.42	Z= - 1.36, P = 0.17
Tezin kaynak olarak gösterilmesi	12.92 ± 8.63	33.15 ± 25.80	Z= - 2.72, P = 0.006
Gazete/Resmi Gazete/İnternetin kaynak olarak gösterilmesi	5.81 ± 3.62	46.30 ± 43.63	Z= - 3.82, P = 0.000
Ders notunun kaynak olarak gösterilmesi	8.76 ± 8.25	4.27 ± 3.37	Z= - 1.63, P = 0.10
İstatistik Raporunun kaynak olarak gösterilmesi	12.63 ± 11.60	1.83 ± 1.16	Z= - 2.75, P = 0.006
İncelenen dergiye atıfta bulunma	9.84 ± 5.24	11.53 ± 11.45	Z= - 0.56, P = 0.57

Dergi hakemli olduktan sonra daha az sayıda derleme makale yayımlanmıştır (Z= - 3.13, P = 0.002). Dergi hakemli olduktan sonra yayınlanan yazılarda yabancı kitabın (Z= - 3.20, P = 0.001), gazete/internetin (Z= - 3.82, P = 0.000) ve raporların (Z= - 2.75, P = 0.006) ve tezlerin/projelerin (Z= - 2.72, P = 0.006), kaynak olarak gösterilmesi azalmıştır (Tablo 11). Yapılan Pearson korelasyon analizinde, yayın yılı ile kullanılan kaynak sayısı arasında bir ilişki bulunmuştur (r= 0.40, p<0.05).

TARTIŞMA

Dergilerin yapıları birbirinden farklıdır. Hatta aynı bilim dalı ve klinik uygulama alanını kapsasalar bile bu fark görülür. Bu farklılıklar genellikle faaliyet alanları, içerdikleri konunun dengesi, format çeşitlilikleri ile, editöryal ve derleme yazıları gibi kişisel görüş içeren yazılarla, araştırma yazıları arasındaki denge üzerinde olur (Huth 2005, s. 17). Bayık'ın belirttiği üzere, ABD'de Anderson ve ark. 1999 yılından bu yana 78 dergide 241 araştırma makalesi arasında araştırmalara %51.4 oranında yer verildiğini belirlemişlerdir (Bayık 2004, S 73). Çalışmamızda, dergideki yayınların yaklaşık yarısının (%46.4'ünün) araştırma, %40.6'sının makale, %12.4'ünün hemşirelik literatüründen özetler, %0.6'sının ise hemşirelik literatüründen özetler olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Bir raporda kaynak sayısından çok kaynakların niteliği önemlidir. Bir araştırma projesinde 5-10, tezlerde 20-40 kaynak kullanımı yeterlidir. Gerek görüldüğünde bu sınırlar aşılabilir ancak abartıya kaçılmamalıdır. Yeterli sayıda yerli kaynak kullanımına özen gösterilmeli ve yayım tarihi son 5-10 yılı kapsayanlar yeğlenmelidir (Görak 2002, 258).

Yayın yılı ile kullanılan kaynak sayısı arasında bir ilişki olduğu ve yıllar ilerledikçe, kullanılan toplam kaynak sayısının arttığı saptanmıştır. Bu sonuç, yıllar ilerledikçe kaynak sayısının sayısal olarak artmasına ve bu kaynaklara ulaşılabilirliğinin artmasına bağlanabilir. Dergi hakemli olduktan sonra daha az sayıda derleme makale yayımlanmıştır. Dergi hakemli olduktan sonra yayınlanan yazılarda yabancı kitabın ve raporların kaynak olarak gösterilmesi azalmış, ancak gazete/resmi gazete/ internetin ve tezlerin/projelerin kaynak olarak gösterilmesi artmıştır (Tablo 11). Bu sonuç, son yıllarda meslekte lisansüstü eğitim yapan bireylerin artmasına bağlı olarak tez/proje sayısının artmasına ve bunlara erişim olanaklarının da artmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda gazete/resmi gazete/ internet, aynı kaynak türü olarak ele alınmıştır. Ancak internete erişim olanağı tarihinden önceki bu kaynak türü gazete iken, erişim olanağı başladığı tarihten sonraki yayınlarda, bu kaynak türü sadece resmi gazete ve internettir. Bu gruptaki kaynakların tek grup altında değerlendirilmesi, çalışmanın güçsüz yönü olarak düşünülebilir.

Hemşire araştırmacıları araştırmalarının sonuçlarını hedef kitleye iletebilmesi ve uygulamaya dönüştürebilmesi, mesleki bilimsel dergiler, konferans ve benzeri toplantılarla, duyurularıyla gerçekleşebilmektedir. Ulusal kongrelerin yanı sıra, mesleki alanda sık sık düzenlenen sempozyum ve benzeri toplantılarla, hemşirelere araştırma faaliyetlerini sunma olanağı doğmuştur (Bayık 2004). Çalışmamızda kullanılan kaynakların %7.82'si (n=1097) kongre/sempozyum bildiri kitabıdır. Bu oldukça yüksek bir orandır ve hemşirelikte bu tür bilimsel toplantıların oldukça sık yapılmasına bağlanabilir.

SONUÇLAR

- ✓ İncelenen dergi ülkemizde hemşirelik alanındaki bilimsel çalışmaları yayınlamaya, ülkemizdeki hemşire akademisyenlere ve yayın yapan hemşirelere hizmet vermektedir.
- ✓ İncelenen dergi 26 yıllık süreç içinde bir özel sayı dahil 9119 bilimsel sayfa basarak hemşirelik alanında önemli bir bilgi birikimine yol açmıştır.
- ✓ Dergi hakemli olduktan sonra daha az sayıda derleme makale yayımlanmıştır.
- ✓ Dergi hakemli olduktan sonra yayınlanan yazılarda yabancı kitabın, ve raporların kaynak olarak gösterilmesi azalmıştır, ancak gazete/internetin ve tezlerin/projelerin kaynak olarak gösterilmesi artmıştır.
- ✓ Derleme yazılara oranla araştırma yazılarında daha fazla sayıda kaynak gösterilmiştir.

Dergi son bir yıl içinde Türk Atif Dizinine girmiştir, Türk Tıp Dizinine girmek üzere de başvurmuş olup sonuç beklemektedir. Bu alandaki olumlu gelişmelerin, derginin yayın yaşamına daha nitelikli olarak devam etmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

KAYNAKLAR

- Bayık A.(2004) Hemşirelik araştırmalarına kalite yaklaşımı, II. Ulusal Hemşirelik Araştırma sempozyumu, 8-10. Nisan 2004, Hemarge, Odak ofset, Ankara, 61-79.
- Görak G (2002) "Araştırma Raporu Hazırlama" Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri, (Editör : İnci Erefe), Odak ofset, İstanbul.
- Huth EJ. (2005) (Çev: Hasay Doğruyol) Tıpta bilimsel Yayın Hazırlama Teknikleri. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

MORSE DÜŞME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI VE DUYARLILIK-SEÇİCİLİK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

ADAPTATION OF MORSE FALL SCALE TO TURKISH AND DETERMINATION OF SENSITIVITY AND SPECIFICITY

Nurşah YILMAZ DEMİR Şeyda SEREN İNTEPELER

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Araştırma, Morse Düşme Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak ve duyarlılık-seçicilik düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve metodolojik tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örnekleme, bir üniversite hastanesinin Gastroenteroloji-Endokrinoloji (Dahiliye 1-2), Nefroloji (Dahiliye 3-4), Göğüs Hastalıkları, Özel Katlar (Özel Kat 1-2) ve Genel Cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören 691 hasta alınmıştır. Ölçeğin geçerlik-güvenirlilik çalışması için 291 hasta, ölçeğin duyarlılık-seçicilik düzeyinin belirlenmesine yönelik ise 400 hasta örneklem kapsamına alınmıştır. Veriler 'Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bilgi Formu' ve düşme risk tanılama aracı olan 'Morse Düşme Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı analizler, Kendall W uyum testi, Wilcoxon, Spearman Korelasyon, Kappa analizleri, duyarlılık-seçicilik analizleri ve ROC eğrisi kullanılmıştır.

Bulgular: Ölçeğin dil geçerliğinde, altı uzman tarafından Türkçe'ye çevirisi ve altı uzman tarafından da tekrar İngilizce'ye çevirisi yapılmıştır. Kapsam geçerliği için beş uzmandan görüş alınmış ve yapılan analizde uzman puanlarının uyumlu olduğu görülmüştür (Kendall's W: .400, p: .075). İç tutarlık güvenirlik katsayısı .55 olarak bulunmuştur. Madde analizi sonucu madde-toplam puan korelasyon katsayıları r: .33 ile .64 arasında ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<.001). Ölçeğin kesim skoru 52.5'e göre duyarlılık düzeyi %57.5, seçicilik düzeyi ise %79.7 olarak bulunmuştur. Yapılan ROC analizinde eğri altında kalan alan (.771) istatistiksel olarak anlamlıdır (p: .000).

Sonuç: Morse Düşme Ölçeği'nin geçerli ancak düşük güvenirlikte bir araç olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin yüksek düşme riskine sahip hastaları etkin tanılamadığı saptanmıştır. Ölçeğin duyarlılık ve seçicilik çalışmasının daha büyük bir hasta örnekleminde yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Düşme, düşme risk tanılama, Morse Düşme Ölçeği, geçerlik, güvenirlik, duyarlılık, seçicilik.

ABSTRACT

Objective: This study has been made for the purpose of adaptation of Morse Fall Scale to Turkish and determination of sensitivity and specificity.

Methods: The study was conducted cross-sectional, descriptive and methodological design. Sample of the study, Gastroenterology-Endocrinology (Internal 1-2), Nephrology (Internal 3-4),

Chest Diseases, Custom Floors (Custom Floors 1-2), General Surgical clinic of a university hospital 691 patients were included who had been hospitalized. Validity and reliability of the scale for the 291 patients, the scale for determining the level of sensitivity-specificity of the 400 patients were included in the sample. Data 'Socio-demographic Characteristics on the Data Sheet', fall risk assessment tool, 'Morse Fall Scale' were used. Analysis of the data, descriptive analysis, Kendall W conformity test, Wilcoxon, Spearman's correlation, kappa analysis, the sensitivity-specificity analysis and ROC curve was used.

Results: *The scale was translated into Turkish by six experts and re-translated into English by six experts for the language validity. For the content validity opinions of five experts were obtained and following an analysis, the scores of the experts were found to be consistent with each other (KW: .400, p: .075). The internal consistency reliability coefficient was .55 for the scale. As a result of the item analysis, the item total score correlation coefficients were found to be statistically significant ranging between r: .33-.64 (p< .001). The scale had a sensitivity of 57.5% and a specificity of 79.7% when the cut-off point was determined at 52.5. As a result of receiver operating characteristic (ROC) analysis curve under (.771) were found to statistically significant (p: .000).*

Conclusion: *Morse Fall Scale was determined to be valid, but low reliability of a tool. Patients with high risk of falling does not identify the scale was effective. Sensitivity and specificity of the scale of a larger study sample of patients is recommended.*

Key Words: *Fall, fall risk assessment, Morse Fall Scale, validity, reliability, sensitivity, specificity.*

GİRİŞ

Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu'na göre hastanede yatan her hasta hastanede kaldığı süreç boyunca düşme riskine sahiptir (Geller ve Guzman, 2005). Düşme, aniden, kasıtsız olarak bireyin bulunduğu alandaki pozisyonunun daha alçak bir alana, nesneye, zemin ya da bir yüzeye hareket etme durumudur (The Victorian Quality Council- VQC, 2004).

Hasta düşmeleri, hastanelerde bulunan hastalarda önemli bir sağlık sorunu, sağlık organizasyonları için de ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Chow ve ark., 2007). Dünyada düşme sıklığı 65 yaş ve üstü yaş grubundaki hastalar için %30 oranındadır. Amerika'da 70 yaş ve üstü yaş grubu için düşmeler beşinci ölüm nedeni olarak gösterilmektedir (Hill-Rom Services, 2006). Ülkemizde ise düşmeler 50-64 yaş grubu için %3.4 (Karataş ve Maral, 2001), 65-79 yaş grubu için %55, 80 yaş ve üstü yaş grubu için ise %54 oranında bulunmuştur (Karadakovan ve Yeşilbakan, 2005).

Hastaların hastanede yattığı süre boyunca düşme riski düzeylerinin tanınması önem taşımaktadır. Düşme riskini tanımanın amacı, hastaların düşme riskinin yönetiminin sağlanmasıdır (Kim ve ark., 2007). Düşme riski düşük, orta ve yüksek risk olarak sınıflandırılmaktadır. Düşme risk düzeyleri, düşme riski ölçüm araçlarının belirlemiş olduğu faktörlere göre değerlendirilmektedir (VQC, 2004).

Sağlık organizasyonlarında hastaların düşme riskinin doğru olarak tanınması etkin önlemlerin alınmasına olanak sağlayacaktır (Adamski ve ark., 2007). Sağlık bakımı organizasyonu için düşmelerin önlenmesi etkin düşme önleme programlarının oluşturulması ile gerçekleşecektir (Kim ve ark., 2007).

Düşme risk tanılama araçları; düşme insidanslarını ve düşmelerin şiddetini azaltmak, yürüme ve var olan fonksiyonel durumu iyileştirmek, düşmeye neden olan

faktörleri belirlemek ve kontrol altında tutmakla beraber, sağlık personelinin düşmeler konusunda bilinçlenmesini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Adamski ve ark., 2007; Hill-Rom Services, 2006; JCI, 2008; Kim ve ark., 2007; Registered Nurses' Association Ontario- RNAO, 2007).

Hastanelerde sadece puanlama yöntemi ile düşme riskini tanılayan araçlar kullanılmakta ve bu sayede hastaların düşmeleri engellenebilmektedir (Kim ve ark., 2007). Doğru düşme riskini tanılayan araç, düşme riskleriyle birlikte hastayı tanımlar, ileride düşebilecek ya da düşmeyecek hastaları belirler. Bu araçlar risk faktörlerini en aza indirerek önleme stratejilerinin geliştirilmesini ve düşmeyi önleyen kaynakların uygun kullanılmasını destekler (Adamski ve ark., 2007; Perell, 2002).

Literatürde çok sayıda yer alan, düşme riskini tanılayan araçlar bulunmaktadır. Bu araçlardan bazıları aşağıda belirtilmiştir:

HFRM II (Hendrich Fall Risk Model II): Hendrich II Düşme Risk Ölçeği yedi faktörü içermektedir. Bu faktörler konfüzyon/dezoryantasyon, depresyon, boşaltımda değişim, baş dönmesi, cinsiyet, antiepileptik/benzodiyazepin kullanımı ve kalkma yürüme testidir. Ölçekte beş ve üzeri puan alan hastalar yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir (Hendrich ve ark., 2003).

STRATIFY (St Thomas's Risk Assessment Tool): St Thomas Risk Değerlendirme Aracı, yatarak tedavi gören düşme için risk taşıyan yaşlı hastalarda kullanılmaktadır. Bu araçta yer alan faktörler; düşme hikayesinin bir şikayet biçiminde sunulması, mental durumda konfüzyon, dezoryantasyon ve ajitasyonun bulunması, görme bozukluğu, sık tuvalete gitme ihtiyacı, transfer ve yürüyüştür. Her madde bir puanla değerlendirilmektedir. Eğer hasta ölçekte üç ve üzeri puan alırsa, düşme yönünden riskli değerlendirilmektedir (Oliver ve ark., 1997).

FRAT (Fall Risk Assessment Tool): Düşme Riski Değerlendirme Aracı, ilk kez 1999 yılında Peninsula Sağlık Merkezi'nin Düşmeleri Önleme Birimi tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin değişerek geliştirilen en son hali üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanın, düşme hikayesi, kullandığı ilaçlar, psikolojik ve mental düzeyi yönünden düşme risk durumu düşük, orta ve yüksek olarak belirlenir. İkinci bölümde, risk faktörleri kontrol listesi oluşturulur, üçüncü bölümde; hareket planı oluşturularak birinci ve ikinci bölümdeki problemler tanılanır. Her probleme yönelik riski en aza indirmek için stratejiler belirlenir. Son olarak ölçeğin tekrarını içermeyen, hastanın mevcut durumunda ya da uygulanan stratejilerde değişime yönelik bir ihtiyacın ve dikkat edilmesi gereken ek stratejilere gereksinim olup olmadığı yönünde değerlendirme yapılır (Aged Care in Victoria- ACV, 2005).

MFS (Morse Fall Scale): Morse Düşme Ölçeği, Türkiye'deki hastanelerde en fazla tercih edilen ve hemşirelik mesleği açısından hasta düşme risklerini tanılamaya yönelik kullanılan etkin ve kolay bir düşme riski ölçüm aracıdır (Birtan, 2009). Ölçek, düşme riskini tanılayan altı kriterden (düşme hikayesinin varlığı, ikincil tanı, mobilizasyon desteği, intravenöz yol varlığı ya da heparin kullanımı, yürüyüş/transfer ve mental durum) oluşmaktadır. Hemşirelerin %82.9'u Morse Düşme Ölçeği'nin kullanımının kolay ve çabuk olduğunu belirtirken, yine hemşirelerin %54'ü bu ölçeği

kullanırken hastaya üç dakikadan daha az bir zaman ayırarak düşme risklerini tanıladıklarını belirtmişlerdir (Morse, 1997). Ölçek ilk kez 1985 yılında Janice M. Morse tarafından 100 düşen hasta ve randomize kontrollü seçilen 100 düşmeyen hasta ile yapılan çalışma ile geliştirilmiştir. Aracın ilk gelişiminde duyarlılık ve seçicilik durumları incelenmemiştir. Perell ve arkadaşlarının (2001) ve Myers'ın (2003) çalışmalarında yer alan araştırma sonuçlarına göre; Morse'ın 1986 yılındaki araştırmasında aracın duyarlılığı %78, seçiciliği %83, pozitif tahmin oranı %10, negatif tahmin oranı %99, Morse ve arkadaşlarının 1989 yılındaki çalışmasında ise aracın duyarlılığı %70, seçiciliği %76, pozitif tahmin oranı %11, negatif tahmin oranı %98 olarak bulunmuştur (Morse, 1986; Morse ve ark., 1989; Myers 2003 :s. 225'deki alıntı, Perell ve ark.: s. 764'deki alıntı).

Chow ve arkadaşlarının (2007) araştırmalarında, ölçeğin kesim skoru 45 olarak alındığında, ölçeğin yüksek düşme riskine sahip hastaların düşme olasılığını (duyarlılık) %31, düşük/orta düşme riskine sahip hastaların düşmeme olasılığını (seçicilik) %83 oranında saptadığı bulunmuştur. Schwendimann'ın (2006) araştırmasında ise kesim skoru 55'e göre ölçeğin yüksek düşme riskine sahip hastaların düşme olasılığını (duyarlılık) %74.5, düşük düşme riskine sahip hastaların düşmeme olasılığını (seçicilik) %65.8, yüksek düşme riskine sahip olan hastaların içinde gerçek düşenleri %23.3, düşük düşme riskine sahip hastaların içinde gerçek düşmeyenleri %94.9 oranında tanıladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hastalara ölçek uygulandığında, 0-24 arası puan aldıysa, hasta düşme açısından düşük risk grubundadır ve temel önlemlerin alınması yeterlidir. Hasta için 25-50 arası puanlama yapıldı ise hasta orta risk taşımaktadır ve standart düşme önleme girişimlerinin uygulanması gerekmektedir. Eğer hastaya 51 ve üzeri bir puanlama yapıldı ise hasta yüksek riskli grupta yer almaktadır ve yüksek riskli düşme önleme girişimleri uygulanmalıdır (Morse, 1997; Morse, 2009).

Hastanelerde birçok farklı alanlarda çalışan hemşireler, hastaların düşmelerinin engellenmesine yönelik oluşturulan ekibin içinde, yine farklı çalışma alanlarıyla hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik etkin rol alırlar (Adamski ve ark., 2007). Hemşire hastalar için düşme hikayesini, riskli ilaçlarını, denge durumlarını, duyuşsal problemlerini saptayarak düşme risklerine yönelik mobilizasyonlarında yanında olma, diğer ekip üyelerini bilinçlendirme, çevresel düzenlemeleri sağlama, düşme verileri toplayarak analizlerini yapma gibi sorumluluklara sahiptir (Adamski ve ark., 2007; Healey, 2010; RNAO, 2007).

Hastaneye ilk yatışta hastaların düşme risk ölçüm araçları ile düşme risklerinin tanımlanması, hemşireye hasta hakkında yatıştan taburculuğa kadar bilgi sağlamaktadır (Adamski ve ark., 2007; Perell, 2002). Düşme riskini belirleyen araçların seçiminde aracın geçerlik-güvenirlik ve duyarlılık-seçicilik sonuçları, ileride olabilecek düşmeleri tahmin edebilme ve buna yönelik önlemleri alabilme açısından önemlidir (VQC, 2004).

AMAÇ

Düşme riskini tanılayan araçların duyarlılık ve seçicilik çalışmalarının yapılmaması nedeniyle bu araçlar klinik yarar sağlamada yetersiz kalmaktadır (O'Connell ve Myers, 2001). Ülkemizde Hendrich II Düşme Risk Ölçeği ve DENN Düşme Risk Değerlendirme Skalası dışında, düşme riskini tanılamada kullanılan ölçeklerin doğruluğunu test eden çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca birçok kurumda Morse Düşme Ölçeği kullanılmasına rağmen, bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği test edilmemiştir. Bu nedenle düşme riskini tanılayan araçların etkinliğini değerlendiren çalışmalar ve bilgiye gereksinim vardır. Hemşirelik hizmetlerinin düşme riskini tanılamada kullanacağı araca karar vermeleri açısından yol gösterici olacağı düşünülen bu araştırma; Morse Düşme Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak ve duyarlılık-seçicilik düzeyini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel, tanımlayıcı ve metodolojik tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir'de bir üniversite hastanesinin Gastroenteroloji-Endokrinoloji (Dahiliye 1-2), Nefroloji (Dahiliye 3-4), Göğüs Hastalıkları, Özel Katlar (Özel Kat 1-2) ve Genel Cerrahi kliniklerinde yapılmıştır. Bu kliniklerin seçilme nedeni, son iki yılda araştırmanın yürütüleceği hastanede düşmelerin en fazla rapor edildiği klinikler olması ve literatürde dahili (%6.5-%59) ve cerrahi (%8.9-%34) kliniklerde düşme oranlarının yüksek oranlara sahip olmasıdır (Hitcho ve ark., 2004; Hsu ve ark., 2004; Kim ve ark., 2007). Araştırma Haziran 2009-Mayıs 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneğine araştırmanın yapılacağı kliniklerde yatan ve araştırmada yer almayı kabul eden tüm hastalar alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü kliniklerde altı ay boyunca toplam 691 hastaya ulaşılmıştır. Araştırmada, ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması için 291 hasta, ölçeğin duyarlılık-seçicilik düzeyinin belirlenmesi için ise 400 hasta örneklem kapsamına alınmıştır. Ölçeğin duyarlılık-seçicilik düzeyi için araştırmada belirlenen kliniklerde yatan hastalar çalışma sürecinde, hastaneye yattıkları ilk günden taburculuklarına kadar izlenmiş, toplamda 3261 risk tanılama yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak, sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgi formu ve düşme risk tanılama aracı olan Morse Düşme Ölçeği (Morse Fall Scale) kullanılmıştır.

Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgi formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda yaş, cinsiyet, klinik ve yatış süresi yer almaktadır.

Morse Düşme Ölçeği: Morse tarafından 1985'te geliştirilen ölçek, düşme riskini tanıyan altı kriterden (düşme hikayesinin varlığı, ikincil tanı, mobilizasyon desteği, intravenöz yol varlığı ya da heparin kullanımı, yürüyüş/transfer ve mental durum) oluşmaktadır. Bu düşme riski tanılama aracının kriterlerine göre hasta 25 puandan az puanla değerlendirildiyse; düşme için düşük risk grubunda, 25-50 arasında bir puanla değerlendirildiyse; düşme için orta risk grubunda, 51 ve üzeri puanla değerlendirildiyse; düşme için yüksek risk grubunda bulunmaktadır.

Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından veri toplama araçları yardımı ile örnekleme alınan hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Morse Düşme Ölçeği belirlenen kliniklerdeki hastalara, hastaneye yattıkları ilk günden taburculuklarına kadar her gün uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS-15 (Statistical Package for Social Sciences) programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler, Morse Düşme Ölçeği'nin geçerlik çalışması için, kapsam geçerliliğine yönelik Kendall W uyum testi, güvenilirlik için ise, bağımsız gözlemciler arası uyuma yönelik Wilcoxon, Spearman Korelasyon, Kappa analizleri yapılmış, iç tutarlık için cronbach alfa değeri incelenmiştir. Düşme riski olan hastaları ayırt etmek amacıyla da duyarlılık-seçicilik analizleri ve ROC eğrisi kullanılmıştır.

Araştırma Etiği

Araştırmada kullanılan Morse Düşme Ölçeği'ni geliştiren Janica M. Morse'dan izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan da araştırmanın amacı anlatılarak yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurum yönetiminden ve etik kurulundan izinler alınmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Örnekleme alınan hastaların %51.5'i kadın, %48.5'i erkektir. Kadınların %20.9'unda, erkeklerin ise %19.1'inde düşme görülmüştür. Düşmeler 17-59 yaş grubunda %2.2 oranında, 60 yaş ve üzeri grupta ise %34.5 oranındadır. Örneklem grubunda ele alınan kliniklerde en çok düşen hastalar sırasıyla, göğüs hastalıkları, özel katlar, dahiliye (Gastroloji-Endokrinoloji - Dahiliye 1-2, Nefroloji-Dahiliye 3-4) ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalardır. Hastanede 0-7 gün arası yatan hastalarda %20.8, 8-14 gün arası yatan hastalarda %21.3, 15 gün ve üzerinde yatan hastalarda %15 oranında düşmeler görülmüştür. Araştırma süresince düşen toplam hasta sayısı 80'dir.

Morse Düşme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular

Dil Geçerliği

Ölçeğin dil geçerliği araştırma sürecinde önemli bir yere sahiptir. Ölçeğin çevirisini yapacak olan çevirmenler her iki dili akıcı bir şekilde kullanan, çeviri konusunda bilgi ve deneyime sahip ve her iki kültürü de iyi bilen kişiler olmalıdır (Erefe, 2002).

Morse Düşme Ölçeği'nin dil geçerliğinin yapıldığı bu aşamada ölçek, her iki dili iyi bilen dil bilimci ve konunun uzmanı beş akademisyen tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. En uygun ifadeler seçildikten sonra ölçek, her iki dili de iyi bilen bir akademisyen, bir dil bilimci ve konunun uzmanı dört akademisyen tarafından Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin literatüre uygun olarak dil çevirileri yapılmış, dil eşdeğerliği sağlanmış ve çevrilen ölçeğin kültürel eşitliği sağladığı görülmüştür.

Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği ölçüm aracının, ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını incelemekle ilgilenir. Dilde eşdeğerliği sağlanan ölçeğin, ifadelerin ölçülmek istenilen özelliği temsil edip etmediğini belirlemek için konuyla ilgili uzmanların görüşlerine sunularak uzmanların her bir madde için 1-4, 1-5 ya da 1-10 gibi belirlenen puanlar arasında değerlendirme yapması sağlanır. Uzman sayısı 3-20 arasında değişebilmekle beraber uzmanlar arası görüş birliği olması beklenir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2002). Uzmanlar her maddeye 1 (Hiç uygun değil) ile 10 (en uygun) arasında puan vermişlerdir. Uzman görüşleri Kendall's W İyi Uyuşum Katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Morse Düşme Ölçeği'nin kapsam geçerliği için maddelerin uygunluğu konusunda uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi amacıyla Kendall's W iyi uyum analizi yapıldığında, uzmanlar arasında uyumun olduğu görülmüştür (Kendall's W: .400, p: .075). Kendall's W iyi uyum analizinde p değerinin anlamlı çıkması ($p < .05$) uzman görüşleri arasında uyumun olmadığını, anlamsız ($p > .05$) çıkması ise uyumun olduğunu gösterir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bu çalışmada, uzmanlar arası görüş birliğinin olduğu, bir bütün olarak Morse Düşme Ölçeği'nin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen alanı yansıttığı ve içerik geçerliğinin sağlandığı görülmektedir.

Güvenirlilik Analizleri

Ölçeğin taşınması gereken özelliklerden birisi olan güvenirlilik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir. Güvenilir bir aracın sağladığı ölçüm değerleri içinde yanılığın olmaması istenir. Güvenirlilik, değişik istatistiksel yöntemlerle hesaplanmış bir korelasyon katsayısı ile belirlenir ve sıfır ile bir arasında değişen değerler alır. Korelasyon sayısı bire yaklaştıkça (+/- 1) güvenirliliğin yüksek olduğu benimsenir (Ercan ve Kan, 2004; Erefe, 2002).

Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum

Bu güvenirlilik ölçütü, araştırmacının bağımsız ölçümler arasında eşitlik aradığı durumlar için uygulanan bir güvenirliliktir (Erefe, 2002). Gözlemciler arası tutarlılığı test etmek için 30 hasta aynı anda iki gözlemci tarafından değerlendirilmiştir.

Eşzamanlı yapılan ölçümden elde edilen iki gözlemcinin puan ortalamaları Wilcoxon testi ile karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > .05$). Eşzamanlı yapılan ölçümden elde edilen

iki gözlemcinin puan ortalamaları Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, ilişki katsayısının r_s : .98, pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$). İki gözlemcinin sonuçları arasında fark olmaması, aynı sonucun alındığını, ölçeğin geçerliğinin iyi olduğunu gösterir. Farklı kişiler, aynı koşullarda ve zamanda, aynı ya da çok benzer sonuca ulaşıyorlar anlamına gelmektedir.

Güvenirliliği test etmede altı madde ve toplam puan için iki gözlemcinin puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde, ilişki katsayısının r_s : .87 ile 1.00 arasında, pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$). İki gözlemcinin puanlarının birbirine çok paralel olduğu, bir gözlemcinin hastalara düşme riski için verdiği puan arttıkça diğer gözlemcinin puanının da arttığı görülmüştür. Bu istenen bir sonuçtur, iki gözlemcinin ölçüm sonuçlarının tutarlılığını göstermektedir.

Tablo 1: Morse Düşme Ölçeği ve Maddelerinin Gözlemciler Arasındaki Tutarlılık Sonuçları: Kappa Analizi (n: 30)

Ölçek Maddeleri		İkinci Gözlemci		Toplam	
		Yok	Var		
1. Düşme Hikayesinin Varlığı	Birinci Gözlemci	Yok	28	0	28
		Var	0	2	2
	Toplam		28	2	30
	Kapa Testi / p değeri		1.00	.000	
2. İkinci Tanı	Birinci Gözlemci	Yok	13	1	14
		Var	1	15	16
	Toplam		14	16	30
	Kapa Testi / p değeri		.87	.000	
4. IV Yol Varlığı/ Heparin Kullanımı	Birinci Gözlemci	Yok	10	0	10
		Var	0	20	20
	Toplam		10	20	30
	Kapa Testi / p değeri		1.00	.000	
6. Mental Durum	Birinci Gözlemci	Oryante	29	0	29
		Konfüze/Dezoryante	0	1	1
	Toplam		29	1	30
	Kapa Testi / p değeri		1.00	.000	

Morse Düşme Ölçeği ve maddelerinin gözlemciler arası tutarlılık sonuçları Tablo 1’de yer almaktadır. Ölçeğin birinci, ikinci, dördüncü ve altıncı maddelerinin cevapları iki seçenekli olduğu için tabloda bir arada alınmıştır. Morse Düşme Ölçeği’nin gözlemciler arası tutarlılığı Kappa analizi ile değerlendirildiğinde, iki gözlemcinin sonuçları arasında mükemmel tutarlılığın olduğu belirlenmiştir (**Kappa değeri 2. madde için K: .87, 1., 4. ve 6. madde için K:1.00, $p < .001$**).

Tablo 2: Morse Düşme Ölçeği ve Maddelerinin Gözlemciler Arasındaki Tutarlılık Sonuçları: Kappa Analizi (n: 30)

Ölçek Maddeleri			İkinci Gözlemci			Toplam		
			Yatak İstirahati/Hemşire Yardımı	Koltuk Değneği/Baston/Yürüteç	Destek Mobilya			
3. Mobilizas	Birinci Gözlemci	Yatak İstirahati/Hemşire Yardımı	24	0	0	24		
		Koltuk Değneği/Baston/Yürüteç	0	5	0	5		
		Destek Mobilya	0	0	1	1		
		Toplam	24	5	1	30		
				Kappa Testi / p değeri		.00	.000	
			Normal/Yatakta/İmmobil	Denge Durumu Zayıf	Dengesini Sağlayamaz	Toplam		
5. Yürüyüş/Transfer	Birinci Gözlemci	Normal/Yatakta/İmmobil	25	0	0	25		
		Denge Durumu Zayıf	0	4	0	4		
		Dengesini Sağlayamaz	0	0	1	1		
		Toplam	25	4	1	30		
				Kappa Testi / p değeri		1.00	.000	

Morse Düşme Ölçeği ve maddelerinin gözlemciler arası tutarlılık sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir. Ölçeğin üçüncü ve beşinci maddelerinin cevapları üç seçenekli olduğu için tabloda bir arada alınmıştır. Morse Düşme Ölçeği'nin gözlemciler arası tutarlılığı Kappa analizi ile değerlendirildiğinde, iki gözlemcinin sonuçları arasında mükemmel tutarlılığın olduğu belirlenmiştir. (**Kappa değeri 3. ve 5. madde için K:1.00, p<.001**).

Morse Düşme Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre hastalar düşme riskine göre gruplandırılmıştır. Düşme riski gruplarına göre gözlemciler arası tutarlılık Kappa analizi ile değerlendirildiğinde, iki gözlemcinin sonuçları arasında mükemmel tutarlılığın olduğu belirlenmiştir (K: .94, p<.001).

İç Tutarlık

Ölçme aracındaki maddeler ya da alt boyut toplam puanları ile ölçek toplam puanları arasındaki anlamlı korelasyon katsayıları, iç tutarlık göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu şekilde oluşturulmuş bir ölçme aracının maddeleri çoğunlukla aynı yönde bir ayırım yapmış ise bu aracın yüksek iç tutarlığa sahip olduğunu göstermekte ve aracın yapı geçerliği için de kanıt olmaktadır (Tavşancıl, 2002). Alfa katsayısı 0.40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, 0.40-0.59 arası düşük güvenilirlikte, 0.60-0.79 arası oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Akgül, 2005). Morse Düşme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması çalışmasında iç tutarlık güvenilirliği için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha = .55$ olarak bulunmuştur.

Morse Düşme Ölçeği'nin iç tutarlık güvenilirlik düzeyi düşük bulunmuştur. Morse Düşme Ölçeği'nin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Morse (1989) tarafından .16,

Chow ve arkadaşları (2007) tarafından ise .26 olarak belirlenmiştir (Morse, 1989; Chow ve arkadaşları, 2007: s. 562'deki alıntı). Araştırmadan elde edilen cronbach alfa güvenilirlik katsayısı literatürden yüksek saptanmasına rağmen, bu araştırmada düşük güvenilirlikte bulunmuştur. Tam likert tipi bir ölçek olmayan Morse Düşme Ölçeği, hem seçenek sayısı hem de puanların sınırları eşit olmadığından bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir.

Madde seçmede ya da uyumunu değerlendirmede madde-toplam puan korelasyonlarının düzeyi önemli bir kriterdir. Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının yeterlilik düzeyi kaynaklara göre değişiklik göstermektedir. En az .20 olması gerektiğini belirten kaynaklar da vardır, ancak .25 en kabul gören değerdir. Bazı çalışmalarda güvenilirliğin daha güçlü olması için bu değer .30 olarak kabul edilir. Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise, maddelerin güvenilirliği o kadar iyidir (Akgül, 2005).

Morse Düşme Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması için altı maddenin madde-toplam puanları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon analizi ile incelendiğinde, maddelerin korelasyon güvenilirlik katsayılarının r: .33 ile .64 arasında, pozitif yönde ve ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .001$).

Morse Düşme Ölçeği'nin Duyarlılık - Seçicilik Çalışmasına İlişkin Bulgular

Bir ölçme aracının yakınlaşım-ayrışım geçerliliğini belirlemede kullanılan bir başka yöntem de, ölçümün duyarlılık ve seçicilik düzeylerini saptamaktır. Bu yaklaşım özellikle bir tanı koyma aracı geliştiriliyor ise önem taşımaktadır (Erefe, 2002).

Tablo 3: Hastaların Düşme Riski Düzeyine Göre Düşme Olayının Gerçekleşme Durumu (n: 3261)

Düşme Riski Düzeyine Göre Gruplar	Hastaların Düşme Durumu		Toplam
	Düşme Yok n (%)	Düşme Var n (%)	
Orta/Düşük Risk (0-50 puan)	2536 (98.7)	34 (1.3)	2570 (78.8)
Yüksek Risk (51 puan ve üzeri)	645 (93.3)	46 (6.7)	691 (21.2)
Toplam	3181 (97.5)	80 (2.5)	3261

Hastaların düşme risk düzeylerine göre düşme olayının gerçekleşme durumu Tablo 3'de gösterilmiştir. Hastalarda 3261 düşme riski tanınması yapılmış olup 80 düşme saptanmıştır. Yüksek düşme riski 691 kez tanınmış olup içlerinden 46 düşme gerçekleştiği, orta/düşük düşme riski 2570 kez tanınmış olup içlerinden 2536 düşme gerçekleşmediği bulunmuştur.

Tablo 4: Morse Düşme Ölçeği'nin Farklı Sınır Değerleri İçin Elde Edilen Duyarlılık ve Seçicilik Değerleri

Kesme Puanı (Puana eşit ya da büyük ise düşme gerçekleşenler)	Duyarlılık	1- Seçicilik
-1.00	1.0	1.00
7.50	1.0	.92
17.50	.95	.68

22.50	.93	.59
27.50	.90	.57
32.50	.90	.57
37.50	.75	.33
42.50	.63	.27
47.50	.60	.25
52.50	.58	.20
57.50	.58	.19
62.50	.43	.11
67.50	.34	.07
72.50	.25	.05
77.50	.20	.03
82.50	.15	.03
87.50	.08	.02
92.50	.06	.01
97.50	.03	.01
102.50	.00	.00
107.50	.00	.00
111.00	.00	.00

Morse Düşme Ölçeği'nin farklı kesim skoru (üst limit- cut-off) değerlerinde düşme durumunu saptama, duyarlılık ve seçicilik değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar Tablo 4'de verilmiştir. Morse Düşme Ölçeği'nin kesim skoru 52.5'a göre yüksek düşme riskine sahip hastaların düşme olasılığı (duyarlılık) %57.5, düşük düşme riskine sahip hastaların düşmeme olasılığı (seçicilik) %79.7 olarak bulunmuştur.

Duyarlılık-Seçicilik, Pozitif Tahmin Değeri-Negatif Tahmin Değeri hesaplanması;

Gerçek Pozitif: Düşme görülen hastalar (düşme riski de yüksek olanlar) = 46

Gerçek Negatif: Düşmeyen hastalar (düşme riski düşük/orta düzeyde olanlar) = 2536

Yanlış Pozitif: Düşmeyen, ancak yüksek düşme riski olan hastalar = 645

Yanlış Negatif: Düşen ancak düşme riski düşük/orta düzeyde olan hastalar = 34

Düşme ölçeği puanlarından elde edilen gruplamaya göre düşme riski yüksek olan (51 puan ve üzeri alanlar) grup ve düşme riski düşük/orta düzeyde (0-50 puan alanlar) olan gruplarda gerçekleşen düşme durumlarına göre duyarlılık ve seçicilik oranları hesaplandığında ve kesim skoru 52.5 olarak alındığında aşağıdaki değerler elde edilmiştir.

$$\text{Duyarlılık (\%)} = \frac{\text{Gerçek Pozitif}}{\text{Gerçek Pozitif} + \text{Yanlış Negatif}} \times 100 = \frac{46}{46 + 34} \times 100$$

Duyarlılık (%) =57,5

$$\text{Seçicilik (\%)} = \frac{\text{Gerçek Negatif}}{\text{Gerçek Negatif} + \text{Yanlış Pozitif}} \times 100 = \frac{2536}{2536 + 645} \times 100$$

Seçicilik (\%) = 79.7

$$\text{Pozitif Tahmin Değeri (\%)} = \frac{\text{Gerçek Pozitif}}{\text{Gerçek Pozitif} + \text{Yanlış Pozitif}} \times 100 = \frac{46}{46+645} \times 100$$

Pozitif Tahmin Değeri (\%) = 6.65

$$\text{Negatif Tahmin Değeri (\%)} = \frac{\text{Gerçek Negatif}}{\text{Gerçek Negatif} + \text{Yanlış Negatif}} \times 100 = \frac{2536}{2536+34} \times 100$$

Negatif Tahmin Değeri (\%) = 98.6

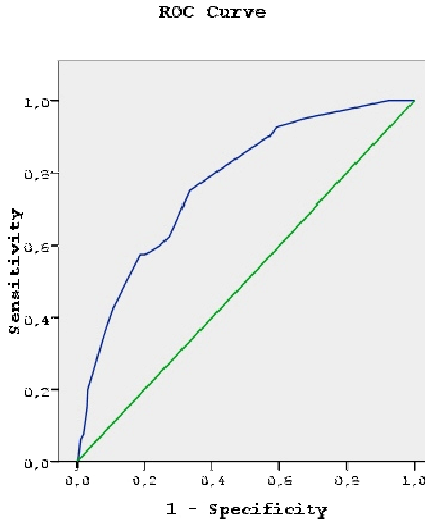
Burada altın standart yerine geçen deęiřken hastaların dūřme durumudur.

Literatürde Morse Dūřme Ölçeęi ile ilgili yapılan arařtırmalarda, yüksek dūřme riskine sahip hastalarda dūřmelerin yüksek oranda gürüldüęü ancak dūřmeyen hastaların da olduęu, düşük ve orta riskte dūřme riskine sahip hastaların yüksek oranda dūřmedięi ancak ilerinde dūřenlerin de olduęu gürülmektedir. Yapılan arařtırmaların birçoęunda ölçeęin duyarlılık düzeyi yüksek iken seçicilik düzeyi düşük bulunmuřtur (Kim ve ark., 2007; O'Connell ve Myers, 2002; Schwendimann ve ark., 2006; Schwendimann ve ark., 2007). Bu sonuçlar ölçeęin gerçekte dūřmeyen hastaları etkin tanılayamadıęını gstermektedir. Ancak bazı arařtırmalarda bunun tam tersi bir sonuç karřımıza çıkmaktadır.

Ölçeęin duyarlılık düzeyinin düşük, seçicilik düzeyinin ise yüksek olduğu araştırmalar da vardır. Bu sonuçlar, özellikle bazı araştırmaların yüksek dūřme riski taşıyan hasta grupları için geçerlidir (Chow ve ark., 2007; Morse, 1997; Kim ve ark., 2007; Schwendimann ve ark., 2006; Schwendimann ve ark., 2007). Dūřme için yüksek risk taşıyan hastaları ölçek etkin tanılayamamakta, hastalar dūřmemektedir.

Literatürde Morse Dūřme Ölçeęi'nin negatif tahmin oranı yüksek, pozitif tahmin oranı düşük olarak belirtilmektedir (Kim ve ark., 2007; Mc Collum, 1995; Morse, 1986; Morse ve ark., 1989; Myers 2003: s. 225'deki alıntı; O'Connell ve Myers, 2002; Schwendimann 2006; Schwendimann ve ark., 2006; Schwendimann ve ark., 2007). Ölçeęin dūřmeler yönünden yüksek riskli olarak tanıladıęı hastalarda gerçek dūřenlerin oranı düşük, ölçeęin dūřmeler yönünden orta ya da düşük düzeyde tanıladıęı hastalarda gerçek dūřmeyenlerin oranı yüksektir. Bu arařtırmada da literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiřtir. Ölçeęin yüksek riskli olarak tanıladıęı hastalarda gerçek dūřenlerin oranı %6.65, ölçeęin dūřmeler yönünden orta ya da düşük düzeyde tanıladıęı hastalarda gerçek dūřmeyenlerin oranı %98.6'dır.

Sinyal algılama teorisinde, alıcı işletim karakteristiği ROC (Receiver Operating Characteric) eğrisi olarak tanımlanmaktadır. ROC eğrisi, ikili sınıflandırma sistemlerinde ayırım eşik değerinin farklılık gösterdiği durumlarda, hassasiyetin kesinliğe olan oranıyla ortaya çıkmaktadır. ROC daha basit anlamda doğru pozitiflerin, yanlış pozitiflere olan kesri olarak da ifade edilebilir. ROC eğrisi değişen sınıflandırma eşik değerlerine göre doğru pozitiflerin sayısının, yanlış pozitiflerin bir fonksiyonu olarak çizilmesiyle oluşmaktadır. ROC puanı 1 (bir) olduğunda, pozitifler mükemmel bir şekilde negatiflerden ayrılmıştır anlamına gelmektedir. ROC puanı 0 (sıfır) olduğunda ise herhangi bir pozitif bulunamadı anlamına gelir. ROC eğrileri ile bir teste ait tüm duyarlılık ve seçicilik kombinasyonları gösterilebilir. ROC altında kalan alan etkinlik düzeyine bağlı olarak 0.50 ile 1.00 arasında değerler alabilecektir. Bu alan ne kadar büyükse, tanı testi o denli ayırım yeteneğine sahip olacaktır. Bu alan ROC eğrisi altında kalan alan 0.9-1 arası mükemmel, 0.8-0.9 arası çok iyi, 0.7-0.8 arası iyi, 0.6-0.7 arası orta ve 0.5-0.6 arası zayıf olarak tanımlanmaktadır (Dirican, 2001).



Şekil 1: Morse Düşme Ölçeği Puanları ile Hastaların Düşme Durumlarının ROC Grafisinde Değerlendirilmesi

Hastaların düşme ölçeği puanları ile düşme durumu arasındaki ilişki ROC analizleri ile değerlendirildiğinde, ROC eğrisi altında kalan alan (,771) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p: .000, Şekil 2). Schwendimann ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında kesim skoru 55'e göre ROC eğrisinin düşen hastalarla düşmeyen hastaları orta düzeyde ayırt ettiği sonucuna ulaşılmıştır (0.699). O'Connell ve Myers'ın (2002) araştırmasında kesim skoru 45'e göre ROC eğrisinin düşen hastalarla düşmeyen hastaları orta düzeyde ayırt ettiği sonucuna ulaşılmıştır (0.621). Schwendimann ve arkadaşlarının (2006) araştırmalarında kesim skoru 55'e göre ROC eğrisinin düşen hastalarla düşmeyen hastaları iyi düzeyde ayırt ettiği sonucuna ulaşılmıştır (0.701). Bu

araştırmada, ROC eğrisinin istatistiksel olarak iyi çıkma nedeni, duyarlılık ve seçicilik düzeyinde en iyi kesim skorunun alınması olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Morse Düşme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve duyarlılık seçicilik düzeyinin belirlenmesine yönelik yapılan bu araştırmada; ölçeğin iki dilde yazılmış formlarının dil eşdeğerliği olduğu, Türkçeleştirilen ölçek maddeleri için uzmanlar arasında görüş birliği olduğu ve içerik geçerliğinin sağlandığı, ölçeğin iç tutarlık katsayısı, örneklem grubu için cronbach alfa düzeyinin .55, düşük, ancak ölçeğin geliştirildiği çalışmadan yüksek güvenilirlik düzeyinde bulunduğu, hastaların düşme risk düzeyleri ile düşmeleri arasında ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin en iyi kesim skoru 52.5'e göre duyarlılık düzeyinin %57.5, seçicilik düzeyinin ise %79.7, ölçeğin yüksek riskli olarak tanılandığı hastalarda gerçek düşenlerin oranı %6.65, ölçeğin düşmeler yönünden orta ya da düşük düzeyde tanılandığı hastalarda gerçek düşmeyenlerin oranı %98.6 olarak bulunmuştur. Ölçeğin düşme riski yüksek olarak tanılandığı hastalar içinden düşmeyen, düşük riskte tanılandığı hastaların içlerinde düşenlerin olduğu, yapılan ROC analizinde ölçek puanları ile düşme durumu arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

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

KAYNAKLAR

- Adamski P, Bell D, Christiansen D, Fishbeck J, Johnson D, Lavin P, Little R, Pew C, Smith L. Improving fall risk assessment. (içinde) Pimenter J (ed). Good practices in preventing patient falls: a collection of case studies. USA: By Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations; 2007:17-29.
- Aged Care in Victoria (2005). Fall Risk Assessment Tool (FRAT). ACV; 2005.
- Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri 'SPSS uygulamaları'. 3. basım, Ankara: Emek Ofset., 2005; 180-396.
- Birtan D. (2009). Düşmeler. 10 Ağustos 2011 tarihinde <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/dusmeler.pdf> adresinden indirildi.
- Chow KYS, Lai KYC, Wong KST. Evaluation of the morse fall scale: applicability in chinese hospital population. International Journal of Nursing Studies. 2007; 44: 556-565.
- Dirican A. Tanı testi performanslarının değerlendirilmesi ve kıyaslanması. Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 2001; 32: 25-30.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30: 211-216.

- Erefe İ. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. 1. basım, İstanbul: 2002; 171-186.
- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 2003; 1: 3-14.
- Healey F. A guide on how to prevent falls injury in hospitals. *Nursing Older People*. 2010; 22: 16-22.
- Hendrich AL, Bender PS, Nyhuis A. Validation of Hendrich II fall risk model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. 2003; 16: 9-21.
- Hill-Rom Services. (2006). Patient falls in health care: ergonomic interventions. Hillenbrand Industry. 12 Temmuz 2011'de www.iienet2.org/uploadedfiles/ergo_community/case.../202pres.pdf adresinden indirildi.
- Geller K, Guzman J. (2005). National patient safety goals. 21 Ağustos 2011'de www.fojp.com/Focus_2005_1.pdf adresinden indirildi.
- Joint Commission International. Improving America's Hospitals The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety. Published by the Joint Commission. 2008; 1-129.
- Karadakovan A, Yeşilbakan ÖU. Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005; 8: 72-77.
- Karataş GK, Maral I. Ankara Gölbaşı ilçesinde geriatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2001; 4: 152-158.
- Kim EAN, Mordiffi SZ, Bee WH & et al. Evaluation of three fall- risk assessment tools in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60: 427-435.
- Morse JM. Preventing patient falls. 1st ed. London: SAGE Publications, 1997; 85-97.
- Morse JM. Preventing patient falls. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 2009; 53-59.
- Myers H. Hospital fall risk assessment tools: a critique of the literature. *International Journal of Nursing Practice*. 2003; 9: 223-235.
- Neyens JCL, Jicks BPJ, Haastregt JCM & et al. The development of a multidisciplinary fall risk evaluation tool for demented nursing home patients in the Netherlands. *Bio Medical Center Public Health*. 2006; 6: 1-8.
- O'Connell B, Myers H. A failed fall prevention study in an acute care setting: lessons from the swamp. *International Journal of Nursing Practice*. 2001; 7: 126-130.
- O'Connell B, Myers H. The sensitivity and specificity of the morse fall scala in an acute care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11: 134-136.
- Oliver D, Britton M, Seed P & et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *British Medical Journal*. 1997; 315: 1049-1953.
- Perell KL. Assessing the risk of falls: guidelines for selecting appropriate measures for clinical practice settings. *Journal of the American Society on Aging*. 2002; 26: 66-69.
- Queensland Health. (2003). Falls prevention. 12 Kasım 2009'da <http://rgp.toronto.on.ca/torontobestpractice/Fallspreventionandmanagementslides> adresinden indirildi.
- Registered Nurse Association of Ontario. (2007). Falls prevention building the foundations for patient safety- self learning package, nursing best practice guidelines program. 09 Eylül 2009'da www.rnao.org/Storage.asp?StorageID=1577 adresinden indirildi.
- Schwendimann R, Geest SD, Milisen K. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. *Age and Ageing*. 2006; 35: 311-313.
- Schwendimann R. (2006). Patient falls: a key issue in patient safety in hospitals. 28 Haziran 2010'da http://edoc.unibas.ch/495/1/DissB_7645.pdf adresinden indirildi.
- Schwendimann R, De Geest S, Milisen K. Screening older patients at risk for falling during hospitalization. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2007; 14: 64-65.
- Tavaşncıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 1. Basım, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım., 2002; 28-58.
- Victorian Quality Council. (2004). Minimising the risk of falls & fall related injuries, guidelines for acute, sub-acute and residential care settings. 07 Eylül 2009'da <http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/falls/guidelines.pdf> adresinden indirildi.

AİLEDE KADINININ DEĞİŞEN ROLÜNÜN ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİSİ VE AİLE MERKEZLİ BAKIMIN ÖNEMİ

THE EFFECTS OF THE CHANGING ROLE OF WOMEN IN FAMILY ON CHILD'S HEALTH AND
THE IMPORTANCE OF FAMILY-CENTERED CARE

Arş.Gör. Eda AKTAŞ* Öğr.Gör. Emel TEKSÖZ** Prof.Dr. Ayşe Ferda OCAKÇI***

*Marmara Üni.Sağl.Bil.Fak.Hemş. Bölümü, Çocuk Sağl. ve Hast.Hemş.AD.

**Mustafa Kemal Üni. Hatay Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

***Marmara Üni.Sağl.Bil.Fak. Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağl. ve Hast.Hemş.AD.

ÖZET

Aile, temelde aynı çatı altında yaşayan, aynı ekonomik koşulları ve kültürü paylaşan, akrabalık bağları ile birleşmiş, en küçük sosyal topluluk olarak tanımlanır. Toplumun kültür değerlerinin bir kuşaktan diğerine aktarılmasında önemli bir role sahiptir. Ailenin temel işlevi bireyin psikolojik gelişimini ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaktır. Türk toplumları tarih boyunca aile kurumuna özel önem vermişlerdir. Birçok toplumda olduğu gibi toplumumuzda da ailede sosyalleşme sorumluluğu çoğunlukla anneye verildiği görülmektedir. Geleneksel Türk ailesi sosyal değişme açısından incelendiğinde bir takım nedenlerle değişmeye başlamıştır. Sağlıklı bir toplum için sağlıklı aile ortamlarında yetiştirilmiş bireylere ihtiyaç vardır. Aile merkezli bakım felsefesi aileyi, çocuğun yaşamının değişmez bir ögesi olarak görür. Ailenin çocuğa sağladığı destek, çocuğun sağlık sorununa ve hemşirelik bakımına tepkilerini belirleyen en önemli faktördür. Bu derlemede Türk toplumunda kadının değişen rolü incelenmiş ve anne olarak kadının çocuk sağlığı üzerine etkisi, aile merkezli bakım boyutu ile tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Türk kadını, Aile Yapısı, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Aile Merkezli Bakım.

ABSTRACT

Family is defined as the smallest social community, basically living under the same roof, sharing the same economic conditions and culture also united by ties of kind ship. It has an important role to transfer the cultural values of society from one generation to another. Family's basic function is to meet the needs of individual's psychological development and psychological requirements. Turkish societies have given special attention to the family institution throughout the history. It's seen that, like other societies, socializing responsibilities of family is mainly given to the mother in our society. When examined in terms of social change, it's discovered that, Traditional Turkish family has started to change because of various reasons. Healthy individuals, raised in a healthy family environment, are needed for healthy society. For Family-centered care philosophy, the family is the permanent element of the child's life. The child support which is provided by family is the major factor for determining the child's reactions against health problems and nursing care. This review was investigated the changing role of women in Turkish society and the effects of mother on child's health were discussed with dimensions of family-centered care.

Key Words: Turkish women, Family Structure, Child Health Nursing, Family Centered Care

GİRİŞ

Aile, aynı çatı altında yaşayan, aynı ekonomik koşulları ve kültürü paylaşan, akrabalık bağları ile birleşmiş, en küçük sosyal topluluk olarak tanımlanır (Akça Ay 2007) ve içinde bulunduğu toplumun bir birimi olarak, onun özelliklerini taşır. Toplumun değer yargılarını, gelenek ve göreneklerini, beğenilerini, inançlarını, önyargılarını kısacası, kültürünü yansıtır. Bunun yanında, özel bir iç yapısı ve kendine özgü bir işleyişi vardır. Bu bakımdan, toplumla sürekli alışveriş içinde bir kuruluş olarak çalışır (Yörükoğlu 2006).

En ilkel insan toplumlarında bile, toplumsal yaşamı oluşturan güç, ailedir. İnsan yaşamının üzerinde, doğumundan önce başlayan ve ilk gelişim yıllarından ömrünün sonuna dek etkisini sürdüren bir kurumdur. Aile, fizyolojik olduğu kadar, ekonomik ve toplumsal yönleriyle de, bireyi duygusal gelişimi, oluşumu ve davranışları açısından biçimlendirip yönlendirir. Toplumun kültür değerlerinin bir kuşaktan diğerine aktarılması biçimindeki temel eğitimsel işlevinin yanında, özellikle okul öncesi dönemde, çocuğun yaşamında etkin bir role sahiptir (Yavuzer 1993, Buldukoğlu 1994).

Türk toplumları tarih boyunca ailenin kurumsal bir unsur gibi yaşamasına özel önem vermişlerdir. Bunun nedeni ulusal, kültürel ve dinsel değerler sisteminden kaynaklanmaktadır. Türk aile yaşamında görülen düzenek, disiplin, aileye bağlılık, onun şeref ve onursal düzeyde korunması, yüzyıllara dayalı oluşum ve kuşaklar boyu aktarılan geleneksel birikimin ürünüdür. Büyüklere duyulan saygı, karşılıklı sorumluluk duygusu ve yardımlaşma bilinci, alışkanlık, sıcak komşuluk ilişkileri, konuk-severlik ve benzeri birliktelikler aile kurumunun korunmasında önemli rol oynamıştır (Süleymanov 2010).

Geleneksel Türk ailesinin sosyal değişimine; kentleşme, sanayileşme, göç, iş sahalarının ve mesleklerin çeşitlenmesi, eğitim, hukuki düzenlemeler, kitle iletişim araçları, ekonomik ve siyasal gelişmelerin etken olduğu görülmektedir (Tüfekçi 2003).

Türkiye'deki aile tipleri kırsal ve kentsel bölgelerde farklılıklar göstermektedir. Kırsal kesimde; kök aile, birleşik aile ve geleneksel geniş aile çeşitleri görülürken kentsel kesimde; çekirdek aile, parçalanmış aile ve tanımlanmamış aile gözlenmektedir. Üretim biçimindeki değişimler, sanayileşme ve kentleşme süreci toplumlar arası farklılıklar gösterdiğinden her toplumun kendi iç dinamikleri ile ilgili olarak aile tipleri yaratması olağandır (www.turkoloji.cu.edu.tr/GENEL/tezcan_ailesi.pdf Erişim Tarihi:03.01.2011).

Çekirdek aile: Anne, baba ve çocuklardan oluşan aile tipidir. Sanayi devriminin şekillendirdiği bu aile de, iş bölümü ve statünün ortaklığı vardır. Günümüzün modern ailesi diye tabir edilen çekirdek aile, gittikçe yaygınlık kazanmaktadır. Çekirdek ailede çocuk sayısı fazla değildir. Türkiye'de şehirlerde son yıllarda hakim olan aile tipi, çekirdek ailedir (Tüfekçi 2003, Canatan ve Yıldırım 2009).

Geniş aile: Bu aile tipinde çeşitli kuşaklar bir arada yaşamaktadır. Geniş ailede anne, baba, çocuklar, aile büyükleri ve yakınları bir arada bulunmaktadır. Ailenin nüfus sayısı fazladır. Türkiye'nin kırsal kesiminde yoğun olarak görülen aile tipidir. Kırsal kesimde geniş aile tipinin görülmesinin altında iş gücüne duyulan gereksinim

yatar. Tarımda makineleşme, miras yoluyla toprakların küçülmesi, kırsal kesimden göçler ile birlikte bu aile tipinde değişme meydana gelmiştir (Tüfekçi 2003, Canatan ve Yıldırım 2009).

1972 yılında yapılan aile yapısı araştırmasında Türkiye genelinde hanelerin %60'ı çekirdek aile, %19'u geniş aile iken, 2006 yılında yapılan araştırma da bu oranların çekirdek aile için %80,7, geniş aile için ise %13 olduğu görülmektedir. (Canatan ve Yıldırım 2009; www.aile.gov.tr/files/AileYapısı Erişim Tarihi: 29.12.2010). Geniş aile yapısının çekirdek aile yapısına dönüşümünde sanayileşme, iç ve dış göçler, kentleşme, eğitim, iletişim ve ulaşımda yaşanan olumlu gelişmeler rol oynamaktadır.

Batıda sanayi devrimi ile erkekler, toprak ve çiftlik işlerinden fabrika ve büro işlerine geçerken, kadınlar da kamu hizmetlerinde, büro işlerinde ve sanayi kesiminde görev almaya başlamışlardır. Türk kadını, Kurtuluş Savaşı yıllarında erkeklerden boşalan işyerlerine geçmiştir. Savaş sona erince kadının iyi bir ev kadını, başarılı bir anne ve iyi bir eş olarak evine dönmesi beklenmişse de, öyle olmamıştır. Kadınlarımız çalışma yaşamındaki etkinliklerini sürdürmüşlerdir. Cumhuriyet sonrası sanayileşme, göç ve kentleşme gibi etkenler, sanayi kesiminde ve kamu hizmetlerinde çalışan kadın sayısını arttırmıştır (Razon 2006).

Türklerde kadın, ailede belirleyici bir faktör, denetleyici bir güçtür (Süleymanov 2010). Endüstrileşmeyle beraber değişen toplum yapısı, kadının görevleri üzerinde de etkili olmuştur. Fakat bu, kadının geleneksel cinsiyet rollerinden tamamen sıyrıldığı anlamına gelmemektedir. Cinsiyete dayalı iş bölümü çerçevesinde 'ekmek kazanan' erkek ve ailedeki bireylerin bakımlarını sağlayan 'dişi kuş' kadın rolü ortadan kalkmamıştır (Adak 2007).

Kadın ve erkeğin toplumdaki görevleri, sorumlulukları, hakları, kişilik özellikleri toplumsal cinsiyete göre şekillendirilir. Bunun sonucunda çalışma hayatında kadınlar toplumsal cinsiyet rollerine uygun alanlarda, erkekler ise kamusal alanlarda çalışmaya yönlendirilir (Ökten 2009).

Kadının çalışma yaşamına katılmasının en önemli olumlu etkisi ekonomik bağımsızlığını kazanmasıdır. Ekonomik güce kavuşan kadının özgüveni artmakta, hayatı üzerinde daha fazla kontrol duygusuna sahip olmaktadır. Özellikle, ev içi işlerin, kadın-erkek arasında paylaşımında demokratikleşmeye gidış görüldüğü düşünülmektedir. Ayrıca, çalışma yaşamına atılan kadının, sosyal çevresi genişlemekte, daha fazla sosyal ve duygusal desteğe sahip olmaktadır (Adak 2007).

TUİK 2006 Aile araştırması sonuçlarına göre; kadınların %90'nı ücretli çalışmaya olumlu bakmaktadır. 2010 yılı Eylül dönemi verilerine göre; Türkiye genelinde işgücüne katılma oranı % 49,1 olarak gerçekleşmiştir, erkeklerde işgücüne katılma oranı % 71,1, kadınlarda ise % 27,9'dur. İşgücünün eğitim ve yaş dağılımları ise; Toplam işgücünün % 17,7'sini 15-24 yaş grubundakiler oluşturmaktadır. Lise altı eğitimlilerde işgücüne katılma oranı; erkekler için % 69,9, kadınlar için % 24,3'tür. Yükseköğretim mezunu erkeklerde % 84,2 olan işgücüne katılma oranı, kadınlarda % 70,8'dir (www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi:15.02.2011).

Kadınlar en çok ekonomik zorunluluk nedeni ile ücretli işte çalışmakta iken, aldığı eğitimi değerlendirmek ve ekonomik bağımsızlık için çalışanlar birbirine yakın oranlardadır. Çoğunluğunun ailesinde kadının çalışması ailede hiçbir zaman huzursuzluk yaratmamaktadır. Kadının çalışmasının aileye olumlu etkileri; kadının aile bütçesine katkıda bulunması, erkeğin ekonomik yükünün azalması ve aile birliğini güçlendirme olarak belirlenmiştir. Kadının çalışmasının aileye olumsuz etkileri ise; aile bireylerine yeterince zaman ayıramama, kendine yeterince zaman ayıramama ile çok yorulma ve bunu eve yansıtma olarak bulunmuştur (Arpacı 2007).

Tüm toplumlarda kadının rolü, çok yönlü ve çok boyutludur. Kadının iş olanaklarını arttırmak ve düzeltmek için politikalar geliştirilmesi gerekmektedir. Bu alanda yapılacak yeniliklerin başarılı olabilmesi için, aile içi rol ve ilişkilerin yeniden tanınması, gelişme ve uyumu zorlaştıran değer yargılarıyla mücadele edilmesi, kadın ve erkeğin eğitiminde köklü değişikliklere gidilmesi gerekmektedir (Sağ 2001).

Kadının eğitim seviyesinin artması, çalışma yaşamına katılması gibi değişen nedenlere paralel olarak aile içindeki konumu ve çocuk yetiştirmedeki etkileri de değişim göstermiştir. Anne eğitimi arttıkça çocuk ile etkin zaman geçirme, ödül ve cezanın niteliği de olumlu olarak artmaktadır. Çalışma yaşamı ise her ne kadar kadının üretkenliğini ortaya çıkarmada bir fırsat olsa da, evdeki rolleri değişmediği sürece kadına artı yük getirmektedir.

Ülkemizde kadın için eğitim ve çalışma olanakları her geçen yıl artış göstermiş olsa da cinsiyete bağlı fark kapatılamamıştır. Kadına yönelik bakış açısı, kadını ev içinde kalmaya mecbur etme toplumsal baskının bir örneğini teşkil eder. Çocuğun ve ailenin şekillenmesinde önemli rol oynayan anne ve onun eğitimi ülkemiz için aile kurumunun gelişmesinde temel çözümdür.

Ülkemizde, aileye ilişkin hizmetler, Anayasa, Medeni Kanun, TCK, 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun, 4787 Sayılı Aile Mahkemeleri Kanunu çerçevesinde şekillenmektedir. Bir anlamda ülkenin aile politikasının temelini bu kanunlar oluşturmaktadır. Bu kanunlar dışında, İş Kanunu, Devlet Memurları Kanunu, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun gibi farklı kanunlarda da kadınlara yönelik düzenlemeler bulunmaktadır. Kanunların yanı sıra Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan beş yıllık kalkınma planlarının ve programlarının bazılarında da ailenin korunması ve aileye yönelik hizmetlerin geliştirilmesi konusu yer almaktadır. Ancak uygulamalara bakıldığında bu kadar önem verilen bir toplumsal kurum için ciddi, bütüncül ve geniş kapsamlı uygulamalara olanak sağlayan, farklı disiplinleri bir araya getiren ve sorumlu kılan bir aile politikasının olduğunu söylemek mümkün olamamaktadır (Çoban 2009).

İnsanın içinde doğup büyüdüğü, sevgi ve himaye gördüğü aile; toplumun temel taşı, bireyin birincil sosyalleşme kaynağı ve yaşam boyu bir yuva olması nedeniyle titizlikle korunması gereken saygın bir sosyal kurumdur (Özpolat 2010). Binlerce yıl boyunca ve hala toplumların kültürünün yeni nesillere aktarılmasında en önemli rolü ailede kadın üstlenmiştir. Kadının insan toplulukları içindeki en önemli ve en yaşamsal rolü budur. Kadın yalnızca doğurganlık özelliğiyle toplumların devamını sağlamakla kalmaz; aynı zamanda kendi milletinin oluşturduğu kültürü, daha

karnındayken çocuğuna aktarmaya başlayarak milli kültürün devamlılığını sağlar. (http://kadinhareketidernegi.org.tr/dosyalar/pervin_ergun.pdf Erişim Tarihi: 03.01.2011).

Annelerin; çocukların duygusal uyumunda, kaygılarını aşmalarında ve mutlu olmalarında büyük bir etkisi bulunmaktadır. Bireyin sevgi ve şefkatini karşılayan odur. Anneler, kız çocuklarına annelik modeli ve cinsel davranış modeli alanında örnek olurlar ve aile içinde kimliklerin yapılandırılmasında rol alırlar (Yıldırım 2005). Aileyi bir arada tutan ve çocuğa aile kavramını öğreten de annelerdir.

Bireysel bağlamda bakıldığında, ailede özellikle annenin toplumsallaştırıcı etkisinin ailenin diğer bireylerine oranla daha güçlü olduğu görülür. Bu özelliği nedeniyle “anne aynı zamanda informal eğitim bağlamında insanın ilk öğretmenidir”. Bu durum önemli ölçüde anneliğin doğası ve anne ile çocuk arasında daha gebelik döneminde kurulan duygusal etkileşimden kaynaklanır. Bu nedenle birçok toplumda olduğu gibi toplumumuzda da aile ölçeğinde sosyalleşme sorumluluğunun çoğunlukla anneye verildiği görülmektedir. Annelik rolünün sosyalleştirici etkisinin yanında toplumun üretim biçiminin babaya ve ailenin erkeklerine aile dışında yüklediği sorumluluğun da etkisi bulunmaktadır (Özpolat 2010).

Ailenin çocuk üzerindeki etkisi çoğu kez daha doğumdan önce başlar. Ailenin o çocuğa karşı istekli ya da isteksiz oluşu, duygusal, kültürel, toplumsal, ekonomik yönden hazır olup olmadığı ve çocuktan beklentileri, o çocuğun yaşantısını, ilk izlenimini ve çevresiyle olan duygusal iletişimini önemli ölçüde etkileyecektir. Bu yüzden insanın yaşamı boyunca seçme özgürlüğüne sahip bulunmadığı tek ve en önemli şeyin ailesi olduğunu söylemek hiç de yanlış olmaz. Üstelik bu kuruluşun kişi üzerindeki etkisinin ne denli kalıcı bir biçimlendirici gücü bulunduğu da düşünülürse, aile kavramının önemi daha da belirginleşir (Yavuzer 1993, Alacahan 2010).

Aile insan ilişkilerinin sergilendiği bir sahne gibi düşünülebilir. Çocuk bu sahnede, insan ilişkilerini bütün karmaşık yönleriyle gözlemler ve yaşar. İnsan ilişkilerini belirleyen anlaşma, uzlaşma, bağlılık, iş birliği gibi olumlu nitelikleri evde kazanır. Ayrıca anlaşmazlık çekişme ve çatışma gibi olumsuz nitelikleri ve takınacağı tutumları da evde kazanır. Çocuk özellikle okul öncesi dönemde, anne ve babasının çok baskın etkisi altındadır. Onların olumlu ve olumsuz yanlarını, özdeşim yoluyla içine sindirir. Anne baba ve kardeşleriyle sürekli bir etkileşim içindedir. Çocuk çok keskin bir gözlemcidir. Anne ve babasının kendisiyle, birbirleriyle ve kardeşleriyle ilişkisini sürekli gözler ve değerlendirir. Sonuçlar çıkarır ve tepki gösterir. Bu nedenle aile içindeki ilişkilerin temelini, anne-babanın birbirine karşı tutumu oluşturur (Güler 2008). Aile çocuğa, ailenin bir üyesi olduğu bilincini aşılabilir ve toplumsallaşmanın temelini atar (Yavuzer 1993). Birey toplumsal yapı içinde rol ve statü kazanmayı da temelde aileden öğrenmiş olur. Türk toplumunda da bireylere toplum içinde statü kazandırma işlevi, ailenin temel işlevlerinden biridir (Sencer 1983, Tüfekçi 2003, Alacahan 2010).

Aile, çocuğa dengeli bir birey olabilmesi için güven duygusunu aşılabilir, yaşama uyumunu sağlar, karşısına çıkan sorunlarına çözüm üretir, okul ve sosyal yaşamda başarılı olabilmesi için yeteneklerini uyarır ve geliştirir. Kültürü nesiller arasında

aktarıken, bireyi de topluma hazırlar. Toplumun ilerlemesi onu oluşturan bireylere bağlıdır (Tüfekçi 2003). Bu yüzden sağlıklı bir toplum için sağlıklı aile ortamlarında yetiştirilmiş bireylere ihtiyaç vardır (Baltaş 2006). Yaşamda öğrenilen birçok şeyin daha önce öğrenilen bilgi, değer ve beceriler üzerine yapılandırılması, bu öğrenmelerin aile ortamında gerçekleştiği ailede işletilen sosyalleşme sürecinin önemini ortaya koymaktadır (Özpolat 2010). Bebeklik ve erken çocukluk döneminde aile bireylerinden etkilenecek toplumsallaşan çocuk, zamanla okul, iş, sosyal gruplar ve değişik ortamlarda yaşadığı ilişkilerle sosyalleşmesini sürdürür (Özpolat 2010). Çocuğun sosyal gelişmesi sürecinde çevrenin çocuğa gösterdiği olumlu ve olumsuz tepkiler, kişilik gelişiminde önemli rol oynar (Pembecioğlu 2006, Yörükoğlu 2006).

Aile Merkezli Bakım

Aile ile çocuk arasındaki sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici ilişki çocuk için en önemli destek kaynağıdır. Bu nedenle ailenin, çocuğun bakımının her aşamasına dahil edilmesi gereklidir (Ocakçı 2006). Doğum öncesi dönemden itibaren çocuk sürekli olarak ailenin inançları, değerleri, gelenekleri, tutumları ve uygulamalarından etkilenir (Pembecioğlu 2006). Aile üyelerinden birisini ya da birkaçını etkileyen herhangi bir fonksiyon bozukluğu bir bütün olarak aileyi ve diğer üyeleri olumsuz yönde etkileyecektir.

Aile içinde özellikle kadının değişen rolü ile annenin önemi daha da öne çıkmaktadır. Aile merkezli bakım kapsamında anne ile kurulacak iletişim ailenin ve buna bağlı olarak çocuğun sağlık düzeyine katkı sağlayacaktır.

Aile merkezli bakım; Aile, birey/çocuk, hemşire, diğer sağlık personeli ve sektörler arası işbirliği ile birey/çocuğun sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalık halinde iyileştirilmesi ve rehabilitasyon için gerekli hizmetlerin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden oluşan multidisipliner, dinamik bir bakım süreci olarak tanımlanmaktadır (Ocakçı 2006). Aile merkezli bakım felsefesi aileyi, çocuğun yaşamının değişmez bir ögesi olarak görür. Ailenin çocuğa sağladığı destek, çocuğun sağlık sorununa ve hemşirelik bakımına tepkilerini belirleyen en önemli faktördür. Aile ve çocuk arasındaki sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici bir ilişki, çocuk için en önemli destek kaynağıdır. Bu nedenle ailenin, çocuğun bakımının her aşamasına dahil edilmesi gerekir. Böylece aile üyeleri kendi yeteneklerine güven duyar dolayısıyla da çocuğun bakımında daha az stres yaşarlar (Çavuşoğlu 2008).

Aile Merkezli Bakımda Hemşirenin Rolü

Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile, bakımın odak noktasıdır. Ailenin çocuğa sağladığı destek, onun sağlık sorununa ve hemşirelik bakımına tepkilerini belirleyen önemli bir etkidir. Aile ile çocuk arasındaki sevgi ilişkisi çocuk için en önemli destek kaynağıdır (Çavuşoğlu 2008). Çocuk hemşiresi ailenin bu özelliklerini dikkate almaksızın yalnızca sorunu olan bireyi ele alırsa bütüncül bir değerlendirme yapamaz (Buldukoğlu 1994). Aile merkezli bakımda sadece çocuğun değil, tüm aile üyelerinin gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Çünkü bu felsefe, aileyi çocuğun yaşamının merkezinde görmekte ve çocuğa ilişkin bakımın planlanmasına onu da dahil etmektedir (Çavuşoğlu 2001).

Çocuk hemşiresi, ailelerin sürekliliğinin farkında olarak aileyi çocuğun sosyal destek sisteminin bir parçası olarak değerlendirmelidir. Çocuk, aile çerçevesi içinde görülmelidir. Bakımın sürekliliği aileye bağlı olduğundan, hemşire ailenin güçlü ve zayıf yönlerini bilmeli ve bakımdaki aile etkinliğini geliştirmeye çalışmalıdır. Ailenin bakıma katılmaya ne kadar hazır olduğunu değerlendirmek ve bakımı bu doğrultuda planlamak, bunun yanı sıra ailenin bakım konusunda eğitilmesi ve bu eğitimin çocuk taburcu oluncaya kadar devam ettirilmesi de hemşirenin görevleri arasındadır.

SONUÇ ÖNERİLER

Aile merkezli bakımın önemi dünyada 1960'lı yıllarda kavranmaya başlamıştır. Uygulanmaya başlanması ile de hastanede yatan çocukların duygusal ve gelişimsel gereksinimlerinin karşılanmasına, ailelerin ise çocuğun bakımında kendilerini daha yeterli hissetmelerine ve anksiyetelerinin azalmasına katkı sağlamıştır. Ülkemizde aile merkezli bakımın tam olarak uygulandığını söylemek güçtür. Pek çok hastanede anne çocuğu ile birlikte kalabilmekte fakat aile merkezli bakımın gerektirdiği çocuklarının hastalığı konusunda bilgi alma, bakıma ve tedavi ile ilgili kararlara katılma gibi diğer parametreler sağlanamamaktadır.

Çocuk bakımında her zaman birincil görev üstlenen anne, iş gücüne katılmasıyla beraber aile içi rollerde değişim ve paylaşımı gündeme getirmiştir. Hemşire aile merkezli bakımda kadının bu yönünü dikkate alarak, çocuğun bakımında diğer ebeveynleri bakıma katılmaya teşvik etmelidir. Ailenin destek kaynaklarını görmesini sağlayacak hemşire, aynı zamanda kadının aile içi rol değişimine de destek sağlamış olur.

Çocuk hemşireleri, aile merkezli bakım uygularken hastaneye yatan çocuğun durumu hakkında ailenin sürekli olarak bilgilendirilmesi, bakıma ve kararlara katılmalarının sağlanması, hastalık hakkında eğitim verilmesi ve taburculuğa hazırlanmaları konularında aile ile işbirliği içinde çalışmalıdır. Aile merkezli bakımın yerleşmesi için çocuk hemşiresinin yanı sıra kurumun da bunu desteklemesi gerekmektedir. Bununla ilgili hastane politikalarının oluşturulmasında hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Tüm bu bilgiler bize, hasta çocuk ve ailesi için aile merkezli bakımın uygulanmasında çocuk hemşirelerinin önemli bir pozisyonda yer aldıklarını göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Adak N. Kadınların ikilemi: iş ve aile yaşamı. *Sosyoloji Dergisi* 2007; 17: 137-152.
- Akça Ay F. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar. 1. Basım, İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2007; 23.
- Alacahan O. Aile birliğini oluşturan faktörler ve işlevleri. *Çukurova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2010; 11(1): 289-298.
- Arpacı F, Ersoy AF. Kadının çalışmasının ailenin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Aile ve Toplum Eğitim - Kültür ve Araştırma Dergisi* 2007; 3(11): 41-51.
- Baltaş Z. Temel ihtiyaçların kazanılmasında ailenin rolü. *Ana-Baba Okulu*. 1. Baskı İstanbul, Remzi Kitabevi, 2006; 51-77.

- Buldukoğlu K. Aile hemşireliği. International Nurses' Day: Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aileler Kitapçığı, Sivas, 1994; 71-77.
- Canatan K, Yıldırım E. Aile sosyolojisi. İstanbul: Açılım Kitap, 2009; 65-111.
- Çavuşoğlu H. Pediatride aile merkezli bakım. Hemşirelik Forumu 2001; 4(2-3): 1-7.
- Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. 9. Basım, Cilt 1, Ankara: Sistem Ofset Basımevi, 2008; 19-24.
- Çoban Aİ, Özbeşler C. Türkiye'de aileye yönelik sosyal politika ve hizmetler. Aile Toplum ve Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi 2009; 18: 31-42.
- Ergun P. Kültür aktarımında kadının rolü. (http://kadinhareketiderneği.org.tr/dosyalar/pervin_ergun.pdf Erişim Tarihi:03.01.2011).
- Güler S. Ailede çocuğun sosyalleşmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2008:29-68.
- Ocakçı AF. Çocuğun aile merkezli bakımı. Zonguldak: Dökel Matbaası, 2006; 8-27.
- Ökten Ş. Toplumsal cinsiyet ve iktidar: güneydoğu anadolu bölgesi'nin toplumsal cinsiyet düzeni. The Journal of International Social Research 2009; 2(8): 302-312.
- Özpolat A. Ailede demokratik sosyalleşme. Aile ve Toplum Dergisi 2010; 5(20): 9-24.
- Pembecioğlu N. İletişim ve çocuk. Ankara, Ebabil Yayıncılık, 2006.
- Razon N. Çalışan anne ve çocuğu. Ana-Baba Okulu. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2006; 229-243.
- Sağ V. Tarihsel süreç içerisinde Türk kadını ve Atatürk. Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2001; 2(1):9-23.
- Sencer M. Çocuk ve aile. Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi. İletişim Yayınları, 1983; 2: 357-364.
- Süleymanov A. Çağdas Türk toplumlarında aile ve evlilik ilişkileri. Sosyal Siyaset Konferansı Dergisi 2010; 58:163-196.
- TC Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Aile Yapısı Araştırması, 2006. (www.aile.gov.tr/files/AileYapısı Erişim Tarihi: 29.12.2010).
- TC Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı İşgücü Araştırması 2010 Kasım Dönemi Sonuçları, (www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi:15.02.2011).
- Tüfekçi S. Kırsal kesimlerden büyük şehirlere göç ve göçün aile yapısında meydana getirdiği değişiklikler (İstanbul örneği). Yüksek Lisans Tezi. Isparta: SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2003: 76-86.
- Yavuzer H. Çocuk ve suç. 5. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi: 1993; 125-162.
- Yıldırım E. Bir modernite rüyası: ailenin sonu mu?. Aile ve Toplum Dergisi 2005; 2(8): 93-100.
- Yörükoğlu A. Çocuk ruh sağlığı. 28. Basım, İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım Ltd. Şti, 2006; 125-133.

ÇOCUKLARDA UYKU

SLEEP IN CHILDREN

Yard.Doç.Dr. Hatice YILDIRIM SARI

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bil. Fak. Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Erken çocukluk döneminde beynin temel aktivitesi uykudur. Yaşamın ilk iki yılında çocuk ortalama olarak 9500 saatini uyuyarak, 8000 saatini uyanık geçirmektedir. Uyku çocuk gelişiminin temel unsurudur. Yetersiz uyku çocuğun sağlığını, aile-akran-öğretmen ilişkilerini, günlük yaşam aktivitelerini ve davranışlarını etkilemektedir. Hemşirelerin çocuklardaki potansiyel uyku sorunlarının saptanmasında ve ailenin sağlıklı uyku alışkanlıkları konusunda eğitilmesinde önemli görevleri bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Uyku, çocuk ve uyku.

ABSTRACT

In early childhood, sleep is the primary activity of the brain. By two years of age, the child has spent averagely 9,500 hours sleeping compared with 8,000 hours in all waking activities. Sleep is an essential component in child development. Insufficient sleep effects to the child's health, family-peer-teacher relationships, daily living activities and behaviours. Nurses are in a unique position to screen and detect the children for potential sleep disorders, educate family members about healthy sleep habits.

Keywords: Sleep, child and sleep.

ÇOCUKLARDA UYKU

Özellikle bebeklik dönemi olmak üzere yaşamımızın büyük bölümünü uyuyarak geçiririz. Yetersiz uyku çocuğun biyo-psiko-sosyal sağlığını, aile-akran-öğretmen ilişkilerini, günlük yaşam aktivitelerini, davranışlarını bütünüyle olumsuz etkileyebilecek bir unsurdur. Hemşirelerin çocukların uyku sorunlarının saptanması, aile ve çocuğun sağlıklı uyku alışkanlıkları konusunda eğitilmeleri açısından önemli görevleri bulunmaktadır (Ward ve ark. 2007). Bu makalede uykuya ilgili genel bilgiler, çocukluk gelişim dönemlerinde uykunun özellikleri ve uykuya ilişkin hemşirelik yaklaşımları için öneriler ele alınmaktadır.

Uyku

Uyku organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyanıklarla geri döndürülebilir biçimde, geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolmasıdır (Kaynak 2008). Kişinin duyuşsal veya diğer uyanıklarla uyarılabileceği bir bilinçsizlik durumu olarak da

tanımlanmaktadır (Guyton ve Hall 1996). Uyku, karmaşık, yüksek derecede organizasyon gösteren, birçok iç ve dış faktörden etkilenen, belli dönemlerinde beyinin uyanıklık kadar aktif olduğu, geri dönüşümlü bir bilinçsizlik ve seçici yanıtızlık özellikleri gösteren bir süreçtir. Beyin sapı, hipotalamus, talamus ve bazal ön beyin bölgelerinde yerleşmiş merkezlerden kaynaklanır (Öztürk 2007). Uzun süreli uykusuzluğun vücudun ısı kontrolünde, beslenme metabolizmasında, bağışıklık sisteminde ve diğer düzenleyici sistemlerde bozulmaya yol açtığı bilinmektedir (Ertuğrul ve Rezaki 2004). İnsan vücudu Uyanıklık, Non REM uyku ve REM uyku olmak üzere gün içerisinde üç fizyolojik dönem geçirir. Bu üç dönemin her biri farklı fizyolojik özellikler içermektedir (Stores ve Wiggs 2001).

Uyku-uyanıklık Döngüsü

İnsanlarda uyku-uyanıklık döngüsü, döngüsel etkenler ve homeostatik etkenlerin etkisiyle ortaya çıkmaktadır (Ertuğrul ve Rezaki 2004). Uyku uyanıklık ritmi hipotalamusun suprakiasmatik hücreesindeki **“biyolojik saat” (circadian clock)** tarafından düzenlenmektedir. Biyolojik saat vücut sıcaklığı, kortizol salınımı gibi diğer biyolojik ritimleri de kontrol eder. Uyku-uyanıklık ritmi normal olarak senkronizedir (Stores ve Wiggs 2001). Döngüsel etkenler günün belli dönemlerinde uykuya eğilimin daha fazla ya da daha az olmasını sağlar. (Ertuğrul ve Rezaki 2004). Yaşamın başlangıç dönemlerindeki uyku-uyanma döngüsü zamanla 24 saatlik zaman diliminde gündüz-gece siklusuna dönüşür. Sağlıklı bir çocuk büyük ölçüde gece uyur, gündüz uyanık kalır, ilk yıllarda gündüz uyuklama görülmektedir. Başta ışığın algılanması olmak üzere yemek zamanı, sosyal aktiviteler, gürültü düzeyi gibi sosyal nedenler, acıkma, sıcaklık gibi vücudun iç sinyalleri bu ritmin oluşmasında önemli etkenlerdir (Stores ve Wiggs 2001).

Uyku Örüntüsü

Uyku, belirli aralıklarla tekrar eden REM (Rapid Eye Movement ya da rüya uykusu) ve Non REM uykusu olmak üzere iki evreden oluşmaktadır (Owens ve Witmans 2004, Ertuğrul ve Rezaki 2004).

Non REM uykusunun özellikleri: Non REM uyku son derece sakindir ve hem periferik damar tonüsünde hem de diğer birçok vejetatif vücut işlemlerinde azalmayla birliktedir. Kan basıncında, solunum hızında ve bazal metabolizmada %10-30 azalma görülür (Guyton ve Hall 1996).

REM uykusunun özellikleri: REM uykusu sırasındaki sinirsel aktivite uyanıklıktakine benzemektedir. Normal bir gece uykusunda 5-30 dakika süren REM uykusu dilimleri ortalama 90 dakikada bir ortaya çıkmaktadır. REM uykusu genellikle aktif düş görme ile birliktedir ve düş görmenin özelliği olarak kalp ve solunum hızı düzensizleşir. REM uykusunda düzensiz kas hareketleri özellikle hızlı göz hareketleri oluşur (Guyton ve Hall 1996).

Uykunun Fonksiyonları

Yetişkinler yaşamının üçte birini, özellikle ilk beş aylık olmak üzere çocuklar ise daha fazla süreyi uyuyarak geçirirler. Niçin uyuduğumuzla ilgili olarak öne sürülen

çeşitli teoriler vardır. Öztürk (2007) "Niçin Uyuruz?" isimli makalesinde 1953 yılından günümüze dek uyku ile ilgili öne sürülen teorileri; Doku yenilenmesi, Enerji korunumu, Beyin termoregülasyonu, Ontogenetik hipotez, Homeostatik hipotez, Filogenetik hipotez, Genetik programlama, Negatif bellek pekiştirme, İmmün savunma, Beyin detoksifikasyonu, Nöronal grup teorisi, Sinaptik homeostasis, ve Neural reappor-tionment olarak sıralamıştır. Birçok amaca hizmet eden uykunun fonksiyonunu açıklamak için sadece bir teorinin yeterli olmadığı belirtilmektedir (Stores ve Wiggs 2001). Uyku, uyanıklığın organizma üzerindeki bozucu etkisini giderir, endoterminin yüksek enerji maliyetini dengelemek için organizmanın termostatını kapatır, uyanıklık süresince yüksek metabolik aktivite nedeniyle ısınan beyini soğutarak zarar görmesini engeller, serebral metabolik hızı düşürerek beyin yorgunluğunu düzeltir, MSS'deki genetik programlamanın korunmasını sağlar, uyanıklık süresince meydana gelen parazitik bağlantıları temizler, immün sistemin sorunsuz çalışmasını sağlar ve hücresel düzeyde bir nöronal onarım ve detoksifikasyon sürecini sağlar (Öztürk 2007, Stores ve Wiggs 2001). Tüm bu teorilere göre uyku çocukluk döneminde büyüme-gelişme, doku yenilenmesi, enerjinin korunması, immün sistemin güçlenmesi gibi birçok önemli işlevi yerine getirmektedir.

Çocuk ve Ergenlerde Uykunun Özellikleri

Erken çocukluk döneminde beynin primer aktivitesi uykudur. Uyku çocuk gelişiminin temel unsurudur (Ward ve ark. 2007). Çocukların uykusunun büyük bölümü REM uykusundan oluşmaktadır. Yenidoğanın uykusunun yarısı REM döneminden oluşurken okul çağına doğru bu oran gittikçe düşer (Türkbay ve Söhmen 2001, Kaynak 2008). Özellikle doğumda %50 oranında olan REM uykusu çocuk büyüdükçe azalır, %25-30 oranlarına geriler (Owens ve Witmans 2004, Türkbay ve Söhmen 2001). REM ve Non REM uykuları gece boyunca döngüsel olarak yer alırlar, döngü zamanı bebeklikte 50-60 dakika iken, çocukluk ve erişkinlikte 90 dakikaya uzar (Türkbay ve Söhmen 2001). Çocuklarda uyku-uyanıklık örüntüsünü oluşturan kompleks biyolojik ve psikososyal mekanizmalar duygusal, davranışsal ve çevresel etmenlerden etkilenir (Ward ve ark. 2007; Owens ve Witmans 2004).

Yenidoğan Döneminde Uyku (0-1 ay): Yenidoğan günde yaklaşık 16-20 saat uyumaktadır. Yenidoğanın uyku siklusu 1-2 saatlik uyanıklık periyotlarını 1-4 saatlik uyku periyotlarının izlemesi şeklindedir. Uyku-uyanma siklusu büyük ölçüde açlık-tokluk durumuna bağlıdır. Gündüz uyku süresi ile gece uyku süresi yaklaşık olarak eşittir. Yenidoğan uykusu üç safhadan oluşmaktadır:

Aktif Dönem (REM benzeri dönemdir, uykunun %50'sini oluşturur),

Sessiz Dönem (NREM benzeridir)

Belirsiz Dönem (Yetişkin ya da büyük çocukların uykusu ile benzerlik göstermeyen bir dönemdir. Gülümseme, yüzünü ekşitme, emme ve vücut hareketleri görülür).

Yenidoğan döneminde görülen uyku sorunları, sıklıkla anne-babanın bebeğin uyku davranışlarını yanlış yorumlamasından kaynaklanmaktadır (Owens ve Witmans 2004).

Bebeklik Döneminde Uyku (1-12 ay): Bebekler genellikle dört aylıkken 14-15 saat, altı aylıkken 13-14 saat uyurlar. İlk üç aydaki 3-4 saatlik uyku periyotları dört-altı ay arasında 6-8 saate uzayabilir, dokuz aylıkken uykunun %70-80'i geceleri gerçekleşir. Uyku örüntüsünde ise aktif uykunun (REM) miktarı azalır. Gündüz gece farkı altı hafta ile üç ay arasında gelişir ve gece uyku periyotları artmaya başlar (Owens ve Witmans 2004). REM dönemi uykusunun bebeklerde nöron büyümesinin uyarılmasına katkıda bulunduğu ve beyin gelişimini desteklediği düşünülmektedir (Türkbay ve Söhmen 2001, Özmert 2006).

Sosyal etkileşim ve ilgi bebeğin uyku davranışlarını şekillendirmesinde önemlidir. Bebeklik döneminde uyku zamanına ilişkin yapılan ritüeller ve emzik/battaniye gibi geçiş objeleri bebeğin rahat bir şekilde uykuya başlamasına yardımcı olabilir. Burnham ve ark. (2002) üç aylıktan büyük bebeklerin başparmağı/parmakları/elleriyle oynanmasının, altı aylıktan büyük bebeklerin yumuşak objeler ve kitap okumanın uykuya dalmalarına yardım ettiğini saptamışlardır.

Ayrılık anksiyetesi bebeğin yatmak istememesine, yatağa gitmeye karşı direnç göstermesine ve geceleri sorunlu bir şekilde uyanmasına neden olabilir. Bebeğin mizacı, ebeveynin özellikleri, kültürel uygulamalar, stresli yaşam olayları gibi etmenler de bebeğin gece sorunlu şekilde uyanmasına neden olabilir (Ward ve ark. 2007) Altı-on iki ay arasındaki bebeklerin yaklaşık %25-50'sinin geceleri sorunlu bir şekilde uyandıkları tahmin edilmektedir (Owens ve Witmans 2004). Zuckerman ve ark. (1987) orta sosyokültürel düzeydeki ailelerin longitudinal olarak izlenmesi sonucunda; sekiz aylık bebeklerin geceleri üç ya da daha fazla kez uyandıklarını, %8'inin uyandıktan sonra bebeği sakinleştirmek için bir saat ya da daha fazla süre harcadığını belirlemişlerdir. Bunun yanında bebeklik döneminde baş sallama, beşikte sallanma, kucakta, ayakta sallama gibi ritmik sallama ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır (Owens ve Witmans 2004).

Koturoğlu ve ark. (2004) altı ayın altındaki bebeklerin % 95'inin sırtüstü veya yan, % 81'inin anne ile aynı oda ve farklı yatakta uyuduklarını saptamışlardır. Davis ve ark. (1998) bir-altı ay arasındaki bebeklerin %60'ının (n=210) yan pozisyonda yattığını, yan yatışların altı aylıkken azaldığını %20'ye düştüğünü belirlemişlerdir. Bebeklerin sadece %44'ü bir-beş ay arasındaki uyku pozisyonlarını değiştirmemiş aynı pozisyonda uyumaya devam etmişlerdir. İlk altı ay içerisinde prone pozisyonunda uyuyan bebeklerin supine ve yan pozisyonda uyuyan bebeklere göre daha fazla uyanık kaldıkları saptanmıştır.

Erken Çocukluk Döneminde Uyku (12-36 ay): Erken çocukluk döneminde 24 saatin yaklaşık yarısı uykuda geçer. Çoğunlukla günde 2 kez 1.5-3.5 saat süren gündüz uykusu görülür. Gelişimsel bazı olaylar uykuyu etkileyebilir; hayal gücü ve fantezilerin gelişmesi gece korkularına yol açabilir. Otonomi ve bağımsızlık yatağa gitmek istememesine, direnç göstermesine neden olabilir. Özellikle 18-24 aylarda doruk noktasına ulaşan ayrılık anksiyetesi sıklıkla gece uyanmalarına neden olabilir. Bu yaş grubunda %25-35 oranında uyku sorunları görülmektedir. Bu dönemde uykuya dalmayla ilgili bozukluklar, yatağa gitmek istememe ve ailelerin bu direnci yönetme biçimiyle ilgili sorunlar görülmektedir (Owens ve Witmans 2004).

Okul Öncesi Dönemde Uyku (3-5 yaş): Bu dönemdeki çocuk bir gününün 11-12 saatini uykuda geçirir. Beş yaşındaki çocukların çoğu gündüz uykusunu bırakır. Bu dönemde çocuğun tutarlı yatma ve uyanma zamanının ayarlanmasına gereksinimi vardır. Uyku siklusu 90 dakikadır ve yüksek düzeyde yavaş dalga uykusunun görüldüğü bir uyku örüntüsü vardır. Uykuya dalma güçlükleri ve gece uyanmaları bu dönemde de görülmektedir (Owens ve Witmans 2004).

Okul öncesi dönemde şiddetli uyku sorunları yaşayan çocuklarda yaralanmaların ve yaralanma eğilimli davranışların daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Owens ve ark. 2005). Bu dönemde uyku sorunlarının %25-50 oranında görüldüğü, obstrüktif uyku apnesi sendromunun 3-7 yaş arasında en yüksek oranda gözlemlendiği belirtilmiştir (Brouillette ve ark. 1982). Okul öncesi dönemdeki çocuklarda uyku-uyanma bozukluklarının, az uyumanın davranış sorunları, zor mizaç, hırçınlık ve uyum güçlükleriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Lavigne ve ark. 1999, Bates ve ark. 2002). Sarı ve Altıparmak (2011) okul öncesi dönemdeki çocukların %30.4'ünün anneye birlikte uykuya daldığını, %24.3'ünün anne-babayla aynı yatağı paylaştığını saptamıştır. Uyku alışkanlıkları ve uyku sorunları ile anne-baba tutumları arasında ilişki bulunmaktadır. Ev kadınlığını reddetme tutumu, geçimsizlik tutumu ve disiplin tutumu çocuklarda uyku sorunları görülmesine yol açmaktadır (Sarı ve Altıparmak 2011).

Okul Döneminde Uyku (6-12 yaş): Bu dönemdeki çocukların çoğu 10-11 saat uyur. İlkokul çocuklarında gündüz uykulu görülme durumu uyku sorunlarının varlığını gösteren önemli bir belirtidir. Okul dönemi çocukluğu olumlu sağlık davranışlarının ve sağlıklı uyku alışkanlıklarının geliştiği bir dönemdir. Okul dönemindeki çocuklar özellikle yatağa gitmek istememekte, direnç göstermektedirler. Anne-babalar çoğunlukla okul dönemindeki çocuklara yatma zamanı geldiğini hatırlatmakta ve sabah uyandırmaktadırlar (Carskadon 2002). Bu yaşta obstrüktif uyku apnesi, yetersiz uyku, gece kâbusları, anksiyeteye bağlı uyku sorunları da görülebilmektedir. (Owens ve Witmans 2004, Archbold ve ark. 2002).

Yapılan bir çalışmada okul çocuklarının %27.1'inin ortalama 20 dakika içinde uykuya daldığı, %48'inin yatma zamanı nedeniyle anne-babasıyla çatışma yaşadığı, %58.8'inin yatağa gitmekte zorlandığı saptanmıştır. Okul çocuklarının %39.2'si haftada 2-4 kez çok az uyduğunu, %48.7'si sabahları berbat bir halde uyandığını belirtmiştir (Amschler ve McKenzie 2005). Çinli çocukların Amerikalı çocuklara göre yaklaşık yarım saat geç yattıkları ve yarım saat erken kalktıkları, ortalama uyku sürelerinin bir saat az olduğu bu nedenle de uyku sorunları ile gündüz uykusuzluk yakınmalarının daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Liu ve ark. 2005. Sadeh ve ark. 2003). Çocuklarda bir saat az uyumanın dikkat ve uyanıklığı olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Liu ve ark. 2005. Sadeh ve ark. 2003).

Liu ve ark. (2005) Okul dönemindeki çocuklarda uykuya dalma güçlüğü, karanlıkta uyumaktan korkma, uykuda konuşma, huzursuz uyku, uykuda diş gıcırdatma ve gündüz uykusuzluk görüldüğünü belirtmiştir.

Ergenlik Döneminde Uyku (13-18 yaş): Ergenlik döneminde en iyi uyku süresi dokuz saattir (Owens ve Witmans, 2004). Uyku ve uyanmayı kontrol eden

homeostatik mekanizmalar pubertal değişikliklerden etkilenmektedir (Carskadon 2002). Ergenlik döneminin başlarında cinsiyet hormonlarındaki ve melatonindeki değişimler sirkadyen ritimde değişikliklere yol açmakta, bu nedenle de yatma saatlerinin gecikmesi ve sabah uyanamama gibi uyku sorunları görülmektedir (Owens ve Witmans 2004, Carskadon 2002).

Ergenlerdeki uyku sorunları okulun erken saatlerde başlaması, okul dışı aktiviteler, hafta içi-hafta sonu kişisel zaman planlarındaki değişiklikler, ailesel ve psikolojik faktörler ve hormonal değişikliklerden etkilenmektedir (Ward ve ark. 2007, Carskadon 2002). Ergenler televizyon seyretmek, ödev yapmak, sosyal etkinlikler, okuldan sonra bir işte çalışmak gibi nedenlerle daha geç yatabilmektedir. Amerika'da dokuz ve 12. sınıftaki öğrencilerin %13'ü yatma saatlerinin ödevlerinden etkilendiğini belirtmişlerdir. Ergenlik döneminde yatma zamanına anne-baba müdahalesi daha az olmakta, çoğunlukla ergen kendisi uykusu geldiği zaman yatmaktadır (Carskadon 2002). Ergenlerin yatma saatlerini etkileyen önemli bir unsorda sosyal aktiviteleridir. Akran gruplarıyla birlikte olma, sosyal aktivitelere katılma ergenin geç saatte yatmasına neden olabilmektedir (Carskadon 2002). National Sleep Foundation (2006) raporuna göre 11-17 yaşları arasındaki ergenlerin %45'inin sekiz saatten daha az uyuduğu, %28'inin okulda haftada en az bir kez uyuyakaldığı, %14'ünün uyanamadığı için okula geç kaldığı saptanmıştır. Wolfson ve Carskadon (1998) 13-19 yaşlar arasındaki ergenlerde gündüz uykusuzluğun depresif duygu durumu, uyku-uyanma davranışı sorunlarıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Uyku Sorunlarının Sık Görüldüğü Çocuklar

Çalışmalar uyku bozuklukları görülen bebeklerde daha sonra çocukluk döneminde kronik uyku sorunları gelişebildiğini göstermiştir (Ward ve ark. 2007). Zuckerman ve ark. (1987) longitudinal izleme yaptığı çalışmasında sekiz aylıkken uyku sorunları yaşayan çocukların üç yaşına geldiklerinde uyku sorunlarının devam ettiğini, başlangıçta uyku sorunu olmayan çocukların ise %26'sının üç yaşına geldiğinde uyku sorunları ortaya çıktığını saptamıştır. Gelişimsel yetersizliği olan çocuklarda uyku sorunlarının sık yaşandığı bildirilmektedir (Diden ve ark. 1999, Richdale 2003, Dorris ve ark. 2008, Goodlin-Jones ve ark. 2009). Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda karanlıkta uyuyamama, uykuda huzursuzluk, gece uykudan uyanma, uykuda kabus görme, uykuda konuşma, uykuda dış gıcırdatma sorunları görülmektedir (Sarı 2010). Ertan ve ark. ise (2008) enürezisi olan çocuklarda uyku kalitesinin olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Fiziksel, cinsel istismara uğrayan ve travma geçiren depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikolojik sorunları olan çocuklarda uyku bozuklukları sık görülmektedir (Ward ve ark., 2007). Eşler arasındaki sorunların, stres, anksiyete ve depresyonun çocuğun gece sık uyanmasına yol açtığı açıklanmıştır (Ward ve ark. 2007). Bunun yanında çocukların kalıcı uyku sorunlarının olması annelerin de duygu durumunu etkilemektedir (Zuckerman ve ark. 1987).

Astım, juvenil romatoid artrit, orak hücre anemisi, kanser, kistik fibrozis gibi hastalıklarda çocukların uyku ve uyanma örüntüleri bozulmaktadır (Ward ve ark., 2007). Juvenil romatoid aritri olan çocuklar akut ve kronik ağrı nedeniyle geceleri

uykudan sık sık uyanmakta, uyku süreleri azalmakta ve gündüz uykusuzluk yaşamaktadırlar (Labyak ve ark 2003). Özellikle astım ve kistik fibrozis gibi solunum yolu hastalıkları çocuklarda uyku bozukluklarına yol açmaktadır (Amin ve ark, 2005). Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların %58.5'inde uyku bozukluğu belirtileri gözlenmiştir. Çocuklarda hastalığa bağlı yaşam kalitesi bozuldukça uyku sorunları da artış göstermektedir (Davis ve ark, 2011).

Analjezik, kortikosteroid, antihistaminik ve antikonvülzan ilaçlar gündüz şekerlemeye (uyuklamaya) neden olmakta ve çocuğun uyku düzenini bozmaktadır. Bu nedenle ilaç tedavisi alan çocukların uyku düzenleri dikkatle izlenmelidir (Ward ve ark., 2007).

Çocukların Uyku Hijyeni İçin Temel İlkeler

Anne-babalar bebeğin uyku düzenine saygı duymalı ve aile yaşantısında gerekli düzenlemeler yapmalıdır. Bebek ve çocuklar için uyku saati ile ilgili rutinler oluşturmalı, bu rutinler sevecenlikle uygulanmalıdır. Yatağa gitme zamanları anne-baba ile çocuk arasında çatışma ortamının yaratıldığı zamanlar olmamalıdır. Bir çocuk yatmak ve uyumak istemediği zaman bunun çeşitli nedenleri olabilir. Çocuğun uyku saatlerindeki değişiklikler, anne-babanın çocuğun uyku gereksinimini yanlış yorumlaması, çocuğun gereksiniminden fazla uyumasının istenmesi, aile içindeki sorunlar ya da çocuğun korkuları ve anksiyetesi nedenlerden bazıları olabilir (Ward ve ark., 2007). Bütün bu durumlar gözden geçirilmeli ve önlemler alınmalıdır. Çocukların yatağa gitme ve yatma zamanları düzenlenmeli, okul günlerinde ve tatil günlerinde yatma ve kalkma saatleri aynı olmalıdır. Küçük çocukları yatırdıktan sonra çocukla bir süre beraber olup onu sakinleştirmek (okşamak, kitap okumak, masal anlatmak gibi) ya da sevdiği bir oyuncakla uyumasına izin vermek yararlı olabilir. Yatağa gitme zamanı yaklaştığında sessiz bir ortam yaratılmalı, yatmadan önce yüksek enerji gerektiren oyunlar, aktivitelerden kaçınılmalıdır. Yatmadan önce heyecanlı filmler izlemek, egzersiz yapmak, uykuya dalma süresinin uzamasına, uyku süresinin azalmasına yol açmaktadır. Çocuk açken yatırılmamalı ayrıca yatmadan önceki iki-üç saat içerisinde ağır yemekler, büyük porsiyonlardan kaçınılmalıdır. Çocuk gün içerisinde ve özellikle uykudan önce kafein içeren çay, kahve, çikolata gibi içeceklerden uzak durmalıdır. Çocuğun her gün ev dışında düzenli sportif faaliyetler yapması uyku düzeni açısından yararlıdır ancak yatmadan önceki iki-üç saat içinde ağır egzersizlerden kaçınılmalıdır (Owens ve Witnams 2004, Özmert 2006, Özgen 2001).

Sağlıklı bir uyku için çevre de önemli bir etmendir. Bu nedenle çocuğun yatak odasının uygun ısıda, rahat, sessiz, karanlık olması gereklidir. Yatak odalarında hafif ışığı olan gece lambaları tercih edilebilir. Yatak odalarında televizyon bulundurulmamalıdır. Çocuklar televizyon karşısında uyumaya kolaylıkla alışabilirler. Çocuğun yatak odasında televizyon ya da bilgisayar bulunması durumunda çocuğun uyku zamanını kontrol etmek güçleşir. Bunun yanında çocuğun yatak odası boş zaman geçirmek ya da ceza vermek gibi farklı amaçlarla kullanılmamalıdır (Owens ve Witnams 2004, Özmert 2006, Özgen 2001).

Ergenler ise her gece gereksinimi olan uykuyu mutlaka almalı, bir gece az uyuyup sonraki günlerde uyku açığını kapatmayı tercih etmemelidirler. Gündüz şekerleme yapma gereksinimi olursa bunun süresinin kısa olmasına özen göstermeli ve şekerlemelerin akşam saatlerinde olmaması, öğle veya öğleden sonra olmasına dikkat edilmelidir. Eğer şekerleme yapıldığında gece uykuya dalma güçlüğü yaşıyorsa şekerlemelerden kaçınılmalıdır (Owens ve Witnams 2004, Özmert 2006, Özgen 2001).

Yapılan araştırmalara göre anne-babaların sağlıklı uyku alışkanlıkları ve nasıl geliştirilmesine ilişkin bilgi gereksinimleri bulunmaktadır, bu nedenle ailelerin uyku konusunda kapsamlı olarak eğitilmeleri gerekmektedir (Owens ve Jones 2011).

Pediatric Hemşirelerinin Uykuya İlişkin Yaklaşımları

Pediatric hemşireleri çalışma alanlarında çocuk ve ergenlerdeki uyku sorunlarını, uykuya bağlı davranış sorunlarını saptamada önemli bir konumdadır. Uykuya bağlı tanılanın yapılması ve sorunların saptanarak çözümlenmesi hemşirenin rol ve işlevleri kapsamındadır. Toplum sağlığı çalışmalarında ve sağlıklı çocuk izlemlerinde, ailelere çocuklarda sağlıklı uyku alışkanlıklarının geliştirilmesine yönelik danışmanlık yapılmalıdır. Okul sağlığında ise hem okul çocuklarına-ergenlere hem de ailelere ve öğretmenlere uykunun önemine ve uyku alışkanlıklarının geliştirilmesine yönelik eğitimler düzenlenebilir. Okullarda, özellikle yetersiz uykunun öğrenme, dikkat, davranış ve güvenlik üzerine olumsuz etkileri açıklanmalıdır. Klinikte çalışan hemşireler ise bakım verdikleri çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku sorunlarını mutlaka değerlendirmelidir. Klinikte özellikle uyku saatlerinde yapılan izlemler ve tedaviler çocukların uykularının bölünmesine ve yetersiz uykuya yol açabilir. Bu nedenle klinikte bakımlar çocukların uyku durumları da göz önüne alınarak düzenlenmelidir. Pediatric hemşireleri çocuğun büyüme gelişmesi, fiziksel-psikolojik-sosyal sağlığı açısından uykunun önemini kavramalı ve girişimlerini planlarken bu bilgiyi göz ardı etmemelidirler. Uyku sorunları yaşayan çocuk ve ergenlerin doğru merkezlere yönlendirilmesi de hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır. (Ward ve ark., 2007)

Sonuç olarak;

Çocukluk döneminde uyku sorunlarına sık rastlanmaktadır. Uyku sorunları görülen bebekler çocukluk dönemine geldiklerinde kronik uyku sorunları gelişebilmektedir. Bu nedenle sağlam çocuk izlemlerinde çocukların uyku davranışları ve sorunlarına ilişkin değerlendirmeler yapılması ve sorunlar erken dönemde tanımlanarak ailelere uykuya ilişkin danışmanlık yapılması önemlidir.

KAYNAKLAR

- Amin R, Bean J, Burklow K & et al. The relationship between sleep disturbance and pulmonary function in stable pediatric cystic fibrosis patients. *Chest*. 2005; 128 (3): 1357–1363.
- Amschler DH, McKenzie JF. Elementary students' sleep habits and teacher observations of sleep-related problems. *J Sch Health*. 2005; 75 (2):50-56.
- Archbold KH, Pituch KJ, Panahi P & et al. Symptoms of sleep disturbances among children at two general pediatric clinics. *J Pediatr*. 2002; 140 (1), 97– 102.
- Bates JE, Viken RJ, Alexander DB & et al. Sleep and adjustment in preschool children: sleep diary reports by mothers relate to behavior reports by teachers. *Child Dev*. 2002; 73 (1): 62–74.

- Brouillette RT, Fernbach SK, Hunt CE. Obstructive sleep apnea in infants and children. *J Pediatr.* 1982; 100 (1), 31-40.
- Burnham M, Goodlin-Jones BL, Gaylor E & et al. Use of sleep aids during the first year of life. *J Pediatr.* 2002; 109(4): 595-601.
- Carskadon MA. *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social, and Psychological Influences.* Cambridge University Press, 2002; 1-20.
- Davis ID, Greenbaum LA, Gipson D & et al. Prevalence of sleep disturbances in children and adolescents with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol.* 2011; DOI 10.1007/s00467-011-2010-y.
- Davis BE, Moon RY, Sachs HC & et. al. Effects of sleep position on infant motor development. *J Pediatr.* 1998; 102 (5): 1135-1140.
- Diden R, Korzilius H, Van Aperlo B & et al. Sleep problems and daytime problem behaviours in children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2002; 46 (7); 537-547.
- Dorris L, Scott N, Zuberi S & et al. Sleep problems in children with neurological disorders. *Dev Neurorehabil.* 2008; 11(2): 95-114
- Ertan P, Yılmaz Ö, Çağlayan M. ve ark. (2008) Monesemptomatik entüresis nokturnal çocuklarda uyku kalitesi, depresyon ve yaşam kalitesinin ilişkisi. 4. Uludağ Pediatri Kış Kongresi Poster Özetleri. *Güncel Pediatri.* 2008; 6 (EK 1): 244.
- Ertuğrul A, Rezaki M. Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Derg.* 2004; 15(4):300-308
- Goodlin-Jones B, Schwichtenberg AJ, Iosif AM & et al. Six-month persistence of sleep problems in young children with autism, developmental delay, and typical development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 48(8):847-54.
- Guyton A, Hall J. Çeviri Ed.: Hayrünissa Çavuşoğlu, Tıbbi Fizyoloji, Dokuzuncu Edisyon, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1996; 761-763.
- Kaynak H. Uyku, Uykusuzluk mu? Aşırı Uyku mu? Doğan Kitap İstanbul, 2008; 17-25.
- Koturoğlu G, Akşit S, Kurugöl Z. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk polikliniği'nde izlenen bebeklerin yatış pozisyonunun değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi.* 2004; 39: 78- 82
- Labyak SE, Bourguignon C, Docherty S. Sleep quality in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Holist Nurs Pract.* 2003; 17(4): 193- 200.
- Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D & et al. Sleep and behavior problems among preschoolers. *J Dev Behav Pediatr.* 1999; 20(3):164-9
- Liu X, Liu L, Owens JA & et al. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *J Pediatr.* 2005; 115(1): 241-249.
- National Sleep Foundation. Sleep in America poll, 2006. <http://www.sleepfoundation.org>. (Erişim tarihi: 27/01/2010)
- Owens JA, Jones C. Parental knowledge of healthy sleep in young children: results of a primary care clinic survey. *J Dev Behav Pediatr.* 2011; 32(6):447-53.
- Owens JA, Fernando S, Mc Guinn M. Sleep disturbance and injury risk in young children. *Behav Sleep Med.* 2005; 3(1), 18-31
- Owens JA, Witmans M. Sleep problems. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2004; 34:154-179.
- Özgen F. Uyku ve uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası.* 2001; 5:41-48
- Özmert EN. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: Aile. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2006; 49: 256-273.
- Öztürk L. Yanıtını arayan eski bir soru: niçin uyuruz? *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 2007; 70(4): 114-121.
- Richdale A. A descriptive analysis of sleep behaviour in children with Fragile X'. *J Intellect Dev Disabil.* 2003; 28 (2):135-144.
- Sadeh A, McGuire J, Sachs H & et al. Sleep and psychological characteristics of children on a psychiatric inpatient unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995; 34(6):813-819.
- Sarı HY, Altıparmak S. Sleep and parenting styles in preschool children in Turkey. *Int J Child Health Hum Dev.* 2011; 4(2):203-212.

- Sarı HY. Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda uyku sorunları. Yeni Tıp Dergisi. 2010; 27 (3): 151-155.
- Stores G, Wiggs L. Sleep Disturbance in Children and Adolescents with Disorders of Development. Cambridge University Press, Cambridge, 2001; 10-14.
- Türkbay T, Söhmen T. Çocuk ve ergenlerde uyku bozuklukları. Gülhane Tıp Dergisi. 2001; 43(2):186-190, 2001.
- Ward TM, Rankin S, Lee KA. Caring for children with sleep problems. J Pediatr Nurs. 2007; 22(4):283-296.
- Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. Child Dev. 1998; 69 (4): 875-887.
- Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. J Pediatr. 1987; 80(5): 664-671.

KANSER TEDAVİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIM: BİYOTERAPİ VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

THE CURRENT APPROACH TO CANCER TREATMENT:
BIOTHERAPY AND NURSING MANAGEMENT

Öğr.Gör. Nazmiye ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU* Yard.Doç.Dr. Esra OKSEL*
Prof.Dr. Çiçek FADİLOĞLU**

*E.Ü. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

**E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dekanı

ÖZET

Biyoterapi immun sistemi aktive eden biyolojik ajanların kullanımını tanımlamada kullanılan bir terimdir. FDA (Food and Drug Administration) biyoterapiyi yaşayan organizmaların kullanımı veya spesifik amaçlar için hayvanlarda ya da plantlarda üretim, değişim veya gelişim sağlamak amacıyla yaşayan organizmalardan alınan ürünler olarak tanımlamıştır. Kanser tedavisinde biyoterapinin kullanımı giderek artmaktadır. Bu yüzden hemşireler optimal hasta bakımını sağlamak için bu tedavi şekli hakkında bilgiye sahip olmalıdırlar. Biyoterapi alan hastada kaliteli bakımın sağlanması için hemşirelik yönetimi hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bireye özgü olarak planlanmalıdır. Hemşireler yan etkilerin yönetimi, hasta eğitimi, ekonomik konular ve psikososyal konular olmak üzere hasta bakımını dört alanda sağlamalıdır. Hemşireler yan etkileri azaltacak girişimlerle yorgunluk ve diğer semptomların en aza indirilmesini sağlamalıdır. Hastanın ve aile üyelerinin tedavi süreci, yan etkilerin gözlenmesi ve rapor edilmesi konularında eğitim verilmelidir. Sağlık alanında 2000 yıllarda meydana gelen değişikliklerle birlikte biyoterapi alanında FDA onaylı ajanların kullanımı daha sıklıkla görülecektir. Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin de tedavi yaklaşımını anlamaları ve bu alandaki gelişmelere katılmaları gerekecektir. Bu makale de yeni bir kavram olan biyoterapi ve biyoterapi alan hastanın bakımı tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Biyoterapi, hemşirelik yönetimi, kanser.

ABSTRACT

Biotherapy is used to describe the use of biologic agents to activate the immun system. The Food and Drug Administration (FDA) defines biotherapy as 'the use of living organisms or products derived from living organisms to produce modify or improve a plan tor animal for a specific purpose. The use of biotherapy as a treatment for cancer is increasing. Nurses need to be knowledge about this treatment to provide optimal patient care. Providing quality care for patients biotherapy nursing management of patients biotherapy needs to be planned as the individual specific. Nurses should provide four areas when caring for the patient receiving biotherapy: side effects management, patient education, economic issues, and psychosocial issues. Nurses to minimize side effects and patient initiatives which are necessary to ensure the comfort of initiatives are planned. Nurses in fatigue and other symptoms of the patients in activities of daily living activities to help

plan and helps the patients symptoms can be tolerated. Patient and family in terms of side effects, side effects in the field of observation and reporting of training should be given. As healthcare moves to into the year 2000, the area of biotherapy will see mora FDA-approved agents used as Standard cancer treatment. Nurses who provide care for persons with cancer need to understand this treatment approach and to participate actively in its development. This article is a new concept in patient care biyoterapi and biyoterapi field will be discussed

Key Words: Biotherapy, nursing management, cancer.

GİRİŞ

Biyoterapi immun sistemi aktive eden biyolojik ajanların kullanımını tanımlamada kullanılan bir terimdir. FDA (Food and Drug Administration) biyoterapiyi yaşayan organizmaların kullanımı veya özel amaçlar için hayvanlarda ya da ekitlerde üretim, değişim veya gelişim sağlamak amacıyla yaşayan organizmalardan alınan ürünler olarak tanımlamıştır (Demeyer ve Stein 1999).

Biyolojik yanıt değiştiriciler olarak bilinen, biyolojik ajanlar kanser hücreleri için immün yanıtın hazır olmasını sağlama özelliğine sahip doğal oluşan ya da rekombinant maddelerdir. Ayrıca biyolojik ajanların kanser hücreleri üzerinde büyümenin, metastazın engellenmesi gibi direkt etkileri de vardır (Devita ve ark. 1997, Itano ve Taoka 2005, Joyce 2004, Loesscher 2000). Birçok klinisyen biyolojik ajanları tanımlamak için immünoterapi ifadesini kullanmaktadırlar. İmmünoterapinin alt kategorileri;

- **Adoptive pasif immünoterapi;** immün ürünlerin duyarlılaştırılmasının yönetimi veya transferidir. Lenfosit aktif öldürücü hücrelerinin kullanımı ve tümör infiltre lenfositlerin kullanımı adoptif immünoterapiye örnektir.
- **Aktif immünoterapi;** tümörün büyümesinin gerilemesine neden olabilecek immün yanıtın ortaya çıkarılmasıdır. Kanserde aşuların kullanımı aktif immünoterapiye örnektir.
- **Kemoimmünoterapi;** kemoterapi ve immünoterapinin birlikte yapıldığı tedavi modelidir (Tomaszewski ve ark. 1995).

Literatürde biyolojik ajanlar beş ana grupta sınıflandırılmıştır;

- İnterferonlar
- Koloni uyarıcı faktörler
- İnterlökinler
- Monoklonal antikorlar
- Diğer biyolojik ajanlar (levamisole, TNF, efektör hücreler ve aşular) (Tomaszewski ve ark.1995,Coleman 1998,)

İnterferonlar (IFN):

IFN hem antiviral hem de antitümör etkiye sahiptirler. IFN protein sentezini ve DNA üretimini inhibe ederek kansere yanıt verir. Doğal öldürücü hücreleri aktive ederek immün yanıtı uyarır. İnterferonlar (IFN) antijenik yapı ve kaynaklarına göre alpha (granülosit salgısı), beta (fibroblast salgısı), gamma (T-lenfositlerin salgısı)

olarak üç ana türe ayrılmıştır (Aslan ve Olgun 2010). FDA tarafından üç tip interferonda kullanımı onaylanmıştır. FDA Alfa IFN'un Hary Cell Lösemi ve AIDS'e bağlı Kaposi sarkomunun tedavisinde kullanımı, Beta IFN'un multiple skleroz tedavisinde, Gamma IFN'un kronik granülomatöz hastalıkların tedavisinde kullanımını onaylanmıştır (Joyce 2004, Aslan ve Olgun 2010).

İnterlökinler:

İnterlökin ifadesi lökositler arası olarak tanımlanabilir. İnterlökinler lökositler arasında kimyasal mesajcı olarak görev yapmaktadır. İmmün hücrelerin üretimi ve aktivasyonunun uyarılması ve ek sitokinlerin sekresyonunun uyarılması olmak üzere interlökinlerin iki temel işlevi vardır. İnterlökinler vücudun birçok sisteminde oluşturdukları toksititeler ile çeşitli ve yaygın biyolojik etkilere sahiptirler (Tomaszewski ve Delapena. 1996).

Yan etkilerinin çok fazla olması nedeniyle protokollerde hasta seçimi zor olmaktadır. Birlikte başka hastalığı olanlarda düşük doz subkutan interlökin 2 ile daha fazla düşük doz subkutan IL2 ile daha az yan etki ve benzer etkililik gözlenmiştir (Özet ve ark. 1996).

Koloni Stimüle Edici Faktörler:

Koloni stimüle edici faktörler hematopoezisi ve matür kan hücrelerinin işlevlerini düzenlerler. İsimleri etkiledikleri spesifik hücre yollarına dayanır. FDA'nın kabul ettiği Granulöst-Koloni Stimüle Edici Faktör (G-CSF); nötrofillerin proliferasyonunu ve farklılaşmasını uyarır. (EPO) Eritropoetin alfa; eritropoetin, kırmızı kan hücrelerinin matürasyonunu uyarır, Granulöst-Makrofaj Koloni Stimüle Edici Faktör (GM-CSF); nötrofillerin, eozinofillerin ve makrofajların proliferasyonunu ve farklılaşmasını uyarır. CSFs'in kimyasal tedavi ile birlikte adjuvant olarak kullanıldıklarında kemik iliği rejenerasyonunu destekleyici etkileri vardır (Buchsel ve Demeyer 2006).

Monoklonal Antikorlar (MoAbs):

Antikorlar yabancı antijenlere yanıt için B-lenfositleri tarafından üretilen protein maddelerdir. Melezleme (hybridoma) teknolojisi ile antikorların kanser tedavisinde kullanımına 1980'lerin ortalarında izin verilmiştir. Bu çok aşamalı süreç farelere tümör antijeninin enjeksiyonu ile başlamıştır. Canlı kanser hücrelerinden enjeksiyonu sonucunda, immün yanıt ile antikor üretilmesi örnek olarak verilebilir. Farelere kanser hücresi enjekte edildikten sonra dalakta B-lenfositler oluşur ve antikor üretimi meydana gelir. B-lenfositler hücre kültüründe sınırsız yaşam süresine sahip olan hücrelerle birleşirler. Melez olarak tabir edilen bu birleşmiş hücreler, kültürde belirsiz bir şekilde büyüyebilir ve monoklonal antikorlar adı verilen MoAbs üretilir (Devita ve ark 1997, Schmidt ve Wood 2003). MoAbs FDA tarafından tümör alanının gözlemi ve izlediği yolu belirlemek için diagnostik ajanlar olarak kabul edilmektedir (Demeyer ve Stein 1999).

Monoklonal antikorlar intravenöz olarak uygulanır. Günümüzde intravenöz, intralenfatik, intraperitoneal ya da intraarterial infüzyon uygulamaları incelenmektedir (Itano ve Taoka 2005).

Monoklonal antikorların yan etkileri uygulamayı takip eden yedi gün içerisinde ateş, üşüme/titre ve terleme şeklinde görülmektedir. Bu semptomlar antikorlar dolaşımdaki hücrelere yapıştığı zaman ortaya çıkmaktadır. Bütün bu yan etkiler premedikasyon ile kolayca yönetilebilir. Geç toksisite 2–4 hafta sonra görülür ve serum hastalığı olarak bilinir. Semptomları; ürtiker, pruritis ve kaslarda ağrıdır. Serum hastalığı MoAbs ile birlikte immün komplekslerin ve tümör antijenlerinin dokularda birikmesi sonucu oluşur. Genellikle semptomları tedavinin ilerleyen zamanlarında çözümlenmesine rağmen kortikosteroidleri gerektirir (Tomaszewski ve Delenapena 1996, Demeyer ve Stein 1999).

Diğer Biyolojik Ajanlar:

Tümör Nekrotizan Faktör (TFN), levamisole ve efektör hücreler olmak üzere üç grup biyolojik ajan tanımlanmıştır (Demeyer ve Stein 1999).

Tümör Nekrotizan Faktör (TNF):

Kanserli hastalarda makrofaj ve T-lenfositlerden salgılanan bu maddelerin bazen tümörlerin erimesine yardımcı olduğu deneysel olarak görülmüştür. Tümör Nekrotizan Faktör (TNF) adı verilen bu maddelerin aynı zamanda kanser kaşeksi nedenlerinden biri olduğu da izlenmiştir (Buchsel ve Demeyer 2006, Aslan ve Olgun 2010).

TNF'nin kanser hücreleri üzerindeki etkisi şöyledir:

- Hücre siklusunun G0 fazında hücreleri yakalar ve tümörün nekrozuna neden olur.
- Diğer sitokinlerin sekresyonunu uyarır ve inflamasyon oluşturur.
- Antijenlerin tanınmasında ve hematopoezisin sağlanmasında efektör hücrelerin fonksiyonunu artırır.
- Kollajenlerin sentezini uyarır ve vasküler koagülasyon sisteminin aktivasyonunu sağlar.
- Tümördeki yeni kapiller ağın şekillenmesini önler.

Klinikte TNF bolus, devamlı IV infüzyon ve subkutan enjeksiyon şeklinde uygulanmaktadır. En genel yan etkileri ateş, üşüme/titre, kas ağrısı ve baş ağrısı gibi gribe benzer semptomlardır. Yüksek dozda üşüme/titre, taşikardi ve hipertansiyona neden olabilir. Enjeksiyon bölgesinde lokal deri reaksiyonları ve yorgunluk da genel semptomlardandır. Bulantı, kusma ve kardiyopulmoner semptomlar ise çok yaygın değildir (Itano ve Taoka 2005, Gobel 2007). TNF tedavi sürecinde tüberküloz (TBC) riski, özellikle ülkemiz gibi TBC prevalansının yüksek olduğu topluluklarda büyük önem kazanmaktadır. TNF- α granülom oluşumunu kolaylaştırıp, mikobakteriyel enfeksiyonların savunmasında önemli rol oynayan bir sitokindir. Bu nedenle anti-TNF tedaviler granülom formasyonunu da bozarak, TBC reaktivasyonuna yol açacaktır. Anti-TNF tedavi öncesinde bir dizi araştırma tüm hastalara mutlaka yapılmalıdır (Tezel 2010). Klinik denemeler henüz optimal biyolojik dozu doz takvimini ve spesifik antitümör aktivitelerini belirleyememiştir. Toksikite şiddeti kansere karşı etkili olan yüksek doz kullanımıyla sınırlıdır (Tomaszewski ve ark 1995).

Levamisole:

Levamisole immün sistem üzerindeki yararlı etkisi nedeniyle oral sentetik antihelmintik ajan sınıfına giren biyolojik ajandır. FDA levamisole'u kolon kanseri için fluorouracil ile adjuvant tedavi gibi kabul etmektedir ve böylece hastaların yaşam oranı arttırılmaktadır. Yan etkileri minimaldir. Oral olarak verilen tek biyolojik ajandır (Tomaszewski ve Delenapena 1996).

Effektör Hücreler:

Effektör hücreler kanser tedavisindeki biyolojik yaklaşımlara örnektir. Bu biyolojik yaklaşım; kanser tedavisi için immün hücrelerin laboratuvar koşullarında aktivasyonu veya duyarlılaştırması ve tekrar hastaya verilmesini içerir. Bu hücreleri elde etmek için, immün hücreler aferez veya cerrahi yol ile hastadan alınır. Laboratuarda bu immün hücreler IL-2 ile aktive edilir veya duyarlaştırılır ve çok sayıda üretilir. Bir kısmı sonraki tedaviler için dondurularak muhafaza edilir (Devita ve ark 1997). Dinlenmedeki bu hücreler 200-300 ml ambalajlar ile iki veya dörde ayrılır ve yavaş infüzyon ile hastaya IV olarak 2-5 günlük periyotlar halinde verilir. Uygulamada hücrelere zarar verebileceği için intravenöz pompalar kullanılmamalıdır (Tomaszewski ve Delenapena 1996).

Yaygın toksiteleri grip benzeri semptomlar ile gösterir. Antipiretik premedikasyonu bu semptomları azaltabilir. Olası potansiyel alerjik reaksiyonlardan dolayı uygulama özel veya yoğun bakım ünitelerinde yapılmalıdır (Devita ve ark 1997).

Günümüzdeki çalışmalarda efektör hücreler için;

- Laboratuarda ayrılma, büyüme ve korunma tekniklerinin geliştirilmesi,
- Hastaların yanıtlarının yükseltilmesi (oran son çalışmalarda %30-40' tır),
- Etkinliklerinin arttırılması için genlerin içine sokularak hücre genetiğinin değiştirilmesi,
- Diğer tedavilerle birlikte kombinasyonu konuları üzerinde durulmaktadır (Tomaszewski ve Delenapena 1996).

Biyolojik Ajanların Yaygın Yan Etkileri

Biyolojik ajanların yaygın sistemik yan etkileri vardır. Bu yan etkiler doza bağlıdır ve yüksek doz yan etkilere duyarlılığı arttırır. Etkiler sürekli değildir ve genellikle tedavi dozu azaltılır. Her bir biyolojik ajanının yan etkileri farklı olmakla birlikte en yaygın etkileri yorgunluk ve grip benzeri yan etkileridir. Grip benzeri tablo ateş, miyalji, atralji ve baş ağrısı ile karakterizedir. Bu semptomların uzun sürmesi anksiyete ve emosyonel strese neden olmaktadır (Coleman 1998, Tomaszewski ve Delenapena 1996).

Çeşitli derecelerdeki ateş genellikle birçok biyolojik ajanlarda görülebilir ve bu durum ajanın uygulama dozuna bağlıdır. Beden ısısı artışı (40°C üstünde) ajanların başlangıç dozunda meydana gelebilir. Bu duruma oryantasyon bozukluğu ve konfüzyonda eşlik edebilir. Bu tablo sıklıkla hastaya bakım verenlerde de strese neden olmaktadır (Coleman 1998).

Yorgunluk; diğer bir yan etkidir. Zayıflık, enerji azlığı, uyku hali, konsantrasyon bozukluğu ve tükenmişlik ile karakterizedir. Biyolojik ajanlardan IL-2, TFN ve GM-CSF kullanımında yorgunluk yaygın olarak rapor edilmiştir (Tomaszewski ve Delenapena 1996, Demeyer ve Stein 1999, Newton ve Jackowski 2002, Porock ve Juenger 2004). İnterferon Alpha hastaların %70'inde yorgunluk nedenidir.İnterlökin ile interferon birlikte kullanıldığında hastaların semptom bildiriminde yorgunluk %100 ulaşmıştır (Porock 2005).

Hepatik fonksiyon değişiklikleri, anoreksiya ve kilo kaybı, tat değişiklikleri, bilişsel fonksiyon ve davranışların bozulması ile karakterize mental değişiklikler biyolojik ajanların diğer yan etkileridir. Mental değişiklikler doz ile sınırlıdır ve tedavi kesildiğinde düzelir. Mental değişiklikler genel olarak konfüzyon, depresyon, konsantrasyon zorluğu ve uyku hali olarak rapor edilmiştir. Mental değişiklikler çoğunlukla IL-2 kullanımında ve uzun süre IFN veya GM-CSF kullanımında görülmektedir (Tomaszewski ve Delenapena 1996, Demeyer ve Stein 1999).

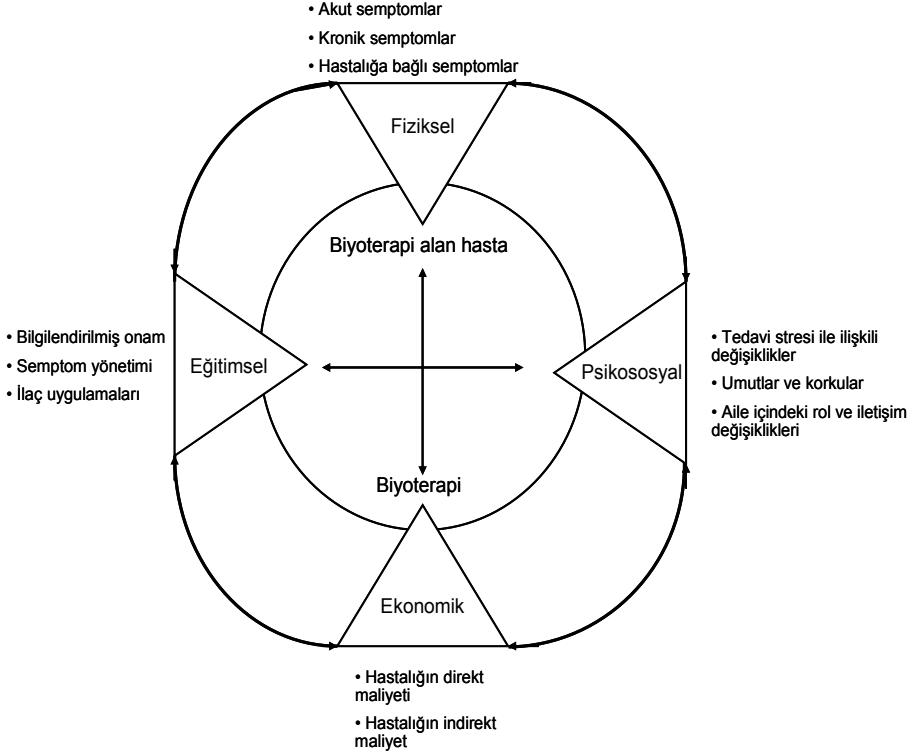
IL-2 tüm organ sistemlerini etkileyen tek biyolojik ajandır. IL-2 yan etkileri yukarıda sayılanlara ek olarak bulantı, kusma, diyare, ciltte deskuamasyon ve kapiller kaçış sendromunu içerir. Kapiller kaçış sendromu birçok organ sistemlerinin kollapsına neden olabilir (Demeyer ve Stein 1999, Itanove Taoka 2005).

Biyolojik Ajanların Uygulama Yolları

Biyolojik ajanların uygulama takvimi ve zamanı uygulanan ajana bağlıdır. Biyolojik ajanlar protein maddeleri ve sindirim enzimleriyle kolayca yıkılabildiklerinden levamisole dışında nadir olarak oral yoldan verilirler. FDA biyolojik ajanların subkutan enjeksiyon veya intravenöz infüzyon şeklinde uygulanmasını uygun bulmaktadır. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda biyolojik ajanlar subkutan enjeksiyon ve intravenöz, intrakavital, intraarterial veya intralenfatik infüzyon şeklinde uygulanmaktadır (Tomaszewski ve Delenapena 1996).

BİYOTERAPİDE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Kanser tedavisinde biyoterapinin kullanımı giderek artmaktadır. Bu nedenle hemşireler hasta bakımını sağlamak için bu tedavi şekli hakkında bilgiye sahip olmalıdırlar. Biyoterapi alan hastanın kaliteli bakım sağlanması için hemşirelik yönetimi hastanın gereksinimleri doğrultusunda bireye özgü planlanmalıdır (Şekil 1). (Demeyer ve Stein 1999). Genel olarak biyoterapi uygulamasında öncelikle hastanın kapsamlı ön değerlendirmesi yapılmalı daha sonra sırası ile biyolojik ajanların doz ve uygulama işlemleri, yan etkilerinin yönetimi, hasta ve ailesinin eğitimi, hasta ve ailesini etkileyen ekonomik konular ve psikososyal gereksinimler hemşirelik yönetiminde yer almalıdır (Coleman 1998, Itanove Taoka 2005).



Şekil 1: Biyoterapide Hasta Gereksinimleri: Kavramsal model

Kaynak: Itano JK, Taoka KN (2005). Core Curriculum for Oncology Nursing. 4 th edition. Oncology Nursing Society.

ÖN DEĞERLENDİRME

Ön değerlendirmede; hastanın tanısı (özellikle kanserin tipi ve evresi), daha önce aldığı kanser tedavileri ve hastanın tedaviye cevabı, hastanın mevcut tedavi planı, tedavinin hedefleri, tedavi sırasında hastanın yanıtı değerlendirilmelidir (Vizcra 2006).

Bireysel sağlık/hastalık öyküsünde; hastanın yaşı, var olan başka hastalıkları (kronik hastalıklar biyoterapinin yan etkilerini artırabilir: kalp hastalıkları, DM, nörolojik ya da psikiyatrik hastalıklar, akciğer hastalıkları, hipertansiyon, psöriazis), kullandığı ilaçlar değerlendirilmelidir. Özellikle biyoterapik ajanlarla etkileşime girebileceği düşünülen aspirin, streoidler, (IL-2 ile etkileşime girer), nonstreoid antienflamatuar ilaçlar, imonosupresifler, antihipersensitif ilaçlar tanımlanmalıdır (Itano ve Taoka 2005, www.rheumatology.org.uk/includes/documents/am_docs/ 2009).

Fiziksel muayenede; tedavi başlangıcından önce ve biyoterapiye yanıtı değerlendirmek için belirli aralıklarla hastanın tüm sistem muayenesi yapılmalıdır (Tablo 1) (Itano ve Taoka 2005).

Tablo 1: Fizik Muayene ve Laboratuar Bulguları

Fiziksel Muayene	
Kardiyovasküler	Kalp hızı ve ritmi, anormal kalp sesleri, ortostatik hipotansiyon
Pulmoner	Solunumun sayısı, tipi, solunum sesleri
Gastrointestinal	Beslenme durumu, yeme alışkanlıkları, mukozit varlığı, karın çevresi ölçümü
Nörolojik	Oryantasyon, hafıza, dikkat, zihinsel algılama durumu
Deri	Eritem, lezyonlar, turgorda azalma, kuruluk, alopesi
Genel	Grip ve ateş semptomlarının varlığı, yorgunluk
Laboratuar Bulguları	
Kan	Lökosit, hemogloblin ve hemotokrit düzeyleri, trombosit miktarı.
Böbrek Fonksiyon	Kan üre nitrojeni ve kreatin değerleri.
Karaciğer Fonksiyon	LDH, alkalen fosfataz, SGOT, bilirubin düzeyleri
Beslenme Parametreler	Elektrolitler, protein ve albümin düzeyleri.
Tanı Sonuçları	Tüm tanı sonuçları

Hastanın psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra; hasta ve ailesinin teşhis, tedavi, destek sistemlerine yönelik beklenti ve hedeflerinin değerlendirilmesi de gerekmektedir (Demeyer ve Stein 1999, Itano ve Taoka 2005).

BİYOLOJİK AJANLARIN HAZIRLANMASI VE UYGULANMASI

Hemşireler biyolojik ajanların hazırlanması, uygulaması ve yönetiminden birincil olarak sorumludurlar. Biyolojik ajanlar genellikle protein içeren preparatlar olduğu için hazırlanmasında ve saklanmasında özellikle üretici firma önerilerini dikkate alan bir prosedür oluşturulmalıdır. Hemşireler bir ilacı uygulamadan önce ilacın normal dozu, yan etkileri, koruyucu önlemleri ve önerilen maksimum konsantrasyonu bilmek durumundadırlar. Biyolojik ajanlar protein içeriğine sahip oldukları için ısı ve sıcaklıktan korunmalı, buzdolabında saklanmalı ve hazırlanmasında asla çalkalanmamalıdır (Coleman 1998). Uygunsuz saklama sonucunda biyolojik ajanlar inaktif olabilir. Biyolojik ajanların taşınmasında soğutucular kullanılmalıdır. Uygulama öncesinde ise biyolojik ajanların oda ısısına gelinceye kadar ısıtılması gerekir. İnstabil olmalarından dolayı hastanede/klinikte veya hasta evinde hemşire veya eczacı tarafından hızlı olarak hazırlanmalıdır. Hazırlanma koşulları üreticiler tarafından belirlenmiştir ve doğru adımlar kullanılarak hazırlanmalıdır (Tomaszewski ve ark 1995).

Biyolojik ajanların ilacı hazırlayan ve uygulayan kişiler üzerindeki etkileri tam olarak bilinmemektedir. Bu yüzden hazırlayan ve uygulayan kişilerin biyolojik ajanlar ile gereksiz temastan kaçınmaları gereklidir. Bazı enstitüler hazırlanma ve kullanım konuları için özel politikaları izlemektedirler. Bu politikalar Onkoloji Hemşireler Birliği'nin biyolojik ajanlar için oluşturduğu rehberlere dayanmaktadır. Ayrıca biyolojik ajanların hazırlanması ve yönetimi için sağlık çalışanlarının kullanabileceği "Mesleki Güvenlik ve Sağlık Yönetimi" (Occupational Safety and Health Administration) gibi standart bir rehber bulunmaktadır (Itano ve Taoka 2005).

Biyolojik Ajanların Uygulanması

Biyoterapi uygulamadan önce ateş, kan basıncı, solunum değerleri ölçülmelidir ve doktor tarafından istemi yapılan premedikasyon uygulanmalıdır (Itano ve Taoka

2005). Tüm girişimlerde olduğu gibi biyolojik ajanların uygulaması ve hazırlanmasında aseptik ürünler kullanılmalıdır. Uygulama sırasında hasta için gerekli olabilecek acil cihaz ve desteklerin kullanıma hazır olup olmadığı kontrol edilmeli ve yerleri tanımlanmalıdır (Tomaszewski ve Delenapena 1996).

İlaç dozu hesaplarırken, standardize edilmiş toplam doz ve vücut yüzey alanının yüzdesi ya da kilonun yüzdesi, doz ayarlanırken ise hastanın organ fonksiyonları ve ilaç toksisitesinin derecesi (yorgunluk, mental durum değişiklikleri, hematolojik değerler) dikkate alınmalıdır. Olası ilaç komplikasyonlarına karşı multidisipliner yaklaşım ile tedavi takvimi hastanın ilacı daha iyi tolere edebileceği zamana göre ayarlanmalıdır (Itano ve Taoka 2005).

YAN ETKİLERİN YÖNETİMİ

Bilindiği gibi, biyolojik ajanlar çeşitli yan etkilere neden olabilirler ve bireyin yaşam kalitesini etkilerler. Hemşire, farklı ajan veya yaklaşımların potansiyel yan etkileri hakkındaki bilgisiyle bu yan yönetebilir (Demeyer ve Stein 1999, Itano ve Taoka 2005).

Biyolojik ajanların yan yönetiminde olası yan etkileri bilmek ve uygulama sırasında sıklıkla görülen yan etkileri değerlendirmek gerektirmektedir. Bunun yanı sıra hemşire doktor tarafından istemi yapılan laboratuvar değerlerini de takip etmelidir (Demeyer ve Stein 1999).

Biyoterapi Yan Etkilerini ve Görülme Sıklığını Azaltmak İçin Uygulanabilecek Hemşirelik Girişimleri:

Deri Reaksiyonları:

Hasta eğitimi anahtar rol oynamaktadır.

- Hastaya cildinin nemlendirici kullanmasını önermek (nemlendirici alkolsüz su bazlı olmalıdır.)
- Deri temizliğini sabunla yapmaması gerektiğini söylemek
- Hastaya sıkmayan giysiler giymesini söylemek
- Güneş ışığına maruz kalmaktan kaçınması söylemek
- Deri döküntüsü oluşmuş hastaların çok fazla tuzlu ve klorlu suda yüzmelerini önermek (Newton ve Jackowki 2002).

Mental Durum Değişiklikleri :

- Mental durumu düzenli aralıklarla değerlendirmek
- Aileye davranış değişiklikleri konusunda eğitim vermek
- Güvenli fiziksel çevre sağlamak (Demeyer ve Stein 1999, Itano ve Taoka 2005).

Yorgunluk:

- Hastanın yorgunluk derecesini değerlendirmek
- Yorgunluğu şiddetlendirebilecek diğer semptomları kontrol etmek
- Yorgunluğun hastanın günlük yaşam aktivitesine etkisini değerlendirmek

- Yorgunluğun hastanın cinsel yaşamı üzerine etkisini değerlendirmek
- Yorgunluğun hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek
- Hastayı yeterli beslenme ve sıvı alımı konusunda desteklemek (Demeyer ve Stein 1999, Itano ve Taoka 2005).

Grip Semptomları:

- Beden ısısı izlemine yapmak
- Doktor tarafından istem yapılan tedaviyi uygulamak
- Düzenli aralıklarla yaşam bulgularını takip etmek (Demeyer ve Stein 1999).

Hipersensitivite:

- Hipersensitivite durumunda ilaç uygulamasını durdurmak
- Doktor tarafından istemi yapılan acil medikasyon ve sıvılar uygulanmak (adrenalin, metilprednizol, albuterol)
- Durum stabil hale gelene kadar her 5 dakikada bir yaşam bulgularını takip etmek
- Şüphelenilen hipersensitivite reaksiyonunu varsa steroid premedikasyonu dikate almak ve ilacı daha yavaş infüzyon şeklinde uygulamak (Tomaszewski ve Delenapena 1995, Itanove Taoka 2005, Gobel 2007, Gerpen 2009).

Uygulama Yolu İle İlgili Reaksiyonlar:

İnfüzyon ile ilgili reaksiyonlar

- Reaksiyonun ciddiyetine bağlı olarak infüzyonu yavaşlatmak ya da durdurmak
- Doktor tarafından istemi yapılan acil tedavileri ve sıvıları uygulamak (epinefrin, metilprednizol)
- Yaşam bulgularını izlemek
- Doktor tarafından istemi yapılan premedikasyonu uygulamak (Itano ve Taoka 2005).

Subkutan Enjeksiyonda Olası Problemlere Karşı Önlemler :

- İlacı oda sıcaklığına getirmek
- Antiseptikle enjeksiyon alanını hazırlamak (enjeksiyon alanı her uygulamada değiştirilmeli)
- Küçük uçlu iğne kullanmak ve 90° açı ile yavaş uygulamak
- Enjeksiyon yerini ovalanmamak
- İnflamasyon ve enfeksiyon belirtileri açısından enjeksiyon alanını değerlendirmek (Itano ve Taoka 2005).

HASTA EĞİTİMİ

Tedavi ve yan etkilerinin yönetilmesi, öz bakım güçlerinin artırılması önemlidir. Hastaya yan etkilerin gözlemlenmesi ve rapor edilmesi konularında eğitim verilmiştir. Bu bağlamda yapılacak eğitim planı:

- Tedavinin akut etkilerini yönetmek için stratejiler öğretmek (infüzyon ile ilgili reaksiyonlar, bulantı, grip semptomları)
- Tedavinin kronik etkilerini yönetmek için stratejiler öğretmek (yorgunluk, mental durum değişiklikleri, iştahsızlık)
- Hastaların öz bakım becerilerini arttırma konusunda hasta ve ailesine eğitim vermek
- Biyoterapinin yan etkilerinden kaynaklanan yaşam değişikliklerini tartışmak ve bakımın sürekliliği sağlamak
- Sağlık ekip üyelerine bildirilecek yan etkiler konusunda hasta ve ailesine öğretmek
- Hastanın ciddi yan etkileri, bu yan etkilerin görülme sıklığını ve yan etkilere karşı kullandığı öz bakım stratejilerinin ve baş etme yöntemlerinin etkinliğini kayıt etmesini konusunda eğitim vermektir. (Itano ve Taoka 2005, Vizcara 2006).

Bunlara ek olarak, bazı hastalara biyolojik ajanları evlerinde de uygulanabilir. Bu noktada ise hasta veya aile üyeleri; ilaçların saklanması, hazırlanması, uygulanması ve kayıt edilmesi konularında eğitilmelidir. (Tomaszewski ve Delenapena 1996, Porock ve Juenger 2004).

BIYOTERAPİNİN MALİ YÖNÜ

Hemşireler biyoterapi ile ilgili ekonomik konulardan haberdar olmak zorundadırlar. Çünkü biyoterapi onkolojik bakımın maliyetini etkileyen pahalı bir tedavi yöntemidir (Coleman 1998). Bazı ilaç firmaları bu ajanların ücretini karşılarsa da hastalar diğer medikal ve hastane bakım masraflarını kendileri karşılamak zorunda kalabilirler. Hemşireler biyoterapi için finansal kaynaklar bulabilirler: örneğin ilaç firmaları, kanser ödemeleri ile ilgilenen toplum organizasyonları gibi. Bu bağlamda, onkoloji hemşiresi biyolojik ajanların kullanımı ile ilgili sağlık politikalarını bilmeli ve bu konuda hastaya yardımcı olmalıdır (Tomaszewski ve Delenapena 1996).

PSİKOSOSYAL DESTEK

Hemşireler biyoterapinin bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ile bu etkilerin psikososyal yansımalarını bilmelidir. Psikososyal değerlendirmede; hasta bireyin mental durumun değerlendirilmesi, içinde bulunduğu mevcut sosyal yapının, destek sistemlerinin, bireye bakım veren kişilerin, ev ve yaşam koşullarını, hasta ve aile tarafından kullanılan önceki baş etme stratejilerini, emosyonel durum ve hastalığa cevabın belirlemesini etkileyen faktörleri, öz bakım gücünü, kültürel değerlerini ve sağlıkla ilgili inançlarının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bunlara ek olarak, hasta ve aile üyelerinin tedavi hakkında hissettiklerini ve tedavi hedeflerini değerlendirmeli, tedavi ile ilgili var olan yanlış anlaşılımları tespit etmelidir.

Multidisipliner ekip üyeleri içerisinde hemşire, ekip üyeleri ile hasta arasındaki iletişimi sağlamalıdır (Coleman 1998). Literatürdeki sınırlı olan hemşirelik araştırmaları ve yayınları, biyoterapi alan hastaların psikososyal zorluklarını göstermektedir. Biyoterapi

hastanın yaşam kalitesini etkiler. Bu bağlamda hemşire kapsamlı bir değerlendirme- den sonra, hastanın psikolojik ve sosyal uyumunu sağlayarak yaşam kalitesini arttıracak uygulamaları planlamalıdır. Hastanın yanı sıra bakım verenlerin de psikososyal gereksinimlerini saptamak, onları desteklemek, ortaya çıkan güçlüklerle ile baş etmesine yardımcı olmak biyoterapi alan hasta bakımında önemli konular arasında yer almaktadır (Demeyer ve Stein 1999).

SONUÇ

Sağlık alanında meydana gelen değişiklikler ve FDA'dan onay alan ajanların sayı- sının artması biyoterapi kullanım sıklığını arttıracaktır. Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin tedavi yaklaşımını anlamaları ve bu alandaki gelişmelere katılmaları gerekecektir. Hemşireler kaliteli bakım sağlamak için biyoterapi konusunda bilgilene- meli, güncel yaklaşımları takip etmeli ve hasta eğitimine önem vermelidirler. Ayrıca hemşireler biyoterapi de hemşirelik yönetimi ile ilgili kanıta dayalı araştırmalar yaparak standart rehberlerin oluşturulmasına katkı sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

- Aslan EF, Olgun N (2010) Onkoloji. Karadakovan A, Aslan EF (Edt.).Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd.Şti, Adana, 189-276.
- Buchsel CD, Demeyer SE (2006) Dendritic Cells: Emerging roles in tumor immunotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*,10(5):629-640.
- Coleman C (1998) Overview of biotherapy and nursing Consideration. *Journal of Intravenous Nursing*, 21(6): 367-373.
- DeMeyer E, Stein BA (1999) Biotherapy. *Cancer Nursing*. 3st ed. Philadelphia: WB Saunders, s.119-139.
- DeVita VT, Helman S, Rosenberg SA (1997) Principles of Cancer Management: Biologic Therapy. In: *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 5st ed. Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers, s. 349-373.
- Gerpen VR (2009) Chemotherapy and biotherapy-Iduced Hypersensitivity Reactions The Art and Science of Infusion Nursing, 32(2):157-165.
- Gobel H. B (2007) Hypersensitivity Reactions To Biological Drug. *Seminars in Oncology Nursing*, 23 (3): 191-200.
- Itano JK, Taoka KN (2005) Core Curriculum for Oncology Nursing.Oncology Nursing Society. 4 th edition.
- Joyce M (2004) The use of monoclonal antibodies in oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(3): 311-313.
- Loescher J.L(2000). The Influence of Technology on Cancer Nursing.Seminars in Oncology Nurssing,16(1):3-11.
- Newton S, Jackowki C (2002) Biotherapy skin reaction. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 6(3):181-182.
- Özet G, Baykal Y, Özet A, Alanoğlu G (1996) Adoptive Immunotherapy. *T Klin. J Med. Sci*, (16)5: 329-332.
- Porock D, Juenger JA. (2004) Just go with the flow: A qualitative study of fatigue in biotherapy. *Euopean Journal of Cancer Care*, 13(4): 356-361.
- Porock D, Beshears B, Hinton P, Anderson C (2005) Nutritional, Functional, and Emotional Characteists Reated tı Fatigue in Patients During and After Biochemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 32 (3): 661-667.

- Schmidt K, Wood B (2003) Trends in Cancer Therapy: Role of Monoclonal Antibodies .Seminars in Oncology Nursing, 19(3):169-179.
- Tezel A (2010) Barsak Hastalıklarında anti -TNF Tedavilerinin Yeri ve Uygulamada Dikkat Edilecek Noktalar. Güncel Gastroenteroloji, 14 (4):193-197.
- Tomaszewski JG, DeLaPena L, Molenda J, Gantz ve ark (1995) Cancer Nursing, Biotherapy module II. Overview of biotherapy, 18 (5):397-414.
- Tomaszewski JG, DeLaPena L (1996) Programmed instruction: biotherapy: module IV. Interleukins programmed instruction. Cancer Nursing, 19 (1) :60-75.
- Vizcra C (2006) Managment of the patient receiving parenteral biologic therapy. Journal of Infusion Nursing, 29(2): 63-71.
- Assessing, mananging and monitoring biologic therapies for inflamatuary artrihits. Guidance for rheumatolog practicioners (2009) Retrieved: 22.02.2011, from www.rheumatology.org.uk/includes/documents/am_docs/2009

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ 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.
- 16. Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul izin yazısı eklendi.

Kaynaklar

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

Tablo ve Resimler

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

Tüm Makale

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

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....

.....

.....

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

Yazar/ Yazarlar

İmza

Tarih

DERGİ YAZIM KURALLARI

Yayının Kabulü: Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, dergi editörlüğüne gönderilecektir. (E-mail: ozen.durakoglu@ege.edu.tr.) 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. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret ya da karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı kurum adresleri ve e-mail adresleri eklenip e-mail: ozen.durakoglu@ege.edu.tr. adresine gönderilecektir.

Makalenin Hazırlanışı: Makale, Microsoft Word programında A4 kağıt boyutunda yazılmalıdır. Başlık 10 punto Times New Roman, Özet 9 punto Times New Roman, 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, kurum adresleri, e-mail 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. Anahtar kelimelerin "Türkiye Bilim Terimleri"nden seçilmesi gerekmektedir. Bilgi için adresten yararlanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>).

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; "Objective", "Methods", "Results", "Conclusion" ve "Key Words" bölümlerini içermelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Medical subject Headings (MESH"e uygun olarak verilmelidir. (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

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.

DERGİNİN YAYIN DİLİ

Derginin yayın dili Türkçe' dir. Ancak Yurtdışından gelen çok önemli İngilizce makalelere de yer verilebilir.

METİN:

Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşımaktadır.

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır olmalıdır.
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmalıdır.
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eşanlamlarına yer verilmelidir
- Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.
- Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtilmiş olmalı ve etik kurul izin yazısı eklenmelidir.
- 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 belirtmeli, 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. **Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmelidir. Resim/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.** Başka bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

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

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

Derlemeler: Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak gelişme ve sonuç anlatımıyla sunulmuş olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

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

Son Kontrol Listesi: Son Kontrol listesi gözden geçirilip, imzalandıktan sonra gönderilen yayına eklenerek gönderilmelidir. (ayrı bir sayfa olarak)

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu: Tüm yazarlar tarafından imzalanmış olarak gönderilmelidir.

KAYNAK KULLANIMI

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

Örnekler

(Graydon 1988), depresyonun...

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

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

.....Saptanmıştır (Graydon 1998).

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

Ancak cümle başlangıcında kullanırken kullanım şekli aşağıdaki gibi;

Sarma ve Mc Corkle araştırmalarında(1996). olacaktır.

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

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

Örnek:

(Argon 1992 , Karadakovan 1992).

Kaynakçada: Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ın baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgöl konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra “ve ark.” Şeklinde belirtilmelidir. Kongre bildirileri, kişisel deneyimler kaynak olarak gösterilmemelidir.

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

Yazar(lar)ın soyadları ve isimlerinin baş harfleri, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no’su belirtilmelidir.

- Stephane A. Management of congenital cholesteatoma with otoendoscopic surgery: Case Report. Türkiye Klinikleri, JMed Sci 2010; 30(2): 803-7.
- Lorig K, Gonzales VM, Ritter P & et al. Comparison of three methods of data collection in an urban Spanish-speaking population. Nurse Res. 1997; 46(4): 230-234.

Dergi Eki (Supplement)

- Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. J Clin Nurs 2007; 16(3A Suppl.): 6-16.

Kitap:

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler) inin baş harfleri, bölüm başlığı, editör(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

- Karasar N. Araştırmalarda rapor hazırlama. 8.basım, Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd., 1995; 101-112.
- Terakye G. Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri. 2.baskı. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1994.

Yabancı Dilde Yayınlanan Kitaplar için:

- Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial nursing for general patient care. 2nd ed. USA: F.A. Davis Company; 2002.
- Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pancreas. 2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997: 145-210.

Kitap Bölümü:

- Kaufman CA, Wyatt RJ. Neuroleptic Malignant Syndrome. (içinde). Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: Raven Pres; 1987.
- Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1 st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992: 1079-138.

Kitap Çevirisi:

- Wise MG, Rundell JR. (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi. (Çevri: TT Tüzer, V Tüzer). Ankara: Compos Mentis Yayınları; 1997.

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

- Hofling CK, Leininger MM. Hemşirelikte ana psikiyatrik kavramlar (Kumral A, Çeviri Editörü). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1960. (orijinal çalışma basım tarihi 1983).

Yazar ve Editörün Aynı Olduğu Kitaplar

- Uyer G. Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. (Uyer G, editör). 1.basım. İstanbul: Birlik ofset Ltd. Sti; 1986: 56-61.
- Eken A. Kozmesötikler: Kozmetiklerle İlaçlar Arası Ürünler. Eken A, editör. Kozmesötik Etken Maddeler. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006: 1-7.

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) ICD-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.

Yayınlanmamış Tez

Yavaş O. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve örgütsel gereksinimlerine ilişkin bir inceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.1993: 53-55.

Basılmamış Yayınlar

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

İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa:

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

- Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, Liu PP, Naimark D, Tu JV. (November 19, 2003). Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure. The Journal of the American Medical Association, 290(19): 2581-2587. Retrieved November 23, 2003, from <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/290/19/2581>.

Yayın resmi yayın olarak gösterilecekse;

- American Nurses' Association. Statement on psychiatric mental health nursing practice and standards of psychiatric-mental health clinical practice. Washington: American Nurses' Publishing; 1994.

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